El Nacional

NUMERO 19 • MAYO DE 1996

# LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

*Volcán(es) con mano(s) roja(s).* Vicente Rojo

# Indígenas y Sida

## *Migración, vulnerabilidad y cambio de conductas*

La pandemia entre las etnias: marginación y pobreza

Estela Guzmán y Pedro Lewin • Instituto Nacional Indigenista

## INDICE


**4**
*Estados*
**El sida en Michoacán**

**5**
Jornaleros migrantes: una población en riesgo
**Estela Guzmán y Pedro Lewin**

**7**
*Entrevista con el doctor José Antonio Izazola*
**Investigación estratégica para sensibilizar al nivel de decisión**

Viñetas de Luis Reyes


**8**
Entre los indígenas, nula percepción del riesgo de infección por VIH
**Lilia Rubio**

**10**
Cultura del condón, disparates de la intolerancia
**Vincent Vidal**

**11**
Mil congresistas por un Programa Nacional de Educación Sexual
**Víctor Velasco Morales**

**12**
*Calidad de vida*
**Sensatez y alimentos: ¿cómo evitar las infecciones**

**13**
La inhibición de las enzimas
**Sandra Treviño**

EN LA ETICA PREVENTIVA

# Por una estrategia nacional de prevención

**ARTURO VAZQUEZ BARRON**

Hace casi un año y medio, en la primera entrega de esta sección se planteó que las enfermedades como el sida "necesitan, más que otra cosa, entenderse". En efecto, es importante tener conciencia de que el sida es un mal que "ataca no solamente los cuerpos, sino también la mente y a veces el espíritu", pues esa es la única manera de empezar a detener el avance de una epidemia que muy pronto adquirió dimensiones de pandemia y, para colmo, hasta de endemia.

El entendimiento del fenómeno sida, desde luego, abarca no solamente los aspectos propiamente médicos. La dimensión social y cultural del síndrome es, al igual que la médica, determinante, y la necesidad de un entendimiento global se vuelve básica. Claro está que entender no es la única solución. Después se requiere informar, educar, explicar, dar a conocer. Hacer que la aprensión se transforme en tranquilidad, y la ignorancia en certeza. La mejor manera de cerrarle el paso al virus es haciendo que la gente se mantenga al día, informada y libre de prejuicios. Es por ello que las campañas educativas y de información son la espina dorsal de cualquier programa serio y responsable de lucha preventiva contra el virus.

Ahora bien, ¿existe en México una estrategia nacional de prevención del VIH/sida? La creación del Conasida, en 1988, fue la primera respuesta institucional al problema —el consejo se creó por decreto presidencial—, pero a casi diez años de su surgimiento, la evidencia de sus limitaciones en lo que se refiere a campañas de información, educación y prevención es abrumadora. Algo sigue fallando, y no puede negarse la evidencia: el gobierno —el responsable mayor del bienestar social del país— todavía no se da cuenta cabal de lo grave de esta carencia ni de lo que es necesario hacer al respecto.

Y no se trata aquí de decir que el Conasida —que ha realizado videos de excelente factura, llenos de posibilidades de explotación didáctica— no ha cumplido con sus objetivos generales en lo tocante a comunicación educativa. El problema real tiene que ver con las campañas particulares. Como parte de sus objetivos específicos, el consejo determina la elaboración de "campañas segmentadas de información, educación y capacitación para grupos con características específicas, no aptos a (sic) recibir mensajes generales (mujeres, trabajadores, jóvenes, adolescentes, homosexuales, bisexuales, trabajadoras del sexo comercial, sus clientes, representantes de la prensa, etcétera)". Si se reconoce, al menos tácitamente, que la educación y la información para grupos específicos son los medios ideales para echar a andar una estrategia nacional de prevención, uno se pregunta en dónde están los materiales que estos grupos, no aptos para mensajes generales, requieren. En caso de que existan, sería bueno dar a conocer cómo se difunden, mediante qué canales comunicativos, con qué periodicidad y en función de qué estrategias.

Gustavo Ramírez

No obstante, el esfuerzo que realizan las organizaciones no gubernamentales del país, en cuanto a la elaboración de materiales de tipo generalista, debe reconocerse plenamente. En sí, la elaboración de materiales educativos para la población en general no es fácil, si tomamos en cuenta que es necesario incorporar en ellos gran cantidad de información (aspectos cognoscitivos), que debe combinarse adecuadamente con una serie de propuestas de actitudes (aspectos comportamentales), pues sabemos por experiencia que la información, por sí sola, no es capaz de producir cambios de actitudes ni de aumentar sensiblemente la percepción de riesgo ante el VIH.

Tomemos, de Michoacán y Oaxaca, dos ejemplos significativos. El primero, **Viviendo con el sida**, es una historieta elaborada por Michoacanos Unidos por la Salud y contra el Sida, A.C. (MUSS, A.C.), en colaboración con el Conasida. Se nos relata la historia de Pepe, un trabajador migrante que regresa a su tierra sin saber que está infectado. El planteamiento didáctico es sencillo: Pepe es el reflejo de los miles de hombres que se van al otro lado sin tener la menor idea de los riesgos que representa el VIH. El muchacho no imagina siquiera su seropositividad, y al enterarse, se inicia su proceso de concientización, que es a fin de cuentas la parte esencial de la historieta: "Los resultados de Pepe fueron positivos al VIH. Ahora él ha aprendido a vivir con el virus, a cuidarse y a cuidar a los demás... El y Rosita —su novia— dan información sobre prevención de VIH/sida en su comunidad."

Por su parte, el Frente Común de Lucha contra el Sida Oaxaca, A.C., mediante una beca otorgada por el Conasida, elaboró un interesante paquete educativo, **En la educación está la prevención**. Contiene una guía para el maestro, un audiocaset, un rotafolio, un juego de transparencias, y folletos, carteles y condones. La idea es por demás atractiva, pues el paquete se concibió para que cualquier educador o maestro use los materiales en forma interactiva, de manera que es posible combinarlos en función del contexto y del público. La guía contiene una introducción y una explicación de los objetivos del paquete, de tal modo que no es necesario tener mucha experiencia en VIH/sida para poder presentarlo y sacarle provecho. Se incorporan varios elementos importantes, como la parte dedicada a los niños —que son un público específico siempre olvidado— y el glosario.

En otras latitudes, las campañas también reflejan la estrategia generalista. La diferencia es que no se deja de lado tan tajantemente como aquí a los públicos específicos. Veamos dos ejemplos que me parecen representativos, tomados ambos de publicaciones francesas de amplia difusión (**L'Express** y **Libération**). Se trata de campañas escritas, en las que el texto desempeña el papel rector del mensaje, y la imagen viene a ser un elemento secundario. Cabe mencionar que estas páginas forman parte de una campaña global de prevención y de información para públicos generales y específicos, auspiciada por el Ministerio del Trabajo y de los Asuntos Sociales de Francia y del Comité Francés de Educación para la Salud.

La primera nos habla de la importancia que han tenido las farmacias en lo que se refiere a la distribución de condones y jeringas. Este es el texto: "Así como si nada, podemos encontrar lugares de prevención del sida en cada esquina. En un año, las farmacias han distribuido 52 millones de preservativos, 1.8 millones de *Stéribox* y más de 10 millones de jeringas, lo que las coloca a la cabeza de la lucha contra el sida. Hoy, los farmacéuticos ponen a disposición de los consumidores de drogas jeringas que se venden por unidad. Esto es importante, pues una jeringa no debe usarse más que una sola vez y no debe compartirse. El farmacéutico también sabe cómo recibir al cliente, sabe escuchar, aconsejar y orientar: él está cerca de usted. Protéjase del sida. Proteja a los demás."

La segunda plantea un problema que no se ha abordado de frente en las campañas mexicanas: el uso del condón cuando hay fidelidad en la pareja. El texto, que abarca toda la página, dice así: "¿Hay que usar el condón toda la vida? El preservativo se usa en cualquier encuentro sexual nuevo, desde la primera vez y siempre a partir de entonces. Sin embargo, cuando una relación se vuelve durable, cuando surge la fidelidad, suele desearse dejar de usarlo. Esto no es posible sino a condición de que ambos sean seronegativos. Así, es indispensable hacerse juntos una prueba de anticuerpos al VIH. Incluso si la cosa no parece tan evidente. Incluso si ambos se tienen confianza. Hay que esperar tres meses para realizar la prueba, y mientras tanto el uso de preservativos debe ser sistemático. De acuerdo con los científicos, este periodo de tres meses es necesario para detectar en la sangre los anticuerpos que atestiguan la presencia del virus que causa el sida (VIH). Hable de esto con su médico. El sabrá aconsejarlo. También puede comunicarse a Sida Info Service al teléfono 05-36-66-36. La llamada es anónima, confidencial y gratuita. Protéjase del sida. Proteja a los demás."

Una observación final: resulta interesante ver aquí una concepción de sexo protegido que incluye a las parejas estables. Por lo general, los defensores de la fidelidad se limitan a pedir que la pareja no tenga otras relaciones, pero se olvidan de que es importante, antes de desechar el preservativo, conocer el estado serológico de ambos. No basta, como vemos, con tener una sola pareja para estar a salvo ●

# Sida, migración y pueblos indígenas

ALBERTO VALENCIA R., JAVIER GUTIERREZ S. Y RUBEN ARAUJO M.

Hasta finales de 1995, el número de enfermos del síndrome de inmuno deficiencia humana (sida) registrado en el país fue de 25,746. Dicha población se concentra esencialmente en el Distrito Federal, en los estados de Jalisco, Puebla, Veracruz, Nuevo León, Guerrero, Michoacán, Estado de México y Yucatán.

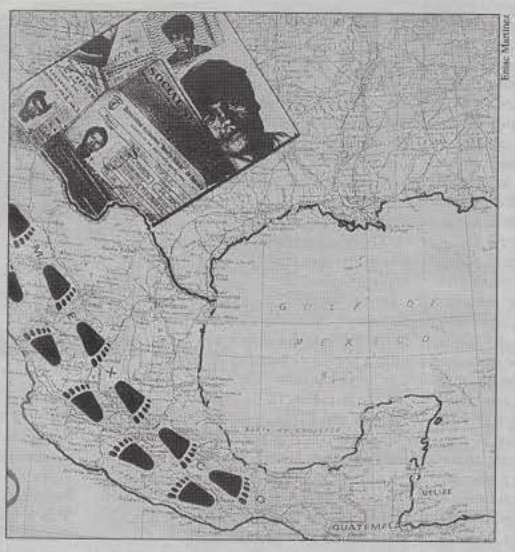
En los últimos años, diferentes fuentes de información han insistido en señalar que la enfermedad se ha extendido hacia las comunidades campesinas en un significativo número de estados, muchas de las cuales son eminentemente indígenas. La incidencia de la enfermedad en estos contextos parece responder a un proceso de transmisión que encuentra en la migración, tanto a las ciudades como a las zonas fronterizas del norte, una de sus principales causas. En este sentido, ya en 1993, diferentes investigadores de la Universidad de Chapingo coincidieron en señalar que los estados de Michoacán, Jalisco, Zacatecas y Guanajuato podrían ser algunas de las entidades potenciales de riesgo por presentar altas tasas de migración. Ese mismo año, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) reportó que de los 13,259 casos de sida, hasta entonces registrados en México, alrededor de 2 mil (además de un subregistro de alrededor de 60 por ciento) correspondían a la población rural marginada, entre ella la población indígena que emigra a las áreas urbanas desempeñando diferentes actividades.

En efecto, durante los últimos años, la migración ha puesto en contacto directo a las comunidades indígenas con otros grupos de población sin importar la distancia que media entre ellos. La tradición migratoria se ha transformado en un conjunto de desplazamientos con distinta temporalidad y destinos diversos, y ha hecho evidente el crecimiento y la redistribución de la población indígena en el territorio nacional. Hoy, encontramos mixtecos originarios de Oaxaca en Baja California, Sinaloa, e incluso Nueva York; nahuas de Puebla en Yucatán y Quintana Roo; purépechas en Ciudad Juárez, etcétera, como resultado de toda una serie de constantes flujos de población históricamente establecidos entre estos puntos.

Son precisamente estas circunstancias las que han propiciado una rápida introducción de esta enfermedad en los lugares más alejados en donde vive la población indígena.

Sin embargo, poco se sabe del volumen de casos de sida entre esta población, sobre todo porque los reportes de detección médica no registran la pertenencia a algún grupo étnico y muchas veces la misma itinerancia de la población es un obstáculo para su diagnosis y seguimiento.

Aunado a esto, las instituciones encargadas de la detección se encuentran generalmente en las capitales de los estados y en algunas otras ciudades más pequeñas, haciendo sumamente difícil diagnosticar esta enfermedad en este tipo de población, misma que tiende a asentarse en pequeñas localidades donde la atención médica es escasa (alrededor de 80 por ciento son menores a los 500 habitantes).



Estas Martínez

Sumadas al desconocimiento del número de población indígena que ha contraído el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se encuentran otras problemáticas que tienen que ver con sus características culturales y con su concepción misma de la enfermedad y la curación. La recurrencia a la medicina tradicional o doméstica (única alternativa de atención en muchos casos), el desconocimiento que existe sobre el sida, así como el cambio en los diagnósticos médicos y el ocultamiento de información generado tanto por la estigmatización como por el castigo social que existe hacia esta enfermedad, han dado como resultado bajos registros de población rural, y particularmente de indígena, afectada por el VIH.

Entre la población migrante la idea de ser portadores del virus se presenta como algo muy alejado de su realidad inmediata, debido al desconocimiento que existe de la enfermedad y al hecho de que el promedio de tiempo para que se manifieste la sintomatología es de cinco a ocho años, periodo en el cual es posible que hayan regresado varias veces a sus comunidades sin tener conocimiento de que eran portadores del virus. De esta forma, no sólo los migrantes son un grupo expuesto o vulnerable, sino también su familia y en general su comunidad de origen.

Un problema que se añade a los anteriores, consiste en que, dado que la enfermedad está relacionada con las prácticas y hábitos sexuales, no solamente es un tema discrecional, sino que por naturaleza supone, además, un cierto grado de intimidad entre la población indígena.

El siguiente suceso ilustra las dimensiones del fenómeno migratorio en relación a la incidencia y propagación del sida, el cual se encuentra asociado a los procesos comerciales establecidos entre una comunidad indígena nahua del estado de Puebla y las ciudades de la frontera norte del país.

Los constantes viajes a Sonora, Ciudad Juárez, Tijuana, Ensenada y el traslado al sur de Estados Unidos, ha implicado para esa comunidad un conjunto de cambios que se han reflejado en las formas de vestir, de comportarse o en la compra de artículos eléctricos y automóviles, así como en algunos otros aspectos de su conducta, entre ellos, sus prácticas sexuales. El indicador que refuerza esto último son los altos índices de enfermedades sexualmente transmisibles que han impactado directamente a la población indígena migrante o a los que realizan desplazamientos con fines de comercialización; una de ellas, de enorme consecuencia en la actualidad, es la propagación del VIH.

La práctica sexual en estas zonas de destino y la consecuente infección ha dado como resultado que en algunas comunidades, el impacto se determine culturalmente en varios niveles y de distintas formas. La experiencia obtenida en esta comunidad, en la que la transmisión de dicha enfermedad alcanza niveles alarmantes entre su población, revela además que los patrones culturales se han visto alterados por este proceso de cambios derivados de los constantes viajes a la frontera norte, lo cual se manifiesta en el establecimiento de bares y centros nocturnos en esta comunidad indígena, donde se ejerce la prostitución masculina y femenina.

En este sentido, el hecho de asistir a los bares y centros nocturnos con el propósito de pagar el servicio de la prostitución, ha representado para los indígenas el reproducir el medio y la conducta aprendida en las ciudades de atracción y comercialización.

Para algunas personas de la comunidad, la existencia de estos bares y centros nocturnos se debe a que los comerciantes viajeros, hace ya algunos años, llevaron sexo servidoras al poblado.

Lo anterior es muestra del problema que representa el sida y los graves niveles que puede alcanzar con la proliferación, sin control, de la prostitución y las relaciones sexuales de alto riesgo.

En definitiva, la población indígena no sólo se encuentra expuesta a este riesgo por sus características migratorias, sino también por el nivel de información que tiene de la enfermedad, por la carencia de mecanismos y servicios de detección y atención, así como por las prácticas sociales y culturales que determinan sus hábitos sexuales ●

Investigadores de la Subdirección de Investigación del Instituto Nacional Indigenista.

Comunicación Social del Gobierno de Oaxaca

## Condones para los municipios en Oaxaca

El pasado 19 de abril, el gobernador Diódoro Carrasco Altamirano y su esposa, Clara Sherer Castillo, presidenta del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Oaxaca, pusieron en marcha el Programa Integral de Educación a la Población (Piep). En esta nueva iniciativa participan, también, el Consejo Estatal de Población (Coespo), el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (Coesida) y los tres niveles de gobierno federal, estatal y municipal.

En el acto la señora Sherer señaló que el objetivo del Piep es la educación en salud reproductiva y la prevención del VIH/sida, con la participación activa de hombres y mujeres en el cuidado de la salud familiar.

Por su parte el gobernador Diódoro Carrasco informó que se entregarán 3,000 condones a cada municipio y a los 42 presidentes municipales les serán entregados diversos materiales: "Resulta fundamental su participación para traducir esta información, para transmitirla a sus gobernados, para hacer un programa de distribución de estos condones que nos permitan impulsar esta nueva cultura de atención y prevención del sida."

En el evento, el secretario de Salud de la entidad, doctor Jorge Fernando Iturribarría, y la secretaria técnica del Coesida la doctora Gabriela Velázquez, recibieron del director del Patronato de la Beneficencia Pública, Fernando Tovar y de Teresa, un apoyo de 100,000 pesos en efectivo y 50,000 en especie para acciones contra el sida. **(Arturo Díaz B.)** ●

## EDITORIAL

*La ausencia de una estrategia global para enfrentar al sida, basada en predicciones científicas sobre el comportamiento de la pandemia en nuestro país, ha llevado a las autoridades responsables a responder sólo a las situaciones de emergencia; es decir, a implentar políticas bajo la presión de los números. Ese fue el caso de los cientos de donadores remunerados, infectados en los bancos de sangre y plasma en la década pasada. Este vacío de la política oficial, derivó en el descuido de grupos de la población que se creían alejados del riesgo de infección. Primero se desatendió a la población bisexual y a las mujeres al confiar en que se trataba de una epidemia que sólo afectaba a los homosexuales; después, como se le consideró un fenómeno urbano, se descuidó a la población campesina e indígena hasta que empezaron a aparecer los primeros casos en el área rural. Hoy, a pesar de que son cientos los casos rurales de sida, muchos de ellos indígenas, se desconoce bien a bien el comportamiento de la pandemia en este sector. La situación de los indígenas, en particular, los vuelve más vulnerables a la pandemia: la movilidad migratoria, la dispersión, el aislamiento, la marginación, la pobreza, la condición monolingüe y las tradiciones culturales de estos grupos de la población hacen más difícil el trabajo de prevención. Si a esto sumamos la falta de una estrategia de intervención, el panorama se vuelve más sombrío.*

*Es necesario que todas las instituciones involucradas en la atención de la población indígena coordinen sus esfuerzos para unificar y hacer más efectiva la respuesta a la pandemia en este sector y evitar, de esta manera, las situaciones de emergencia* ●

MAYO DE 1936
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, Certificado de Licitud de Título Nº 9169, Certificado de Licitud de Contenido Nº 6418, 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
Fax: 705 56 15 y 592 02 63

# El sida en Michoacán: retos y tendencias

**CONSEJO TECNICO DE LETRA S**

Al primero de enero de 1996 se han notificado en el estado de Michoacán 715 casos acumulados, con relación de 21 personas afectadas por cada 100 mil habitantes. En 1992, 1993 y 1994, el sida fue la sexta causa de muerte entre los hombres de 25 a 34 años. El porcentaje de casos de sida en el medio rural es de 17 por ciento, seis veces superior a la media nacional de 3 por ciento, según un reporte del Conasida.

En 1985 se presentó el primer caso de sida en Michoacán y desde 1989 hasta 1994 se ha duplicado cada nueve meses el número de casos. Las jurisdicciones sanitarias con mayor incidencia de casos de sida son Zamora, con 22 por ciento del total reportado; Pátzcuaro, con 20.8 por ciento; Morelia, 17.5 por ciento; y la Piedad, con 8.3 por ciento.

La principal vía de transmisión es la sexual, reportándose 88 por ciento en hombres y 12 por ciento en mujeres, ubicados entre los 25 y 44 años de edad.

Por otra parte el mismo reporte del Conasida señala que en 1990 se instaló en el estado de Michoacán el Comité Estatal de Prevención y Control del Sida (Coesida), con las funciones de coordinación con el sistema de salud local, educación y medios de comunicación. Sin embargo, a partir de 1992, la participación de esa instancia se ha visto limitada a las funciones de vigilancia epidemiológica y en menor proporción a la información y reproducción de materiales gráficos.

Lourdes Almeida

### El esfuerzo comunitario

Por otro lado, es alentador ver que ese estado cuenta con una activa sociedad civil contra el sida que se ha organizado legalmente en Michoacanos Unidos por la Salud y Contra el Sida, A.C. (MUSS, A.C.) desde 1993. El trabajo que realiza es complementario y, en muchas ocasiones, suple lo que el gobierno dejó de hacer por distintas causas. Entre las acciones que realiza destacan el Programa de Prevención y Educación en Sida a Jóvenes Universitarios, quienes a su vez multiplican la información en municipios y zonas indígenas de la entidad. Asimismo, MUSS impulsa cursos de actualización al personal médico y paramédico, y ofrece los servicios de promoción y defensa de derechos humanos, asistencia médica y canalización de enfermos a hospitales y grupos de autoapoyo.

Por este motivo, el reciente cambio de gobierno en Michoacán abre nuevas expectativas para la lucha contra el sida en beneficio de todos los michoacanos, pero más aún de los grupos vulnerables, como son los campesinos migrantes, las comunidades indígenas, las mujeres y los jóvenes.

Los retos que este gobierno enfrentará respecto a la epidemia del VIH/sida, van más allá de la esfera de la salud pública. Tienen que ver directamente con sus planes de desarrollo, en virtud de que la incidencia de la epidemia se centra en la población económicamente activa, con alto flujo migratorio proveniente del ámbito rural e indígena, y sus impactos económicos pueden fracturar los avances del desarrollo estatal.

### Combatir al sida, combatiendo la pobreza

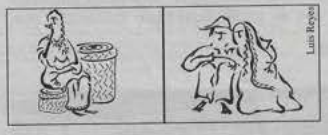
La migración es un fenómeno cada vez más íntimamente ligado a la pandemia del sida en el país. Michoacán es uno de los principales estados expulsores de mano de obra agrícola a los Estados Unidos y a los estados del noreste del país. Esta migración, además de ser un problema de pobreza, coloca a la entidad en una situación de dependencia de divisas o ingresos provenientes del exterior, los cuales podrían frenarse si la población trabajadora que los genera es afectada por el sida. De no atenderse este problema con voluntad política, y no sólo médica, el sida puede generar más pobreza, afectar la producción y los planes de desarrollo, y traer consigo costos de dolor invaluables en las comunidades campesinas e indígenas.

Los retos para el gobernador Tinoco Rubí son importantes en este terreno. Y un primer paso será, sin lugar a dudas, la constitución legal del Coesida, ligado directamente al ejecutivo y con presupuesto propio. Sólo así dejará de ser un pequeño comité y logrará tener capacidad de convocatoria, no sólo a nivel del sistema local de salud, sino también intersectorial, incluyendo a la sociedad civil y al sector privado, así como a instancias internacionales. Sólo con una estrategia global se podrá poner diques al sida en Michoacán ●

Cifras epidemiológicas Internet web. http:/cenids.ssa.gob.mex

## CIFRAS

### Situación indígena y casos rurales


Luis Reyes

- Número total de mexicanos indígenas: *8'701,688*
- Porcentaje que representa la cifra anterior en la población total mexicana: *10.7%*
- Lugar que ocupa México en el mundo por su número de pueblos indígenas: *8*
- Número de lenguas indígenas que se hablan en nuestro país: *56*
- Población mayor de 5 años que habla alguna lengua indígena: *5'282,347*
- Número de indígenas que no hablan alguna lengua indígena: *2'289,716*
- Porción del territorio nacional que ocupan las poblaciones indígenas: *la quinta parte.*
- Estados que concentran a más del 60% de la población indígena: *Oaxaca, Chiapas, Puebla y Yucatán (en orden de mayor a menor).*
- Número de municipios con 30% y más de población indígena estimada: *803*
- Porcentaje que representa la cifra anterior en el total de municipios del país: *33.3%*
- Porcentaje de esos municipios considerados con un grado de marginación "alta" y "muy alta": *83%*
- Porcentaje de municipios con 30% y más de población indígena estimada y con categoría migratoria considerada como "fuerte expulsión" y "expulsión" de mano de obra: *62%*
- Porcentaje promedio de la población analfabeta mayor de 15 años en las localidades del país con una densidad indígena de más del 30%: *37.54%*
- Porcentaje de la población indígena del país que trabaja en el campo: *75%*
- Porcenteje de las viviendas de las poblaciones indígenas sin servicio de agua potable: *68%*
- Porcentaje de las viviendas indígenas sin drenaje: *90%*
- Porcentaje de las viviendas indígenas con suelo de tierra: *80%*
- Número de casos de sida acumulados hasta 1994 en el área rural del país (localidades con menos de 2,500 habitantes): *699*[1]
- Porcentaje que representa la cifra anterior en el total de casos de sida en el país: *4%*[1]
- Porcentaje de casos rurales en Michoacán (estado con una significativa población indígena): *17%*[2]
- Proporción que ocupan las mujeres en el total de casos de sida en el área rural: *21.3%*[1]
- Porcentaje de los casos rurales de sida con antecedentes de migración temporal a los Estados Unidos: *25%*[1]
- Estado de la república con el mayor porcentaje de casos rurales de sida (24%): *Zacatecas*[1]
- Estado con la tasa de prevalencia más alta (102 casos rurales por millón de habitante): *Nayarit.*[1]

Fuentes: **Indicadores Socieconómicos de los Pueblos Indígenas**. Instituto Nacional Indigenista. INI.
1 Revista **Salud Pública de México**. Nov.-dic. 1995. Vol. 3 Núm. 6.
2 Registro Nacional de Casos de Sida. Secretaría de Salud.

Programa de Jornaleros Agrícolas, Sedesol, Oaxaca

Enlac Martínez

# Jornaleros migrantes: una población en riesgo

ESTELA GUZMAN Y PEDRO LEWIN

En la actualidad se estima que hay en el mundo cerca de 125 millones de personas[1] que viven fuera de sus países de origen: 17 por ciento de ellos migraron por persecución, 20 por ciento por violencia, sequía o destrucción ecológica y 63 por ciento por la necesidad de obtener ingresos económicos.[2] En el caso de México, la migración es la alternativa de miles de campesinos minifundistas sin posibilidad de encontrar opciones de sobrevivencia en sus comunidades de origen. Muestra de ello es que, en cifras consignadas por El Colegio de la Frontera Norte[3], en el verano de 1992 se detectaron, tan solo en California, un millón cien mil mexicanos indocumentados. De igual manera el servicio postal mexicano señaló recientemente (1994) que los envíos de los trabajadores migratorios son de alrededor de 5 mil millones de dólares anuales[4], monto superior a lo que se percibe por el turismo o por exportaciones agroalimentarias; y sólo en segundo lugar después de los ingresos del petróleo, que se sitúan alrededor de los 7 mil millones de dólares. Esto sin considerar el ingreso que los migrantes traen consigo a sus comunidades de origen[5].

En el país hay aproximadamente 3.6 millones de jornaleros que en el censo 1990 se identifican como jornaleros, peones o bien como campesinos minifundistas. Esto indica que 69.6 por ciento de la población económicamente activa del sector agropecuario nacional se emplea como jornalero, ya sea de manera permanente o bien durante temporadas, como una forma de complementar sus ingresos. La migración hacia el noroeste ha modificado poco a poco la composición demográfica de esos estados. En un inicio, durante la década de los cincuentas, este movimiento migratorio es iniciado en su mayoría por población mestiza del Bajío del país. Por su parte, la población indígena se incorpora a este proceso durante los sesentas. Un dato ilustrativo al respecto nos lo dan los censos. En 1970, de una población indígena total de 43,310 personas, 77.5 por ciento estaba integrado por grupos indígenas nativos del norte (mayos, yaquis y tarahumaras) y solo 5.5 por ciento correspondía a las etnias purépecha, náhuatl, mixteca y zapoteca. Para 1980, el porcentaje de los grupos nativos desciende a 48.89 por ciento, mientras que el de los inmigrados aumenta a 17.19 por ciento.

*Para 1990 la misma fuente marca importantes cambios en la composición étnica del noroeste: de un total de 100,229 indígenas captados en el censo de población, 50.41 por ciento eran originarios de los estados del sur del país, mientras que los nativos pasan a un segundo termino con 49.59 por ciento. Otro cambio significativo que se registra es el gran incremento de la población mixteca, que representa 39.26 por ciento de los indígenas emigrados, seguido de los zapotecos con 7.83 por ciento, los purépechas con 3.50 por ciento y los náhuatls con 3.21 por ciento. Cabe la posibilidad de que el porcentaje de los mixtecos migrantes sea mayor si se considera la población que migra temporalmente a los campos de cultivo y que la información censal no recoge*[6].

Lo anterior revela, sin duda, un cambio estructural del mapa étnico de México. En la medida en que la cuestión indígena se reconozca como una cuestión nacional y que los derechos de los indígenas se asuman como una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, los sujetos de esta responsabilidad son también los miles de migrantes cuyos derechos no pueden soslayarse en virtud de su ausencia temporal o bien por estar asentados en nuevos territorios.

Es conocido que Oaxaca es uno de los estados con los niveles más elevados de marginación socioeconómica del país:

*...El 70 por ciento de sus habitantes reside en localidades con menos de 5 mil habitantes y cerca de 80 por ciento de la población ocupada percibe ingresos menores a dos salarios mínimos. Oaxaca se sitúa en el segundo lugar, a nivel nacional, tanto en lo que se refiere al porcentaje de población analfabeta mayor de 15 años (27.6 por ciento) como a la población mayor de 15 años que cursó estudios de primaria sin completarlos (56.7 por ciento). 45 por ciento de la población habita en viviendas que carecen de drenaje (...) 42 por ciento carece de agua entubada y el ingreso* per capita *es menor a la tercera parte del promedio nacional*[7].

Estas son las comunidades de origen de la mayoría de los trabajadores que migran al noroeste del país. La población jornalera es mayoritariamente indígena, analfabeta y monolingüe, lo que se ha traducido en una permanente violación de sus derechos humanos y laborales

**Los jornaleros agrícolas, la salud y el sida**

Existe una relación directa entre pobreza y migración y una incidencia de este binomio sobre la problemática de salud. Se identifican cuatro factores fundamentales que predisponen a la población jornalera a padecer diferentes tipos de enfermedades: la deficiente infraestructura de sus viviendas y de los servicios públicos, el deterioro del medio ambiente, la falta de una dieta alimenticia adecuada, y la carencia de información para prevenir enfermedades que anteriormente eran ajenas a sus comunidades de origen.

De acuerdo a los datos proporcionados por el Coesida[8], hasta diciembre de 1995 se registraron 451 casos: 86 por ciento de hombres y 14 por ciento de mujeres. De las seis regiones clasificadas por este organismo, el primer lugar en incidencia corresponde a los Valles Centrales ( 48 por ciento), seguido por el Istmo (18 por ciento) y la Mixteca (10 por ciento).

Existe una relación estrecha entre el fenómeno migratorio y el sida. Los datos revelan que el porcentaje de casos de mujeres, tanto en la Sierra (26 por ciento) como en la Mixteca (15 por ciento), está por encima del promedio estatal. La misma fuente muestra que la mayor parte de los casos de sida manifestados entre la población masculina se ubican en la categoría de trabajadores agropecuarios (14 por ciento, igual a 55 casos), categoría que potencialmente corresponde a la población migrante.

Este panorama estadístico de la problemática migratoria a nivel estatal y nacional revela aspectos importantes que vale la pena destacar:

a) El sida se encuentra estrechamente vinculado al fenómeno migratorio.

b) La migración se da principalmente entre la población más marginada del estado de Oaxaca y coincide, en su mayoría, con población indígena analfabeta y monolingüe.

c) La población migrante manifiesta un alto grado de movilidad geográfica y presenta un reto considerable para operar acciones con las instituciones oficiales u organismos no gubernamentales.

Todo lo anterior revela que la problemática del sida se encuentra asociada a una categoría poblacional extremadamente vulnerable. Resulta indispensable profundizar sobre los aspectos cualitativos del contexto sociocultural de la población susceptible de contraer el sida. Necesitamos comprender sus condiciones sociales y culturales, la importancia especifica que la dimensión migratoria tiene para los sujetos migrantes y, finalmente, las perspectivas sociosubjetivas a partir de las cuales se construye el problema *salud*. Es en este marco que debe colocarse la reflexión sobre la problemática del sida en relación a la población migrante.

**El sida y la perspectiva de los migrantes**

En un primer esfuerzo por conocer la problemática del sida desde la perspectiva de la población migrante, a finales de 1995 se realizó una serie de encuestas que fueron aplicadas por los promotores del programa a: a) autoridades municipales y locales, b) promotores de salud, c) jornaleros agrícolas.

PASA A LA 6

VIENE DE LA 5

*a) Autoridades municipales*

Prácticamente todas las autoridades manifestaron tener conocimiento del sida. En la mayoría de los casos expresaron haberse enterado por medio de la radio en Culiacán, mientras se encontraban como jornaleros. 25 por ciento de los entrevistados identificó al sida como una enfermedad contagiosa. Prácticamente todos relacionaron la adquisición del sida con la práctica de relaciones sexuales con otras mujeres. La mitad expresó que la infección se da por sangre. En 90 por ciento de los casos, las autoridades señalaron que hay que rechazar a los enfermos de sida; sólo en 10 por ciento se planteó la necesidad de proporcionar apoyo moral. Cabe destacar que en ninguno de los casos las autoridades manifestaron haber tenido la mínima información por parte del sector salud. Identificaron a la población migrante como al sector más expuesto a contraer la enfermedad y 'contagiarla' en la comunidad. Todos coincidieron en que se dé información clara y adecuada a la población indígena y analfabeta. Las palabras de Loen Santiago, agente municipal de Río Lima, comunidad de Los Valles, resultan elocuentes de la enorme confusión que existe al respecto: "yo no sé mucho de sida, yo no sé mucho español, no sé que es *sidas*. Aquí en Río Lima ha venido una doctora a platicar, pero no he entendido mucho, ni cómo nos podemos contagiar; dicen que usemos condón, a veces platican de eso, pero yo veo que tampoco entienden mucho".

*b) Promotores de salud*

Este sector reconoce al sida como una enfermedad 'contagiosa' y mortal que se transmite por relaciones sexuales, transfusión de sangre y jeringas infectadas. Sólo a 10 por ciento le pareció que la información recibida era clara. Al restante 90 por ciento le pareció inadecuada por el poco tiempo que duró la capacitación y, sobre todo, por la falta de material adecuado. Señalaron que no han podido realizar ningún tipo de campaña preventiva en la comunidad, pues las costumbres no lo permiten. Existen temas que no se tratan y uno de ellos es el sexo. Margarita Gracia, promotora de Asunción Ocotlán, había dado pláticas a los jóvenes de la secundaria, "pero no a las personas mayores, porque las mujeres no hablamos de sexo con los hombres. Mi papá es migrante a los Estados Unidos, nunca le he hablado de eso, si lo hago ya no me va a dejar ir a la Casa de Salud". Todos los promotores consideran que no se ha hecho nada por informar a la comunidad sobre el sida y que se tendría que hablar "de manera muy sencilla, con videos, donde se vean casos de sida, pues la gente piensa que nunca le va a suceder".

*c) Los jornaleros agrícolas.*

Solamente 20 por ciento de los entrevistados fueron mujeres. A pesar de que todos afirmaron estar enterados, no difieren mucho los testimonios entre sí:

*Me llamo Benito Gracia Cruz, tengo 30 años de edad, he salido a trabajar desde hace 12 años a los campos de Bamboa, Batan, Campo 7, allá en Sinaloa. Voy al corte del tomate, pepino, chile grande.*

*Fíjese maestro que no sé mucho de sida, así como lo llaman, no le entiendo nada, parece que hablan inglés, como son palabras de doctor yo no entiendo bien qué es, solamente sé decirlo: sida. Pienso que son animalitos que están en las llantas donde hay agua sucia en Culiacán, que vuelan sobre nosotros y cuando nos ven, después entrán en nuestro cuerpo. En Culiacán, en el campo Caimanes, la trabajadora social nos dice que tengamos cuidado con el sida, que usemos condón, pero nos da pena, yo lo he visto pero nunca lo he abierto, dicen que si se abre se salen las enfermedades de la ciudad. Muchos jornaleros se salen del campo y se van a las cantinas y se duermen con las muchachas malas. Por eso se enferman y les da tos. ¿Eso también es sida? Como ahora hay muchas enfermedades, pienso que todo es sida. Por eso la* ***Biblia*** *dice que nos portemos bien para no enfermarnos en los campos. Cuando da sida, ¿enflaca uno?*

Antonio Reynoso

*Queremos saber mas sobre el sida, pero que nosotros entendamos; dicen en el pueblo que los doctores lo inventaron para sacarnos más dinero, no sabemos qué es ni cómo nos contagiamos.*

Los jornaleros que señalaron que el sida es una enfermedad mortal que se transmite por sangre o contacto sexual sólo representan 20 por ciento de los entrevistados. Todos obtuvieron información en los Estados Unidos. Existe en los demás casos una interpretación de origen mítico. En muchos casos se refieren al sida como un castigo de Dios. También se manifiesta un cierto fatalismo como es el caso de Pablo Elidas, jornalero de Cañada de Lobo, en la mixteca, que piensa que "cuando una enfermedad nos tiene que dar, nos da; y así pasa con el sida". A diferencia de los otros dos grupos entrevistados, los jornaleros expresaron, en 90 por ciento, tener conocimiento de casos de sida. En todos ellos se trataba de hombres. Las mujeres jornaleras, en cambio, piensan que la información debe darse a los hombres, pues como señalaron algunas de ellas:

*El condón se lo tienen que poner nuestros maridos, no nosotras; de nada sirve que sepamos lo que es el sida si nuestro marido no se cuida. Fíjese que yo pienso que los hombres tienen la culpa de esas enfermedades, pues cuando van al Norte se meten con mujeres que seguro están enfermas; y cuando regresan y tienen relación con su esposa, pues nos pegan la enfermedad. ¿Sabe? Mi esposo tiene meses que no se duerme conmigo, porque dice que le duele la cabeza y los ojos. En el pueblo me han dicho que anda con otra, yo pienso que tiene sida.*

Una preocupación que manifiesta la mayoría de los entrevistados es que en la comunidad los vayan a culpar por traer el sida. Otra entrevistada señaló que hasta que no se dé la epidemia, el pueblo no va a hacer caso:

*A la gente del pueblo no le gusta hablar de estos temas porque piensan que los doctores los inventan; esto pasó cuando la enfermera y la promotora de salud dieron una plática sobre el cólera y la gente no les hacía caso, hasta que hubo enfermos del cólera. Entonces la gente rechazaba a estas personas, porque creían que con saludarlas se iban a contagiar del mal. Así que imagínese, si hubiera en serio un caso de sida en el pueblo, capaz que la gente lo lincha o lo corre del pueblo.*

**Consideraciones finales**

La información recogida a través de las entrevistas no permite hacer generalizaciones sobre el estado actual del sida en las comunidades expulsoras. Cabe advertir que tampoco era éste el propósito de las mismas. Nos propusimos, en cambio, realizar un diagnóstico inicial que nos permita, en el futuro, profundizar sobre el conocimiento de las condiciones de salud de los jornaleros agrícolas, especialmente en lo que respecta al sida. Esto nos permitirá aportar acciones en favor del mejoramiento de las condiciones de salud de la población migrante. Con todo, la información disponible nos permite esbozar algunas tendencias y señalar algunos problemas.

a) *Se advierte una escasa o nula información real sobre el fenómeno del sida.* En algunos casos se observa incluso una desinterpretación sobre el problema que, dadas las condiciones particulares de las comunidades indígenas y los pocos éxitos de la asistencia institucional del sector salud, no se prevé que pueda resolverse a corto plazo.

b) *Se advierte una relación de exterioridad de la población migrante frente al fenómeno del sida.* Sistemáticamente, y aun teniendo en cuenta sus orígenes internos, el sida es percibido como un problema externo a las comunidades. Se asume como un problema de los otros, como algo ajeno.

c) *Las condiciones socioculturales de las comunidades indígenas no propician un contexto comunicativo de la práctica sexual.* En este sentido, y como un fenómeno asociado al sexo, el sida aún no es tema de reflexión en el contexto de las relaciones interpersonales. Esta dificultad se acentúa por el tipo de relación que prevalece entre hombres y mujeres, el cuales excluye, por lo general, el intercambio de información vinculada a la experiencia sexual. Más aún, la violación de esta norma cultural puede ocasionar el aislamiento del individuo y, en algunos casos, el destierro definitivo.

d) *Los agentes institucionales aún no han asumido plenamente la gravedad del problema y manifiestan poca sensibilidad y capacitación en su práctica profesional frente a los grupos destinatarios de la información.* Esto corresponde tanto al personal del sector salud como a los cuadros operativos del mismo Programa de Jornaleros. En este sentido podemos afirmar que si bien la población indígena migrante es altamente vulnerable, el fenómeno del sida es un problema que atañe a la sociedad en su conjunto.

e) *En el contexto indígena migrante, las acciones sociales e institucionales frente al problema del sida revelan la característica y recurrente falta de comunicación y comprensión intercultural.* Las entrevistas revelan que los esfuerzos institucionales por acercarse a este fenómeno, aparte de ser escasos, se han preocupado más por simplificar la información técnica relacionada con el problema del sida y la salud, que en garantizar una comprensión de la misma por parte de los destinatarios. Prevalece todavía una actitud urbana, mestiza y occidental; el contexto cultural de la población usuaria de la información resulta secundario. Creemos que el problema no radica en la complejidad de la información que se requiere transmitir, sino en la creación de condiciones de diálogo horizontal, de verdaderos espacios de interculturalidad que posibiliten la identificación y apropiación compartida de objetivos, intencionalidades y significados relevantes. De ahí que sea insuficiente, en el mejor de los casos, la traducción de los problemas externos a la lengua local. No se trata de pensar los problemas mestizos o ajenos con palabras mixtecas o triquis. Se trata, en cambio, de retomar la experiencia externa y de recrear el problema en términos del contexto sociocomunicativo de la población local. Sólo en esta medida se podrá lograr que el discurso en torno a la salud, la enfermedad y el sida, se constituya en una realidad asible y significativa para la vida social cotidiana de miles de indígenas migrantes ●

---

**1** "Cuestiones de población. Juego de documentos informativos". En: Fondo de población de las Naciones Unidas. **La gente en movimiento: migración y urbanización**. Oaxaca. Población y Futuro, Coespo. 1995 6, **16**:34-36.

**2** Datos citados por el Instituto Nacional de Migración. **La Jornada**, 20 de octubre, 1993. En: Ortiz Gabriel Mario. **Contextos locales y condiciones de vida de los jornaleros agrícolas migrantes de Oaxaca**. Sedesol-Pronjag, 1994.

**3 La Jornada**, 12 de abril, 1994. En: Ortiz Gabriel, Mario. **Contextos locales y condiciones de vida de los jornaleros agrícolas migrantes de Oaxaca**. Sedesol-Pronjag, 1994.

**4 La Jornada**, 3 de junio, 1994. En: Ortiz Gabriel, Mario. **Contextos locales y condiciones de vida de los jornaleros agrícolas migrantes de Oaxaca**. Sedesol-Pronjag, 1994.

**5** Ortiz Gabriel, Mario. **Contextos locales y condiciones de vida de los jornaleros agrícolas migrantes de Oaxaca**. Sedesol-Pronjag, 1994

**6** Sánchez Muñohierro, Lourdes. **Jornaleros indígenas en el Noroeste de México**. Sedesol-Pronjag. 1994.

**7 La migración nacional e internacional de los oaxaqueños**. Colegio de la Frontera Norte, Consejo estatal de Población de Oaxaca. Oaxaca, 1995. p. 9.

**8** Archivo del programa Coesida. **Casos de sida por jurisdicción sanitaria**. 1986-1995.

Estela Guzmán. Socióloga. Coordinadora estatal del Programa Nacional de Jornaleros Agrícolas en Oaxaca.

Pedro Lewin. Antropólogo. Investigador del Centro del INAH, Oaxaca.

Versión resumida de la ponencia presentada en el Curso-Taller de Actualización en VIH/sida dirigido a Personal Trabajador de la Salud. Morelia, Mich., 5-9 de febrero, 1996.

Con el apoyo del Banco Mundial, la Iniciativa Regional para el control del Sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en Latinoamérica y el Caribe (SidaLac) emitió una convocatoria dirigida a investigadores, instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para financiar proyectos de investigación y estudios estratégicos en torno al sida. Con un monto incial de 500 mil dólares —45 mil por proyecto— SidaLac impulsará aquellos estudios que proporcionen información útil para la planeación estratégica en la prevención de la infección por VIH y en la atención a la población afectada. El objetivo es influir e involucrar a funcionarios gubernamentales de alto nivel, más allá de los sistemas de salud, para modificar, de manera exitosa, el curso de la pandemia del sida y de otras enfermedades de transmisión sexual. En entrevista con **LETRA S**, el doctor José Antonio Izazola, coordinador ejecutivo de SidaLac, explica los objetivos y lo que se espera de esta convocatoria.

Carlos Jaimeta

# Investigación estratégica para sensibilizar al nivel de decisión

ALEJANDRO BRITO

**Doctor José Antonio Izazola, ¿qué es el SidaLac, cuál su origen y cuáles son sus objetivos?**

La Iniciativa Regional para el control del Sida y otras ETS en Latinoamérica y el Caribe (SidaLac) es promovida por el Banco Mundial (BM) para impulsar proyectos de investigación. Los objetivos son, fundamentalmente, la movilización de recursos y acciones para influir en quienes toman las decisiones. Uno de los problemas fundamentales es que el sida surgió como un brote, como una enfermedad nueva, y se ha tratado como una crisis, no como una enfermedad ya instalada en los países. Por esta misma visión se han utilizado los fondos internacionales para solucionar la emergencia y no se ha planeado bien la respuesta al interior de los países.

**¿De qué monto se está hablando?**

El monto inicial otorgado por el BM es de 500 mil dólares para el ejercicio fiscal 1995-1996. La mayor parte de estos recursos se destinará al apoyo de estudios estratégicos. Se intenta financiar estudios piloto o complementarios en tres rubros. Uno es el estudio de tipo epidemiológico. Queremos planear en forma precisa cuántos casos de sida tendrán que atender los ministerios de salud en los próximos años, a cuántas personas habrá que brindarles servicios. Esta Iniciativa intenta hacer proyecciones serias para entender cuál va a ser la carga en los sistemas de salud nacionales.

Esto está relacionado con el segundo tema, que es la estimación del impacto económico de la enfermedad en la población y en la economía. Esto tiene que ver no sólo con el costo directo sino con el indirecto. No es correcto señalar que todos los pacientes con VIH van a fallecer y que, por lo mismo, no hay que invertir en ellos. Hay que hacer un estudio serio, por ejemplo, acerca de lo que se gana o se pierde cuando se invierte en profilaxis, en tratamiento antiretroviral o en inhibidores de proteasa. Por decirlo de otra manera, cuánto se gana en vida saludable. Ese es un beneficio que no se ha considerado en los estudios costo-beneficio.

Por último, queremos evaluar la capacidad de los sistemas de salud para brindar una óptima atención médica. No es suficiente con que se descubra un medicamento ni con que se describa un procedimiento para mejorar la atención. Hay que saber si se puede brindar en nuestro medio la atención óptima al menor costo posible.

**¿Considera que falta un puente de comunicación entre investigadores y tomadores de decisión o funcionarios gubernamentales?**

Esto no sólo se ha descrito con el sida, sino prácticamente con todas las ciencias biomédicas. Falta un puente entre los resultados del trabajo de los investigadores y la toma cotidiana de decisiones por parte de los funcionarios, gubernamentales y no gubernamentales. Lo que queremos es facilitar ese puente de información, producir información útil en forma oportuna y comunicarla en forma adecuada.

**Esa toma de decisiones, ¿no es un problema de voluntad política?**

Creo que, a diferencia de simplemente informar, debemos educar. La voluntad a veces no es caprichosa, a veces es producto de una educación. Esa educación es la que tenemos que cambiar. Si creemos que por sacarle fotocopias a un trabajo y entregárselo a alguien vamos a cambiar su voluntad política, estamos equivocados. Quienes hemos trabajado en sida por muchos años nos parece evidente la importancia del problema, pero ¿por qué suponemos que otra gente nos va a creer?, ¿porque nosotros lo decimos? No es suficiente vomitar cifras, no es suficiente hacer marchas. Es necesario explicar por qué es importante. Y para poder explicarlo debemos tenerlo muy claro nosotros mismos. Es importante buscarle una racionalidad económica, social, ética; hay que buscarle las diferentes dimensiones que tiene y con ellas educar a quien debe tomar una decisión.

Si un hombre no usa condón, es porque no hemos hecho una campaña educativa eficiente. Si un tomador de decisiones no toma la decisión que creemos adecuada, es porque no hemos hecho una campaña educativa efectiva. Tenemos que salirnos del grupo de convencidos y empezar a convencer a los demás. ¿Por qué queremos hacer para el sida un sistema de salud distinto, un sistema de seguridad distinto, un sistema de derechos humanos distinto? Si el trato que se da en instituciones médicas es malo para todos, también va a ser malo para los pacientes con sida; si mejoramos el Sistema Nacional de Salud (SNS) en términos de calidad de atención, lo mejoraremos también para el sida.

**¿Por qué la necesidad de destinar este apoyo, este esfuerzo, estos recursos a la investigación, más que a la atención de la epidemia y de los enfermos?**

Hay varias respuestas. Voy a tratar de dar dos o tres de ellas.

Un punto es que esta Iniciativa no pretende duplicar esfuerzos. Ya hay iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y del Programa Global de Sida de las Naciones Unidas (Onusida), entre otros organismos; que tienen datos muy concretos. La iniciativa SidaLac no repetirá lo que están haciendo ellos. Por otro lado, no hay competencia, el presupuesto que tenemos no alcanza para competir.

En segundo lugar, no es que no apoyemos la atención médica, pero si destinárámos los recursos a ésta, sólo nos alcanzarían para cubrir un par de días en toda América Latina. Queremos convencer a los funcionarios responsables de que se deben aplicar mayores recursos en prevención y atención a pacientes.

¿Por qué investigación? Porque esta investigación tiene que estar vinculada con la toma de decisiones. Queremos avisar que este escenario epidemiológico se va a poner peor, queremos avisar que guarden recursos, que ahorren para poder contener a esta epidemia. Esa es, creo, la racionalidad de por qué aplicarlo a estudios de este tipo.

**¿Y cómo se piensa difundir estos resultados, cómo se piensa construir ese puente de entendimiento entre los resultados de la investigación y la toma de decisiones?**

Los resultados deben estar disponibles para los programas nacionales de control y prevención de VIH/sida y ETS, además los vamos a publicar. También organizaremos reuniones en las cuales se difundan éstos y otros resultados. Es posible que organicemos seminarios o conferencias subregionales.

Otra posibilidad es hacer uso de la influencia del BM para tener mayor acceso a los tomadores de decisiones del ámbito financiero. Ellos le prestan mayor atención a los representantes del BM y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que a los ministros de salud. Estos representantes quizás puedan funcionar como voceros en la difusión de estos resultados.

**¿Cuáles serán los criterios que se utilizarán para seleccionar los proyectos de investigación que se van a financiar?**

En primer lugar tienen que tocar los puntos señalados en la convocatoria. Tienen que contar con una metodología muy clara que les permita obtener el resultado prometido. Uno de los criterios fundamentales es su aplicabilidad en la toma de decisiones, es decir, no nos interesa un modelo matemático abstracto que no se pueda aplicar porque no tenemos datos. Nos interesa que nos digan "nuestra mejor estimación de casos es tanto". Preferiremos un estudio que les dé resultados confiables sobre el número de casos esperados, que un modelo muy sofisticado que probablemente daría resultados más precisos, pero que no va a proporcionar información nueva a los sistemas de salud.

Esos son, necesariamente, los tres componentes. Una solidez metodológica; aplicabilidad directa de los resultados en toma de decisiones, y cumplir con el temario establecido. Son exigencias mínimas que garantizan un buen nivel, porque en ocasiones la información barata y rápida te sale muy cara y no te permite tomar decisiones porque los resultados no son conclusivos ●

Algunas de las razones que dificultan el trabajo de atención social a las comunidades indígenas del país son su aislamiento y dispersión en lugares de difícil acceso. Y si a esto sumamos las dificultades de comunicación y entendimiento conceptual, estaremos hablando de una tarea, en el caso de la prevención del sida, que parece menos que imposible. Por medio de testimonios la periodista Lilia Rubio da cuenta de esa ardua labor.

Eva Bodmisoli

Flor Gaudiño

# Entre los indígenas, nula percepción del riesgo

**LILIA RUBIO**

Si en las principales urbes del país el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida) continúa siendo tabú, ¿qué se puede decir de la galopante marginación, ignorancia y desinformación en zonas rurales e indígenas —desde Chiapas hasta la Tarahumara y Baja California—, así como entre jornaleros agrícolas, que en las últimas décadas han protagonizado una especie de éxodo hacia tierras lejanas con tal de no morir de hambre y de desolación?

No sólo se trata de indígenas que emigran a otros estados de la república, sino también de quienes terminan viviendo, o muriendo, en países como Estados Unidos.

A fin de recabar datos sobre sida e indígenas, visitamos varias entidades del país. Lo que encontramos fue alarmante. Sin embargo, también nos dimos cuenta de que no todo está perdido. De Norte a Sur hablamos con doctores, trabajadores sociales, campesinos, empleados del sector salud y hasta con una periodista maya. Incansablemente, contra viento y marea y haciendo un verdadero trabajo de hormiga, nuestros entrevistados bregan cotidianamente por crear consciencia de la enfermedad y cómo evitarla, en las comunidades más remotas del país. Aunque no les es ajena la frustración ante la falta de una infraestructura básica, nos contagiaron con su perseverancia y entusiasmo ante lo que sólo podemos calificar como una titánica tarea frente a terribles limitaciones económicas, barreras lingüísticas y culturales, estigmación y apatía.

He aquí el colorido, en momentos deprimentes, del mosaico de nuestros hallazgos. Sea este sencillo resumen un homenaje a todos aquellos que a todo están dispuestos, menos a darse por vencidos.

### Veinticinco mil

"Nunca nadie me ha preguntado sobre sida ni he tenido ningún enfermo", dice la doctora Lourdes Brenes, que hace tres años trabaja en el valle de San Quintín, B.C. donde hay unos 25 mil jornaleros en la cosecha de pepino, tomate, fresa, col de Bruselas, cebollín y apio. 34 por ciento son mujeres y muchas son madres solteras. "El trabajo ha sido muy enriquecedor, pero a veces también desesperante, pues tratamos de fomentar hábitos en ellos y no siempre los aceptan."

Cuenta la doctora que las mujeres se ríen cuando les pregunta si sus esposos no les han pegado alguna infección. "Les explico que es una enfermedad que pueden contraer al tener relaciones, pero es muy difícil porque no sólo no saben qué es el sida, sino que muchas veces tampoco hablan español."

Es por eso que muy pronto, Brenes y otros doctores, como Manuel Llamada Angulo, el coordinador operativo, y el epidemiólogo de Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud (SS), iniciarán un programa piloto usando el llamado cuestionario Centinela, como también unos 50 reactivos con el fin de detectar personas con factores de riesgo, a quienes se les haría la prueba en Ensenada.

"Todavía no sabemos cómo van a reaccionar, pero creo que no será fácil y que hasta pueden llegar a cerrarnos la puerta. Lo tendremos que hacer a través de sus líderes y usando la radio que transmite mensajes en su idioma", dice la médica.

Pedro Navarro

### UT'AANINMAYAD: "Voz de los Mayas"

Aunque totalmente en otras latitudes, el trabajo de la joven Julia María Chan Xiccum, como conductora televisiva y locutora en Mérida, Yucatán, está estrechamente relacionado con lo que Brenes, Llamada y sus equipos hacen en San Quintín.

Hace nueve años que la originaria de Chumayel —el pueblo maya donde se encontró el libro sagrado del **Chilam Balam**— tiene dos noticieros en su idioma natal. Asimismo, su tesis profesional en leyes fue sobre la violación de derechos humanos en enfermos de sida.

"Les explicamos cómo es la enfermedad y qué hacer para no infectarse", dice la abogada. "No es muy fácil traducir términos como 'sexualidad' y 'coito', porque además está prohibido hablar de eso en la cultura maya. Por tanto, usamos palabras como 'fulano de tal tuvo algo que ver con alguien' y la gente entiende perfectamente bien a qué nos referimos."

La periodista comenta que no ha visto casos de sida en su pueblo, pero sí a unos 15 kilómetros. También sabe de un patrón que acaba de correr a un indígena seropositivo.

"Me he enterado de jóvenes que se infectan trabajando en Cancún como albañiles, meseros y hasta de pescadores. Muchas veces no están enterados y al regresar al pueblo se meten con su pareja y la infección va en cadena", señala quien propone formar equipos que vayan directamente a las comunidades, porque eso sería mucho más eficaz que hablar por radio o televisión. "Yo pienso que las explicaciones —en su idioma, por supuesto— se deben dar abiertamente, sin temor, pero con la delicadeza requerida."

### Cada quien por su lado

"En Chiapas sí existe un programa, pero no sólo no se ha integrado el Coesida, sino que no ha habido coordinación ni hay material de apoyo", dice bastante frustrado el sicólogo Wertclain, en su consultorio de la SS de Tuxtla Gutiérrez.

Por tal razón, hace un tiempo que decidió recurrir con organismos no gubernamentales (ONG), porque ni su institución ni el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ni Conasida han hecho nada en ninguna zona india, pues los esfuerzos se han centrado en educar a la población abierta, sin trabajo específico con indígenas. "Aquí, definitivamente no se puede hacer nada. Por eso me puse en contacto con las ONG, que difunden mucha información. También estamos considerando formar un albergue para enfermos", dice Wertclain, quien en calidad de coordinador de programas para población vulnerable pasa gran parte de su tiempo visitando lugares como Comalapa, donde hace un par de años encontró dos enfermos. Uno ya falleció y el otro está en la etapa terminal. "No sabían lo que tenían hasta que les hicimos la prueba. Les dí apoyo sicológico a ellos y a sus familiares, con la ayuda de una enfermera que tradujo al tojolobal. Les expliqué que era una enfermedad incurable, pero fue como si les hablara en chino. Sólo entendieron que su familiar se iba a morir".

Por otra parte, su jefe, el Dr. Francisco Jorge Cerón, nos explica que aunque tienen varios casos de campesinos infectados, no viven exactamente en zonas indígenas, sino en rancherías. "El problema es que las jurisdicciones me notifican sobre casos de seropositivos, pero no tenemos el personal requerido para ir a cada una de las localidades. Lo que sí sabemos, no obstante, es que en zonas étnicas tenemos muy pocos casos de enfermedades de transmisión sexual y de sida. De hecho, desde 1986 hasta diciembre de 1995, hemos tenido 268 casos en todo Chiapas."

Eva Bodenstedt

# de infección por VIH

**Sillas quemadas y chiqueros**

Michoacanos Unidos por la Salud y contra el Sida, A.C., es el nombre del organismo que en 1992 creó la aguerrida doctora Yolanda Pineda, quien en ese estado es reconocida por su infatigable apertura de brechas y caminos, que han permitido ir reduciendo las historias de horror. Por ejemplo, atrás quedaron ya tragedias colectivas como áquella —a mediados de los ochenta— cuando en una comunidad indígena no sólo quemaron la silla de un maestro que murió de sida, sino que también corrieron de la escuela a su esposa que allí enseñaba y a los hijos que estudiaban. Asimismo, en otro pueblo cuando una familia se enteró que uno de los hijos había contraído la enfermedad por prácticas homosexuales, lo echaron vivo con los puercos. La doctora fue ha hablar con los familiares y logró que lo sacaran del chiquero. A los pocos días murió.

Como si consultara algún mapa cerebral, la activista va pintando el panorama de regiones con sida, como por ejemplo, la zona purépecha de Uruapan y Paracho, la Nahuatzen, la región lacustre alrededor y el mismo lago de Pátzcuaro. Todas tierra india y mestiza. "Aunque ya contamos con algunos intérpretes al purépecha, náhuatl y otomí, y hemos estado preparando el terreno unos seis meses, todavía no hemos podido penetrar en ese grueso filtro que forman los líderes de las comunidades", señala la doctora. "Mientras no lo logremos, nuestro trabajo no avanzará, aunque estamos de plácemes porque ya logramos entrar al municipio de Los Reyes".

Así mismo, la entrevistada subraya el papel preponderante que han tenido los maestros rurales y los sacerdotes. "A través de ellos convocamos a la población a pláticas donde hablamos de todo: el origen de la enfermedad, qué significa, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas. Los religiosos ven nuestras campañas de distribución de condones como algo educativo y nos brindan su apoyo."

Por otro lado, el pequeño pero eficiente equipo de la organización también recibe ayuda de un grupo universitario que traduce cápsulas informativas a idiomas indios, que luego son transmitidas en la radio de la meseta tarasca y en la radio Nicolaíta.

Explica Pineda que puesto que Michoacán es uno de los principales expulsadores de mano de obra ilegal a Estados Unidos, el problema del sida es serio, pues por temor a ser deportados muchos trabajadores no piden información y están totalmente aislados. "Viven en condiciones muy difíciles y frecuentemente promiscuas. Sé de casos en que 20 rentan una cochera para vivir. También tratan de buscar algo de compañía para espantar la soledad. Eso hace que estén expuestos al virus. Además, muchos empiezan a probar drogas intravenosas. He tenido pacientes que no pudieron encontrar trabajo allá y fueron contratados por alguna pareja para tener relaciones con la mujer, pero también terminan teniéndolas con el marido. Luego regresan a México e infectan a la esposa. Cuando nace el niño nos damos cuenta de la infección."

Asimismo, la médica señala que la característica principal de su trabajo en comunidades indígenas es el respeto por el enfermo y la confidencialidad para proteger a la familia.

Aunque todavía no pueden dar cifras exactas, actualmente tiene una veintena de casos en zonas indígenas, que canalizan a hospitales o a las llamadas clínicas rurales, IMSS-Solidaridad, que no cuentan con el medicamento AZT. "La atención para indígenas es muy raquítica. Hace mucha falta la atención integral, como el apoyo sicológico y el aspecto social que es lo que más debilita al paciente y lo lleva a la muerte", comenta.

Por otra parte, frecuentemente el Coesida dice que sí tiene el equipo multidisciplinario, pero no es verdad. En realidad sólo existe la vigilancia epidemiológica y el seguimiento estadístico. "Estamos tratando de coordinar nuestro trabajo con ellos y esperamos que ahora, con el nuevo gobierno y las nuevas autoridades en la SS, podamos trabajar conjuntamente, como lo estamos haciendo con Sedesol, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Conasida. Por ahora, semanalmente atendemos a cinco seropositivos en nuestro centro, un pequeño departamento alquilado", concluye la pionera de la lucha contra el sida en Michoacán.

**Nayarit: el quinto lugar**

Por lo que respecta al sida entre indígenas, en Nayarit no hay dato alguno, pues el trabajo se ha hecho con población abierta y no específicamente en comunidades rurales donde viven los coras, los huicholes, los tepehuanes y los mexicaneros, aunque sí se está trabajando en una colonia indígena, en las afueras de Tepic, creada hace unos tres años por indios huicholes de la sierra de Jesús María. También se acaba de inaugurar un hospital en la sierra, donde se difunden carteles y folletos en varios idiomas, aparte del trabajo que se está haciendo con la Estación de Cuatro Pueblos y con el Instituto Nacional Indigenista (INI).

Asimismo, cabe hacer notar que por los 559 casos entre 1983 y 1995 —70 por ciento ya falleció— el estado ocupa el quinto lugar en la tasa nacional. Por otro lado, el Coesida, cuya representante es la doctora Gilda Mercedes Pacheco, pertenece a una red epidemiológica informativa de la SS. "A nuestro centro han venido sexo trabajadoras a hacerse la prueba voluntariamente. Ellas nos han informado que en sus relaciones con mestizos e indígenas les hablan de la importancia de usar condón."

La línea de Telsida es 91(321)3-2385.

**Sin AZT**

"La situación me desespera muchísimo. El costo del AZT es tan alto —unos 600 mil pesos—, que aquí en Yucatán es totalmente prohibitivo. Lo único que tenemos es Aciclovir y antibióticos para infecciones oportunistas y el tratamiento del sarcoma de Kaposi. Las ONG nos van donando medicamentos de gente que ya murió, pero sería importante tener el tratamiento y el personal adecuados. En mi equipo, para cubrir un total de 106 municipios, 35 de ellos afectados por el sida, sólo trabajamos una enfermera y yo", dice el doctor José Gaber Osorno, empleado de la SS. "Mucha gente que trabaja en Quintana Roo viene a Mérida a hacerse la prueba y luego se regresa. Los canalizamos con los responsables de allá. Aunque no hacemos nada específico en pueblos indios, sí nos han reportado algunos casos en lugares como Motul y Cantunil. ¡Imagínate, si ni siquiera contamos con la infraestructura para hacer trabajo con gays y sexo servidoras, mucho menos con indígenas! Por otro lado, no podemos dividir el trabajo entre indígenas y no indígenas, sino por áreas de grandes concentraciones poblacionales. Sabemos, por ejemplo, que 33 por ciento de la gente se ha infectado trabajando en Cancún."

**Del mar a la sierra**

Muy lejos de las cristalinas aguas se encuentra la Huasteca hidalguense —a unos 200 kilómetros de Pachuca— es una de las regiones más marginadas del país. Por eso, los nahuas se ven forzados a buscar trabajo en lugares como la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y Tampico.

Ha habido ocasiones en que el padre de familia contrae el virus que provoca el sida y regresa a casa a infectar a su esposa y, por ende, a futuros bebés.

"Aquí las poblaciones mestizas e indígenas viven mezcladas y, por ahora tenemos a unos 20 infectados, aunque no contamos con cifras oficiales. No obstante, ¿qué podemos pensar si sabemos que por cada caso confirmado hay trece detectados?, dice en Huejutla la doctora Carmen Azuara, quien hace unos seis meses formó en su ciudad —junto con la epidemióloga jurisdiccional y otras personas— un grupo llamado No estás solo, que tiene muchísimos problemas económicos, pues "desde que Carlos Salinas de Gortari dijo que México era del Primer Mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos retiró los 8 millones de dólares que daba a organizaciones como la nuestra en países tercermundistas".

Cabe hacer notar que para Azuara Castelán no hay barreras lingüísticas. Ella habla el náhuatl, pues como hija de maestros rurales, de niña vivió en zonas indias.

La médico tiene su propio consultorio, una farmacia y una escuela de enfermería. "Cada alumna da cinco pláticas de 50 personas y tiene que ir a pueblos indígenas."

Por otra parte, en mayo asistió a una reunión organizada por Conasida, enfocada a trabajar con personal de instituciones como el IMSS y la SS, que atienden a seropositivos y enfermos de sida. Nos cuenta la doctora que conoce a una doméstica que fue despedida de su trabajo porque su marido está enfermo y en etapa terminal. Ahora, la hija de segundo de secundaria tiene que trabajar para mantener a la familia de cinco.

Asimismo, como parte de su participación en la lucha contra la enfermedad, cada mayo y junio Azuara visita varias secundarias urbanas y rurales donde habla sobre educación sexual, "pues es un tema que los profesores rehuyen dar". Para reforzar este trabajo ha solicitado un video en náhuatl, pero todavía no se ha concretizado.

Dentro del organismo llamado Desarrollo Integral de la Adolescencia (Dia), la doctora y su equipo participan con la presidencia municipal dando pláticas sobre sida, sexo seguro y alcoholismo. "El otro día, un jovencito dijo que después de escuchar lo que allí se dijo, ya no podemos quedarnos callados." Por otra parte, el deseo de la médico, y de muchos más en Hidalgo, es organizar una concentración regional de jóvenes con un taller sobre sida. Todo parece señalar que será el 24 y 25 de mayo. Allí también participarán indígenas.

"Para nosotros este trabajo es sumamente importante, pues según las estadísticas, para el año 2000 cada una de nuestras familias tendrá un paciente con sida y eso no puede ser", concluye Carmen Azuara.

**Analfabetismo y fin de viaje**

Llegamos al final de nuestro recorrido. El último alto lo hacemos en el Estado de México. Allí también hay avances, pero tampoco están a la altura de las necesidades. A nivel oficial no se ha hecho ninguna campaña entre los otomíes y mazahuas.

El sicólogo Jesús Edgardo Pérez Vaca, que durante cuatro años trabajó en Coesida y visitó muchas telesecundarias en lugares remotos, ha estado hablando con activistas del estado de Oaxaca sobre la creación de un frente común contra el sida, que incluirá trabajo con indígenas; todavía no hay nada concreto.

"Tenemos que trabajar con antropólogos sociales y sociólogos, entre otras disciplinas", dice. "Aquí la bronca es que las campañas institucionales no consideran la variable de grupo étnico, porque es un paquetón."

"¡Pobre Estado de México, tan lejos de Dios y tan cerca de la capital!", es lo único que se nos ocurre pensar camino a casa ●

---

Periodista.

# Cultura del condón, disparates de la intolerancia

**VINCENT VIDAL**

Desde hace largo tiempo, el tabú, la pudibondería, la religiosidad o simplemente la ignorancia, se han encarnizado contra el desafortunado condón. Múltiples afirmaciones de décadas pasadas, proferidas por "grandes especialistas", divierten hoy o provocan escalofríos en la espalda. En 1854, George Drysdale, un doctor estadounidense muy puritano, afirma que "el preservativo genera impotencia". 25 años después, el doctor Routh, también estadounidense, añade que el condón es fuente de "enfermedades mentales, palpitaciones y... pérdida de memoria". Algo más insípido todavía: un inglés anónimo afirma por la misma época, en una obra dedicada a la contracepción, que no se estila "que un caballero desflore a una virgen con un preservativo puesto". En 1873, en Nueva York, se le confía a un cierto Antony Comstock la responsabilidad de un "Departamento oficial contra el vicio". Dos leyes federales contemplan penas de prisión o de trabajos forzados de hasta diez años, multas de 5 mil dólares y, en ciertos casos, penas acumulables contra quienes fueren sorprendidos promoviendo, vendiendo, poseyendo o prestando (!!) condones. El frenesí de este hombre y de su movimiento moralizador llegó al grado de enviar pedidos a los servicios de ventas por correspondencia con el fin de sorprender en flagrante delito a clientes y vendedores.

Hoy como ayer, la Iglesia sigue siendo la enemiga más acérrima del preservativo. La llegada del sida y sus consecuencias sobre las prácticas sexuales reforzaron las posturas del clero católico respecto al placer físico. Su influencia se constata por ejemplo en la región francesa de Bretaña o en Italia, lugares por excelencia practicantes y en donde el índice de ventas de preservativos es muy bajo. Lo mismo sucede en Irlanda donde este medio de contracepción fue ilegal hasta 1980. Su comercialización (ventas sólo con receta médica) no se produjo sino hasta 1985. Las tiendas de discos **Virgin** desobedecieron la ley e instalaron un rincón de venta de condones. El gobierno irlandés les puso una demanda y la ganó. El dinero de la multa que tuvo que pagar la tienda se juntó gracias a un concierto de apoyo organizado por el grupo inglés U2. Irlanda es el único país de la comunidad europea donde sigue prohibido el aborto. Algo también asombroso es el comportamiento muy contradictorio de los estadounidenses, quienes adoran exhibir su liberalismo —*sex-shops*, películas porno—, sin poder liberarse de su eterno puritanismo, como lo ilustra el caso de ciertos supermercados que se niegan a vender preservativos por miedo de escandalizar a mujeres o a niños. Hubo que esperar hasta junio de 1977 para que la suprema corte juzgara anticonstitucional el hecho de sólo vender condones en las farmacias y que los jóvenes de menos de 16 años sólo pudieran obtenerlos a través de su médico familiar.

Antes de la llegada del sida, el condón era el medio más seguro de copular sin procrear, y esto, a los ojos de la Iglesia, es algo muy difícil de aceptar. "Creced y multiplicaos", ¿acaso no es ése el primer mandamiento de la **Biblia**? ¿Y no dice también la **Biblia** que es menester "reproducirse hasta llenar la tierra?"

Más allá de los problemas de natalidad, muchos vieron en el sida un castigo divino que pondría orden en una sociedad encaminada al satanismo; así, se señalaban con particular rigor a los renegados de la religión: los homosexuales o las prostitutas. El condón que permite copular "sin riesgo" se percibió entonces como un obstáculo a la justicia divina. Fuera de algunos integristas, nadie se atreve hoy a hablar de "cáncer gay" o de "enfermedad homosexual". El conjunto de capas socio-culturales se ve ahora afectado y, para todos, el único medio de conjurar una hecatombe creciente es luchando contra la enfermedad. La Iglesia, sin embargo, mantiene su postura y muchos militantes de organizaciones de lucha contra el sida protestan contra tal actitud y hablan de "negativas de auxiliar a personas en peligro". En Francia, algunos moralistas, como el padre Xavier Thevenot, rechazan sin embargo la imagen de un Dios castigando a su grey, y consideran, desde 1987, que el preservativo es "un mal menor", necesario sobre todo para "evitar un riesgo de muerte". El padre Thevenot llega incluso a comprender y aceptar una sexualidad más "liberal", en un contexto de amor y de relaciones humanas. Esta posición la comparte el abate Pierre, aunque añade que "el único preservativo de seguridad absoluta es la fidelidad". El obispo de Evreux, Jaques Gaillot, va todavía más lejos: "Cuando la vida está en peligro, hay que admitir ciertas excepciones en los principios. Para defender la vida, la Iglesia no sólo debe cambiar su lenguaje sino también la base de sus posturas." Por su parte, Olivier de Dinechin, profesor de teología y encargado de cuestiones morales en el episcopado francés, señala: "A la Iglesia se le ve como la instancia que rechaza el preservativo, contribuyendo así a propagar la infección... En mi opinión, esta imagen no corresponde a la realidad." Antonio Pelayo, periodista en El Vaticano, argumenta que si "bien algunas personas desean una aprobación del Papa, un *urbi et orbi* para poder utilizar el preservativo, es inútil reprocharle a Juan Pablo II, así como a los obispos y cardenales, que no hagan lo que evidentemente no harán jamás."

Entre hoy y 1826, año en que el papa León XII calificó de "diabólico" al preservativo, el cambio de actitud no parece muy convincente. Gérard Béneteau, sacerdote desde hace siete años en la iglesia de Saint-Eustache, manifiesta una visión más "personal": "¿Acaso es posible relacionarse con alguien sin un elemento de riesgo, sin ser vulnerable? Estoy de acuerdo en que es necesario protegerse, pero en tanto cristiano hay algo en la palabra preservativo que no deja de incomodarme." Lo más asombroso es que el padre Béneteau piense —a pesar de ello— que es "imposible que la Iglesia excluya a alguien". El cardenal Henri Schwery, obispo de Sion (Suiza), opina que "la discriminación de las personas que viven con sida es incompatible con el Evangelio". De estas declaraciones se desprende que la Iglesia parece aceptar hoy a las víctimas del sida, aunque sigue sin aceptar lo que pudo haber evitado la enfermedad ●

---

Tomado del libro **La petite histoire du préservatif** de Vincent Vidal (Syros Alternatives, París, 1993).
Traducción: Carlos Bonfil.

## IX CAMINATA NOCTURNA SILENCIOSA

**Para**:

⇨ Recordar y rendir homenaje a las personas fallecidas por sida.
⇨Promover la solidaridad de la comunidad con las personas que viven con VIH/sida.
⇨Hacer un llamado al gobierno para asumir su responsabilidad social de garantizar el derecho a la salud en los aspectos de la prevención y atención relacionados con el VIH/sida.
⇨Protestar por la violación cotidiana de los derechos humanos de quienes viven con VIH/sida.

***Partirá del Angel de la Independencia hacia al Zócalo a las 16:00 hrs. el 31 de mayo. Tianguis informativo en el Angel de la Independecia a partir de las 12:00*** **hrs.**

Organiza "Grupo Padrinos"

**Nota al margen**: Desde hace ocho años se realiza la Caminata Nocturna Silenciosa en memoria de los fallecidos debido al sida; sin embargo, de los objetivos planteados en el origen, se ha subrayado, en los últimos años, solo su carácter ceremonioso. Con ello, el acto ha perdido fuerza, porque no cuenta con una estrategia definida y concreta. Es necesario retomar el carácter combativo del evento para fortalecer su eficacia. **(LETRA S)**

# Mil congresistas por un Programa Nacional de Educación Sexual

VICTOR VELASCO MORALES

Más de 950 participantes, entre educadores, terapeutas sexuales, especialistas en salud reproductiva, sexólogos, feministas, antropólogos, colectivos de gays y de hombres por relaciones más igualitarias, organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud sexual, a la lucha contra el sida y contra la violencia sexual, comunicadores y público en general, se dieron cita en la ciudad de Aguascalientes, del 10 al 13 de abril, para celebrar el II Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología.

Este congreso, celebrado 17 años después del primero, se pronunció por la instauración de un programa nacional de educación sexual, basado en el conocimiento científico y en el humanismo y con un absoluto respeto a las preferencias y prácticas sexuales de las personas. El presidente de este segundo congreso de sexualidad, el doctor Eusebio Rubio, al clausurar los trabajos afirmó: "Es tiempo de que la salud sexual sea reconocida como un derecho humano." En un ambiente festivo y animado, los asistentes dialogaron y discutieron sobre los más variados temas: la sexualidad tomada desde la perspectiva de género hasta las más novedosas terapias para tratar problemas de erección o anorgasmia, pasando por el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Las palabras del gobernador de la entidad en la clausura del evento parecieron captar bien el sentir y la actitud de los participantes. Allí, el licenciado Otto Granados Roldán afirmó. "La sexualidad es demasiado importante como para confiarla a los prejuicios (...) Es fundamental que se creen personas con una actitud abierta y empática, que favorezcan la libertad, la responsabilidad y la tolerancia". En forma inusual para un gobernador y demostrando una amplitud de criterio que urge ya en el país, añadió: "En la sexualidad, sin complejidad y diversidad, estaríamos poniendo fin a la historia de la humanidad (...) el erotismo, lo lúdico, distingue a la sexualidad humana (...) le permite ir más allá de la función reproductiva. Por ello, es necesario crear un ambiente abierto a la duda, a la diversidad."

Las conferencias magistrales estuvieron a cargo del destacado antropólogo Alfredo López Austin, con el tema "La sexualización del Cosmos", visión etnológica de la sexualidad en diversas culturas del mundo y en especial de la cultura mesoamericana; el doctor John Money, de la Universidad John Hopkins, tituló a su ponencia magistral "La naturaleza del hombre. ¿Cuál animal?" Por su parte la especialista Esther Corona se presentó el segundo día con el tema "Educación sexual: ¿herramienta ideológica?", en donde subrayó la necesidad de profesionalizar la educación sexual.

El tema del sida fue abordado en sesiones donde se habló de "Cultura, percepciones y significados que dificultan la prevención del VIH en la mujer" y sobre "Sexualidad y VIH, una perspectiva de género", ponencias de Patricia Uribe y Alma Aldana. El trabajo de prevención y educación sexual que se realiza contra el sida a nivel local fue presentado por Alfredo González, del Frente Aguascalentense de Lucha Contra el Sida (Falcons). En la mesa especial de trabajos libres sobre sida, destacó un trabajo sobre manejo tanatológico del paciente terminal. Sin embargo, la exposición del cúmulo de experiencias de quienes desde la sociedad civil trabajan sobre sida en diversas partes del país estuvo ausente. A pesar de ello, la discusión fue rica. "Muchas de las cosas que han sido condenadas como enfermas o perversas por las visiones tradicionales de la sexualidad, hoy son parte del repertorio del sexo protegido que puede salvarnos la vida ante el sida", palabras del biólogo Oscar Chávez que reflejan muy bien el consenso de los participantes.

El estudio de la sexualidad desde la visión de género, entendido como la construcción social de las desigualdades entre los hombres y las mujeres, fue un tema central del Congreso. En los últimos años esta visión ha prevalecido en los estudios de sexología. En las ponencias y los talleres multidisciplinarios se insistió en la necesidad de crear la cultura de la tolerancia y el respeto a las diferencias. Se coincidió en señalar la necesidad de programar en colegios y escuelas la educación sexual desde temprana edad.

Otra de las ausencias visibles fueron los grupos gay, quizá por eso el tema de las preferencias sexuales no estuvo muy presente. Sin embargo, el tema lo abordó el doctor Ely Coleman, quien se refirió al problema de la identidad homosexual y la carencia de autoestima: "Debemos trabajar para que en cada familia, las fotos de los hijos e hijas gay puedan ocupar el mismo lugar en el álbum familiar que las de los otros hijos, lo cual es no sólo necesario, sino posible."

Otro de los temas que llamaron la atención fue el de la ética de investigadores, educadores y terapeutas sexuales. En especial el espinoso tema del posible abuso del terapeuta sobre sus pacientes a partir del conocimiento que posee. El doctor Francisco Delfín lo llamó "incesto terapéutico" y se pronunció por la creación de un código ético entre sexólogos. Además, se planteó como una cuestión ética la difusión entre la población de los resultados de las investigaciones para dotarla de mayor poder de decisión en el terreno de la sexualidad.

Miguel Gandert

En el Congreso se abordaron diversas novedades terapéuticas para resolver algunas disfunciones sexuales como la incapacidad eréctil, las dificultades para alcanzar el orgasmo, o los intentos infructuosos de construir relaciones de pareja honestas y estables, problemas que tienen que ver con aspectos sicológicos, biológicos y sociales que impiden el bienestar y la salud sexuales.

En el evento, de alcance nacional, participaron algunos de los sexólogos más destacados y reconocidos de México, como el doctor Juan Luis Alvarez Gayou, director del Instituto Mexicano de Sexología, David Barrios, director de la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral y Esther Corona, presidenta de la Asociación Mexicana de Educación Sexual. El doctor Rubén Hernández Serrano, presidente de la Asociación Mundial de Sexología (WAS, por sus siglas en inglés) también estuvo presente como invitado especial. En su oportunidad, el doctor Hernández instó a los sexólogos del mundo y del país a establecer una mayor comunicación, pues, aseguró, sólo así se conseguirán los avances. En su participación en la clausura del evento afirmó que: "La sexualidad humana es un campo fascinante, hermoso, reprimido por mucho tiempo y que permite la más bella forma de comunicación de los seres humanos." Además, anunció la realización de los próximos congresos de sexología en Uruguay este año, y Latinoamericano de Educación Sexual en México en 1988.

Durante el Congreso, se llevó a cabo la II Asamblea General Ordinaria de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS), organismo que agrupa a la mayoría de las organizaciones de educación sexual del país, en donde se aprobó el ingreso de diez miembros más.

Por el número de participantes y la repercusión de sus trabajos y conclusiones —el evento contó con la cobertura de algunos medios de comunicación—, los organizadores consideraron que el Congreso fue un éxito.

Este tipo de eventos demuestran que la sexualidad es un tema no sólo apasionante sino central en nuestra vida social y personal. Por ello, instamos a los lectores de **LETRA S** a seguir informándose y educando en la responsabilidad, el placer y el respeto. Sólo así detendremos al VIH/sida y seremos capaces de hacer frente a sus consecuencias ●

# Educación sexual sin prejuicios ni fanatismos: Otto Granados

Una sociedad mejor requiere de una sexualidad entendida y vivida en forma responsable, plena y libre, señaló el gobernador de Aguascalientes, Otto Granados Roldán, al presidir la ceremonia de clausura del II Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología, realizado en la capital de ese estado el pasado 13 de abril.

Los asistentes al evento acogieron con entusiasmo las palabras de Granados Roldán, las que calificaron de inusuales si se toma en cuenta el avance de la derecha en el estado. La sexualidad, enfatizó el Gobernador, "es tan importante para la integridad de las personas y para la salud pública, como para abandonarla a la ignorancia, el fanatismo y los prejuicios". Además se pronunció por una mayor educación que fomente el entendimiento de la sexualidad como "un proceso fundamental en la realización de personas dignas y libres. No se trata, por cierto, de promover opciones o abstinencias, ni de intervenir en las preferencias normativas de cada uno, sino de animar y estimular una actitud abierta y empática ante la propia sexualidad y de los otros. El reto —subrayó—, es entonces educar para la libertad, la responsabilidad y la tolerancia".

En ese sentido, el jefe del ejecutivo estatal destacó que la realización de este Congreso y las conclusiones que de él surgieron contribuyen a construir ese entorno de tolerancia y responsabilidad tan necesarios hoy en día. "Felicito pues —concluyó el gobernador—, a los organizadores, conferencistas, participantes y asistentes por esta labor desmitificadora,que es una forma clara de liberarnos de temores, prejuicios y fanatismos." ●

# Sensatez y alimentos: ¿cómo evitar las infecciones?

Las infecciones gastrointestinales pueden producirse en toda la gente. A excepción de algunas de ellas (salmonelosis, microsporiodiosis, criptosporidiosis), no llegan a afectar con frecuencia excesiva a las personas infectadas por el virus que causa el sida; sin embargo, sus consecuencias son en ellas más graves, los tratamientos más difíciles y las recaídas más frecuentes.

*Salmonelosis*

Es una enfermedad de origen animal, primordialmente. La transmiten animales portadores aunque no enfermos, y por lo mismo no eliminados por los servicios veterinarios. Los riesgos provienen de pollos, huevos, y preparaciones a base de estos productos; también de los cultivos de hortalizas, las verduras, los moluscos bivalvos (como los ostiones, por ejemplo), la contaminación de alimentos por manipulación insalubre o por superficies sucias en las cocinas. Existen riesgos por la cría industrial de ganado. Es indispensable pasteurizar la leche, los huevos y productos derivados. El tratamiento de las carnes por ionización es el proceso ideal, pero se enfrenta a un rechazo muy frecuente por parte de los consumidores.

*Estafilococo dorado*

El *Staphylococcus aureus*, germen de incidencia muy alta, contamina los pasteles a base de crema, los productos lácteos (queso, leche, helados) y los platillos manipulables (ensaladas, embutidos, carne molida). Para evitarlo basta lavarse correctamente las manos y observar una higiene satisfactoria en la cocina.

*Shigellas*

Este germen se transmite a menudo a través del agua y provoca diarreas y gastroenteritis. En otros casos, la transmisión se produce entre personas, ya sea por contacto directo o por manos sucias. Los alimentos sólidos, la leche y las bebidas pueden estar contaminadas indirectamente. Las shigellas pueden ocasionar trastornos aun si se ingieren en cantidades muy bajas.

*Listeria*

Esta bacteria proviene, en la mayoría de los casos, de las aves y las carnes (carne molida y embutidos de cerdo), del agua no potable, las plantas, el salmón ahumado, los helados y el queso camembert. En la persona inmunodeprimida puede provocar enfermedades muy graves como la encefalitis. Afecta con frecuencia a mujeres embarazadas, niños y ancianos.

La listeria es muy sensible a tratamientos térmicos, y por ello no existen problemas con platillos elaborados industrialmente. Lo importante en este caso es la manipulación de los alimentos al consumirlos y su conservación.

*Clostridium perfringens*

En ocasiones resiste a la cocción. Las carnes que se venden previamente preparadas y que están listas para recalentarse en el horno, son susceptibles de contaminarlas con el *Clostridium*.

*Campilobacteriosis*

Los signos de una intoxicación alimentaria por campylobacter son los mismos que en el caso de la salmonelosis: intensos dolores abdominales, diarreas explosivas, fiebre, todo esto de dos a diez días de ingerir un alimento contaminante.

Los alimentos responsables son el pollo crudo, la leche no pasteurizada y la carne de cerdo. Las infecciones por campylobacter se producen debido a errores muy graves en la manipulación de los alimentos. Esta enfermedad está totalmente ligada a la falta de higiene.

En muchas ocasiones este germen presenta resistencia a los antibióticos.

*Estreptococo B*

La pasteurización de la leche es una medida de prevención eficaz. Las anginas provocadas por el estreptococo se transmiten por alimentos frecuentemente manipulados.

*Hepatitis A*

A menudo su origen es alimentario, pero también se ocasiona por una falta de aseo después de ir al baño o por haber limpiado sin precauciones a una persona portadora del virus de la Hepatitis A. Los signos que permiten suponer la presencia de este virus son: fiebre, malestar general, náuseas, dolor abdominal e ictericia (color amarillento de la piel).

Una encuesta efectuada en varios supermercados franceses durante el verano de 1994, mostró que las condiciones de conservación de la carne molida en compartimentos refrigerados no siempre obedecía a las normas veterinarias. La temperatura inadecuada de los compartimentos es sólo una etapa del proceso de riesgo; queda el tiempo que transcurre entre la compra del alimento y su almacenamiento en el refrigerador doméstico, sin hablar de un descongelamiento demasiado largo antes de cocinar el producto.

**La calidad de los alimentos**

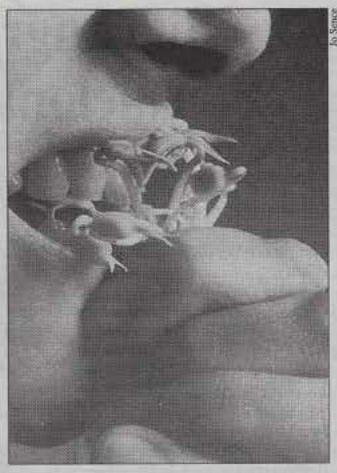
Acción sobre los microbios por manipulación de la temperatura

| | | |
|---|---|---|
| 100°C | Las bacterias se destruyen si el calentamiento se prolonga lo suficiente. La tasa de mortalidad aumenta con la duración. | |
| 68°C | | |
| 37°C | Zona peligrosa | Proliferación rápida de las bacterias |
| 7.2°C | | |
| 0°C | Se frena la multiplicación, pero | |
| -18°C | no se elimina | |

## El problema del agua

No existe el agua totalmente pura. Incluso un agua mineral embotellada y con sello de garantía puede contener cierta cantidad de gérmenes. A menos de beber sólo agua esterilizada o suero fisiológico.

Consideremos el caso de un país como Francia. Si allí el agua de las grandes ciudades no plantea problema alguno, la situación se vuelve preocupante en el medio rural. El Centro Alpino de Investigación Epidemiológica y de Prevención Sanitaria de Grenoble señaló disparidades importantes en la calidad de agua entre una zona rural y otra. Hay usuarios en una región que se exponen a riegos dos o tres veces mayores que los usuarios de otra zona. De 3,032 análisis realizados en un


Jo Sence

conjunto de 50 poblados, durante 18 meses, 42 por ciento no se ajustaban a las normas bacteriológicas. El riesgo de una enfermedad digestiva aguda ha quedado establecido en una proporción de 55 casos por cada mil habitantes, entre los cuales, 85 por ciento de los niños presentan manifestaciones clínicas. Este estudio realizado en 1986 no tomó en cuenta la situación particular de las personas inmunodeprimidas, pero la cuestión se puede plantear en cualquier momento.

## Efectos sobre los alimentos

La irradiación provoca un recalentamiento cuyo efecto es mínimo. No afecta el valor nutritivo ni las características organolépticas del producto.

El tratamiento puede aplicarse sobre alimentos ya empacados, lo que evita cualquier contaminación secundaria. Pero los virus y las enzimas son muy resistentes a estos tratamientos. Las dosis escogidas no representan peligro alguno para los consumidores. Las pruebas no revelan ninguna pérdida del valor nutritivo ni la aparición de factores tóxicos ni efectos cancerígenos o teratógenos. En las dosis aplicadas, los alimentos irradiados no provocan cánceres, ni a corto ni a largo plazo.

Los beneficios son múltiples: eliminación de las enterobacterias de las carnes y las aves, reducción de la cantidad de microbios presentes en las especies, en los ajos, etcétera.

Los obstáculos para la utilización masiva de esta técnica son de naturaleza sicológica: rechazo del consumidor de los productos alimentarios tratados industrialmente por vía física o por irradiación.

## ¿Cómo atenderse?

Si las diarreas son abundantes y los vómitos frecuentes habrá que compensar las pérdidas alternando bebidas saladas y bebidas azucaradas. La acidez del jugo de frutas ayuda a combatir a las bacterias intestinales, también lo consigue la Coca-Cola. De preferencia se beberá jugo de fruta sin pulpa (basta colarlo), ya que las fibras tienden a acelerar el tránsito y agravar por ello las diarreas.

Cuando el estado de salud lo permite, alimentarse con arroz, zanahorias, jamón, plátanos y yoghurts. Hay que evitar totalmente el consumo de otras frutas y verduras, así como los platillos acompañados de salsa.

Si no se observa mejora alguna en 48 horas, consultar a un médico quien recetará un antidiarreico o un antiespasmódico. Por lo general, los antibióticos se utilizan en casos extremos.

Si se desea ser radical en el tratamiento, la levadura en dosis elevadas puede ser de gran utilidad. (Se recomienda acudir y consultar a su médico antes de recurrir a la automedicación.) Al competir directamente con otros parásitos, las levaduras impiden su instalación a lo largo del tubo digestivo. Son ellas las que ocupan el terreno y los parásitos no tienen otra opción que proseguir su camino.

**Causas principales de las enfermedades transmitidas por los alimentos**

Varias causas para una misma enfermedad

| | |
|---|---|
| Refrigeración insuficiente de alimentos cocidos: | 50% |
| Alimentos preparados un día o más antes de su consumo: | 35% |
| Cocimiento o tratamiento térmico insuficiente: | 30% |
| Contaminación por el personal de cocina: | 30% |
| Conservación defectuosa de los alimentos cocidos: | 20% |
| Contaminación cruzada de los alimentos cocidos a partir de productos frescos: | 15% |

Precauciones comunes: higiene y sentido común

## Saber hacer compras

Las verduras y ensaladas empaquetadas deberán presentarse en un sitio refrigerado, sin escarcha (esto último revelaría que la cadena de frío se rompió en algún momento). Estos productos deberán consumirse dentro de las 48 horas después de la compra. Los productos congelados deberán presentar un recubrimiento intacto y sin escarcha. Lo ideal será transportarlos a casa en una bolsa isotérmica y consumirlos sin tardanza si empiezan a descongelarse.

Las latas de conserva deberán estar intactas, sin abolladuras ni deformaciones.

Habrá que evitar totalmente los pescados, mariscos y crustáceos presentados al aire libre y expuestos al sol. Se preferirán los productos vendidos en lugares con baja temperatura. Es necesario aprender a reconocer un pescado fresco: los ojos y las escamas brillantes y las branquias rojas.

No debe comprarse carne premolida; pídale a su carnicero que la muela frente a usted. El tiempo de transportación del producto del mercado al hogar deberá ser lo más corto posible.

## Saber conservar los alimentos

Los huevos se mantendrán con la punta hacia abajo.

La carne fresca, el pollo y los mariscos quedarán separados de cualquier alimento cocido.

Los alimentos, en particular las carnes, deberán reposar en platos y bandejas para no gotear. El interior de los refrigeradores deberá mantenerse constantemente limpio.

## Saber limpiar y descongelar los alimentos

Lavar cuidadosamente todas las frutas y verduras. Descongelar los alimentos en el refrigerador, bajo el agua caliente o en el horno de microondas. Jamás a temperatura ambiente.

## Saber lavarse las manos.

En casa, lavarse las manos lo más frecuentemente posible:

—después de ir al baño
—después de recoger la basura y limpiar los platos
—cuando las manos están sucias
—después de tocar a los animales domésticos o a los pájaros.

**Saber cocer los alimentos**

Respetar el tiempo de cocción que permite que las carnes se liberen de gérmenes microbianos. Preferir una carne bien cocida a una semicruda. Calentar los platillos con carne a una temperatura de 70°C por lo menos durante dos minutos.

**Saber limpiar los utensilios**

No es necesario desinfectar los utensilios de cocina después de lavarlos. El jabón y el agua caliente son suficientes.

**Consejos prácticos para el uso del horno de microondas**

Aunque estos consejos no tienen una relación directa con la higiene, nos es útil conocerlos.

Evitar el contacto directo del plástico y los alimentos debido a las posibles migraciones de moléculas plásticas hacia estos últimos.

No calentar jamás una cantidad importante de aceite ni de alcohol. Existe un riesgo de combustión instantánea.

Esperar 20 segundos antes de abrir el aparato, pues podría producirse un fenómeno de retraso con riesgo de desbordamiento y proyección violenta del líquido hirviente.

No cocer jamás huevos o caracoles en su cáscara. Podrían estallar dentro del horno o, peor aún, en el momento de consumirlos, provocando quemaduras graves por proyección.

El único punto débil de los hornos de microondas reside en el hecho de que no son esterilizadores: la cocción se produce de manera no homogénea, dejando subsistir zonas calientes y zonas frías en el mismo alimento. Si el alimento está contaminado, los microbios pueden pulular allí fácilmente.

Para evitar todo riesgo microbiológico —sobre todo los relacionados con la listeria y las salmonelas resistentes al calor— deberá calentarse cada lado del alimento a 70 °C por lo menos durante dos minutos. Esto significa que el alimento se cocerá largo tiempo a fin de poder agitarlo y dejarlo después reposar para faciliatr el tránsito térmico de las zonas calientes hacia las frías.

**El refrigerador: instrucciones de manejo**

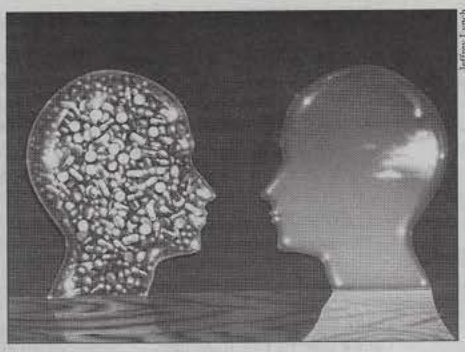
La conservación bajo temperatura fría de los alimentos no garantiza su calidad si no se respeta un mínimo de consejos. Es necesario saber en efecto que los microbios se multiplican con mayor facilidad bajo ciertas condiciones de temperatura.

La proliferación de bacterias en los platillos ya cocidos y conservados a temperatura ambiente es muy rápida: en unas cuantas horas una sola bacteria puede producir millones de bacterias menores. Una habría bastado para provocar una enfermedad intestinal, pero varios miles o millones de ellas rebasan las capacidades de la inmunidad, particularmente en el caso de la gente inmunodeprimida ●

Tomado de un boletín de salud emitido por la organización homosexual Act Up, París.
Traducción: Carlos Bonfil.

# La inhibición de las enzimas

SANDRA TREVIÑO


Jeffrey Lynch

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un microorganismo patógeno único tanto por su estructura como por los mecanismos por los que provoca enfermedad[1]. Las estrategias de tratamiento antiretroviral son múltiples y se han dirigido hacia distintas fases del ciclo de replicación de este virus. Los medicamentos con los que se tiene más experiencia son los que inhiben la acción de la transcriptasa reversa, tal es el caso de la Zidovudina (AZT), la Zalctabina (ddC), la Stavudina (D4T), la Lamivudina (3TC) y más recientemente la Nevirapina y la Ateviridina; sin embargo, ninguno de estos medicamentos está exento de efectos tóxicos y si bien es un hecho que alargan la sobrevida de los pacientes con sida no se ha logrado detener por completo la replicación viral ni la disminución de los linfocitos $CD_4$. Esta situación ha obligado a buscar alternativas de tratamiento; una de ellas es el grupo de medicamentos inhibidores de la proteasa del VIH.

La proteasa es una enzima que el VIH necesita para cortar en moléculas más pequeñas a las proteínas derivadas de los genes *gag* y *pol* que están localizados en el núcleo del virus[2] y de esta forma quedan listas para ensamblarse y formar un virus con capacidad infectante. Al inhibir la proteasa se forma un virus defectuoso sin capacidad de ocasionar enfermedad. A finales de los años ochenta, esta idea atractiva y aparentemente simple atrajo a los científicos de diversos centros de investigación a crear medicamentos dirigidos contra esta enzima pero se encontraron con lo que fue al inicio un problema y posteriormente una ayuda: una parte de la proteasa del VIH tiene una estructura similar a la de la renina y de la pepsina[3] que son dos enzimas que se encuentran de forma normal en el cuerpo humano y que intervienen en la función de los riñones y del aparato digestivo respectivamente.

Las enzimas son proteínas formadas por cadenas de aminoácidos y estas tres moléculas tienen una secuencia de aminoácidos similar en el sitio activo. Para probar los medicamentos inhibidores de proteasa debía conocerse primero la estructura tridimensional del VIH, lo cual se logró gracias a la realidad virtual utilizando primero modelos de computadora y posteriormente corroborándolos por cristalografía[4], por esta razón los primeros medicamentos utilizados tuvieron como blanco el sitio activo de la renina pues su estructura si se conocía, posteriormente se modificaba la estructura del inhibidor hasta que éste resultaba específico para la proteasa del VIH sin que se afectara a las del cuerpo humano (renina y pepsina)[5].

**Las ventajas de los inhibidores**

Una ventaja de este grupo de medicamentos antiretrovirales sobre los inhibidores de la transcriptasa reversa es que tienen actividad no sólo en las células infectadas en forma aguda sino en aquellas en donde existe infección crónica como son algunas de las células del sistema inmune localizadas en los ganglios linfáticos[6]. Los productos más importantes probados en estudios clínicos hasta la fecha son el Saquinavir, Ritonavir, Indinavir y AG-1343; aunque existen por lo menos otros diez medicamentos inhibidores de proteasa aun en proceso de experimentación (A-77003, A-75925, BILA-1906-BS, BMS-186.318, P-9941, RPI-312, SC-55389-A, VB-11.328, XM-323). Es importante mencionar que a pesar de que el uso de estos medicamentos es muy reciente, se ha detectado que el VIH presenta resistencia prácticamente a todos los inhibidores de proteasa en grados distintos[7].

**Las dosis del Saquinavir**

Con respecto a los ensayos clínicos, el Saquinavir es el medicamento que con más frecuencia se ha empleado en humanos, la indicación para su uso es en pacientes con menos de 300 linfocitos $CD_4$; se utiliza a dosis de 600 mg. diarios, en comparación con AZT a dosis de 200 mg., tres veces al día administrados durante 16 semanas. El Saquinavir resulta superior al AZT tanto en la disminución de la carga viral como en el incremento de linfocitos $CD_4$[8]. La combinación de ambos medicamentos resulta una mejor respuesta. Otro fenómeno favorable que se ha observado con la combinación de AZT y Saquinavir es que se retarda la resistencia del VIH para ambos medicamentos, sobre todo para el AZT. El Saquinavir tiene pocos efectos indeseables. Actualmente Hoffmann-La Roche está llevando a cabo un estudio a nivel mundial para evaluar la efectividad y la tolerabilidad de este medicamento en pacientes con sida y estadios avanzados de la enfermedad que tienen de 50 a 300 linfocitos $CD_4$ y que presentaron intolerancia al AZT, de hecho 60 por ciento de los pacientes tienen menos de 50 $CD_4$ y los resultados se conocerán posteriormente.

**Las resistencias al Ritonavir**

Con respecto al Ritonavir, éste se ha estudiado administrándose sólo como monoterapia y no en combinación; se ha encontrado que el poder de este medicamento, en cuanto a disminución de carga viral es similar al AZT combinado con 3TC. La actividad antiviral máxima se observa de dos a tres semanas de iniciado el tratamiento y posteriormente disminuye para persistir constante hasta la semana doce. Esta disminución se ha asociado en parte a que el VIH desarrolla resistencia al Ritonavir[9]. La dosis efectiva varía de 800 a 1,200 mg., al día repartidos en tres dosis. Los efectos indeseables incluyen diarrea, náusea y dolor de cabeza.

El Indinavir también se ha empleado en estudios en humanos y posee una potencia antiviral semejante al del Ritonavir, sin embargo este poder disminuye en promedio a las doce semanas de tratamiento, lo cual se debe a la resistencia que desarrolla rápidamente el VIH.

En conclusión, los medicamentos inhibidores de proteasa del VIH tienen un alto poder antiviral que sin embargo disminuye a las pocas semanas de tratamiento. Este decremento es menor en el caso del Saquinavir si se administra en combinación con AZT. La información que se tiene de estos medicamentos está extraída de investigaciones relativamente cortas y con menor número de pacientes que los estudios con inhibidores de la transcriptasa reversa. Aunque es importante la realización de más estudios, la combinación de medicamentos antivirales con distinto mecanismo de acción parece ser la opción a futuro para el tratamiento de los pacientes con sida ●

**1** Moore R.D., Chaisson, R.E. Natural History of Opportunistic Disease in an HIV-Infected Urban Clinical Cohort. **Ann. Intern. Med.**. 1996. **124**:633-642.

**2** Kohl, N.E., Emini, E.A., Schlief, W.A., *et al.* Active human immunodeficiency virus protease is required for viral infectivity. **Proc. Natl. Acad. Sci.**. 1988. **85**:4686-4690.

**3** Pearl, L.H., Taylor, W.R. A structural model for the retroviral proteases. **Nature**. 1987. **329**:351-354.

**4** Jadhav, P.K. Lam, P.Y. Eyermann, C.J., *et al.* Computer assisted design of potent non-peptide inhibitors of HIV disease. **Int.-Conf.-AIDS**. 1993. **9**:232.

**5** Lang, M. From renin inhibitors to CGP-53437, a novel orally bioavailable HIV-1 protease inhibitor. **Int.-Conf.-AIDS**. 1993. **9**:228.

**6** Debouck, C. The VIH protease as a therapeutic target for AIDS. **AIDS Res. Hum. Retroviruses**. 1992. **8**:153-164.

**7** Mellors, J.W., Brendan, A.L., Schinazi, R.F: Mutations in HIV-1 reverse transcriptase and protease associated with drug resistance. **J. Int. Asoc. of Physicians in AIDS Care**. 1995. **1**:28-31.

**8** Vella, S. Rationale and Experience with Reverse Transcriptase Inhibitors and Protease Inhibitors. **J. Acquired Inmune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology**. 1995. **10**(Suppl 1):S58-S61.

**9** Markowitz, M. Saag, M. Powderly, W.G., *et al.* A Preliminary study of Ritonavir, an inhibitor of HIV-1 protease, to treat HIV-1 infection. **N. Eng. J. Med.** 1995. **333**:1534-1539.

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

# PARA SERVIRLE A USTED

## INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON PUEBLOS INDIGENAS

*En este espacio ofrecemos un directorio actualizado de los servicios gubernamentales y no gubernamentales que pueden, en momento dado, apoyar a las poblaciones indígenas en lo relacionado al VIH/sida, o en su caso canalizarlas a las instancias adecuadas. Se utilizarán algunas abreviaturas como Conasida para el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida y Coesida para el Consejo Estatal respectivo. Ambas gubernamentales. Asimismo se usa la abreviatura INI para el Instituto Nacional Indigenista. Hemos dado prioridad a los estados en donde habitan pueblos indios y/o radican por razones de migración.*

***Distrito Federal***
**Conasida**

**Centro de información/Zona sur**
Calz. de Tlalpan Nº4585 1o.piso
Col. Toriello Guerra. 14000, México, D.F.
Tel.: 528-2103
**Centro de información/Zona norte**
Flora Nº8, Col. Roma. 06700, México, D.F. Tel.: 207-4503
**INI**
**Instituto Nacional Indigenista**
Alvaro Obregón Nº121, Col. Roma
06700, México, D.F. Tel.: 511-3392

***Baja California***
*Mexicali*
**Coesida**
Palacio Federal 3er. piso, Centro Cívico
21000, Mexicali, B.C.
Tels.: (65)57-1560 · 57-2084
*Ensenada*
**INI/Delegación**
Calle Corales Nº286
Fraccionamiento Playa Ensenada
22800, Ensenada, B.C. Tel.: (61)77-1737
Cuenta con una residencia y una radiodifusora en San Quintín, lugar de campamentos de jornaleros agrícolas provenientes principalmente de las zonas indígenas del sur del país.

***Chiapas***
*Tuxtla Gutiérrez*
**Coesida**
Calz. de la Ciudad Deportiva
U. Administrativa Edif. "C"
29000, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Tels.: (961)3-1205 · 3-7357
**INI/Delegación**
Libramiento Sur y 5a. Poniente Nº500
29000, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Tel.: (961)3-0402
Cuenta con 12 centros y una radiodifusora en la entidad para atender a los pueblos Tzoltzil, Zoque-Tzotzil, Tojolabal, Zoque, Cachiquel, Tzeltal, Chol-Lacandon y Chol.

***Chihuahua***
**Coesida**
Av. Colón y Revolución s/n
Hosp. General "Salvador Zubirán"
1er. piso. 31440, Chihuahua, Chih.
Tel.: (141)6-0167 / Sidatel: (14)16-0167
**INI/Delegación**
Calle Coronado Nº1413, Zona Centro
31050, Chihuahua, Chih. Tel.: (14)10-9011
Cuenta con cuatro centros en la entidad para atender a los pueblos Tarahumara y Tepehuano.

**Guanajuato**
*Guanajuato*
**Coesida**
Tamazuca Nº4
36000, Guanajuato, Gto.
Tel.: (473)2-4403
*San José Iturbide*
**INI/Residencia**
Galeana Nº26
San José Iturbide, Gto.
Tel.: (419)8-0320
Cuenta con una residencia para atender a los pueblos Chichimecas.

***Guerrero***
*Chilpancingo*
**Coesida**
Av. Ruffo Figueroa Nº6 esq. Av. Central
Col. Burócratas
39090, Chilpancingo, Gro.
Tel.: (747)2-7273

**INI/Delegación**
Calle 4 Lote 16, Col. Burócrata
39090, Chilpancingo, Gro.
Tels.: (747)2-0420 · 2-0421
Cuenta con cinco centros y una radiodifusora en la entidad para atender a los pueblos Náhuatl, Amusgo y Tlapaneco.

***Hidalgo***
*Pachuca*
**Coesida**
Dr. Manuel Gea González Nº405.
Exhacienda de Guadalupe, 42090,
Pachuca, Hgo. Tel.: (771)8-8570 · 3-7798
**INI/Delegación**
Allende Nº712, Zona Centro
42000, Pachuca, Hgo. Tel.: (771)3-9447
Cuenta con tres centros en el estado para atender a los pueblos Otomí.

***México***
*Toluca*
**Coesida**
Isabel la Católica Nº308
50000, Toluca, Méx. Tel.: (72)14-8264
**INI/Delegación**
Manuel Ma. Contreras Nº208. Col. Vértice
50150, Toluca, Méx. Tel.: (72)12-3088
Cuenta con un centro para atender a los pueblos Mazahua.

***Michoacán***
*Morelia*
**Coesida**
Melchor Ocampo Nº46, Centro. 58000
Morelia, Mich. Tels.: (43)13-9652 · 13-9684
**INI/Delegación**
Patzimba Nº405, Col. Vista Bella
58090, Morelia, Mich. Tel.: (43)14-0545
Cuenta con cuatro centros en el estado para atender a los pueblos Purépecha y Mazahua-Otomí.
**MUSS, A.C. Michoacanos por la Salud y Contra el Sida, A.C.**
Ana María Gallaga Nº753, Centro
58000, Morelia, Mich. Tel.: (43)17-0597

***Morelos***
*Cuernavaca*
**Coesida**
Callejón Borda Nº8, Col. Centro
62000, Cuernavaca, Mor. Tel.: (73)4-3013
**INI/Delegación**
Av. Plan de Ayala Nº426, Col. Amatitlán.
62410, Cuernavaca, Mor. Tel.: (73)12-5280

***Nayarit***
*Tepic*
**Coesida**
Av. Insurgentes esq. 21 de marzo
Col. José María Menchada. 63000
Tepic, Nay. Tels.: (321)3-2385 · 3-5546

**INI/Delegación**
Calzada del Ejército Nº309
Col. El Tecolote
63135, Tepic, Nay.
Tel.: (321)3-3125
Cuenta con cuatro centros y una radiodifusora para atender a los pueblos Cora.

***Oaxaca***
*Oaxaca*
**Coesida**
Murguía Nº406, Centro
68000, Oaxaca, Oax.
Tel.: (951)4-6536
**INI/Delegación**
H. Colegio Militar Nº904, Col. Reforma
68020, Oaxaca, Oax. Tel.: (951)3-0084
Cuenta con 20 centros y cuatro radiodifusoras en todo el estado para atender a los pueblos Mixe, Chinanteco, Cuicateco-Mazateco, Chatino, Zapoteco del Sur, Chocho Mixteco, Chontal, Mixteco, Triqui, Huave, Zapoteco del Istmo, Mixe-Zapoteco, Mixteco baja, Zapoteco del Valle, Mixteca Alta, Chinanteco y Mazateco.
**Frente Común contra el Sida, A.C.**
Av. Morelos Nº504, Centro
68000, Oaxaca, Oax. Tel.: (951)4-5706

***Puebla***
*Puebla*
**Coesida**
15 Sur Nº302, Zona Esmeralda
72000, Puebla, Pue. Tel.: (22)46-4415
**INI/Delegación**
Calle 13 Sur Nº2108 esq. 23 Pte.
Col. Santiago. 72000, Puebla, Pue.
Tel.: (22)40-5338
Cuenta con siete centros, un hospital de campo y una radiodifusora para atender a los pueblos Náhuatl, Nahua-Otomí-Totonaco, Nahua-Popoloca, Mixteco-Nahua-Popoloca y Nahua-Totonaco.

***Quintana Roo***
*Chetumal*
**Coesida**
Av. Chapultepec Nº247 esq. Av. Morelos
77000, Chetumal, Q. Roo
Tel.: (983)2-7350
**INI/Delegación**
Av. Francisco I. Madero Nº70, Centro.
77000, Chetumal, Q. Roo. Tel.: (983)2-6340
Cuenta con un centro para atender a los pueblos maya.

***San Luis Potosí***
*San Luis Potosí*
**Coesida**
Av. 5 de Mayo Nº1485, Centro
78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)15-1062

**INI/Delegación**
Morelos Nº945, Centro
78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)14-1011
Cuenta con tres centros y una radiodifusora para atender a los pueblos Pame y Náhualt.

***Sinaloa***
*Culiacán*
**Coesida**
Insurgentes Nº210 Sur
80000, Culiacán, Sin. Tel.: (67)14-7400
**INI/Subdelegación**
Río San Lorenzo Nº363 Pte.
Col. Guadalupana. 80220, Culiacán, Sin.
Tel.: (67)16-8808
Cuenta con un centro para atender a los pueblos Mayo.

***Sonora***
*Hermosillo*
**Coesida**
Lic. César Gándara y Michoacán
Col. Olivares. 83010, Hermosillo, Son.
Tel.: (62)16-1297
**INI/Delegación**
Berlín Nº2 esq. Reforma. Col. Centenario
83270, Hermosillo, Son. Tel.: (62)13-2414
Cuenta con cuatro centros para atender a los pueblos Seri, Pápago, Mayo y Guarijio.

***Tabasco***
*Villahermosa*
**Coesida**
S.S.P./SIDATEL
Paseo Tabasco Nº1504
Centro Admvo. del Gobierno del Estado
Tabasco 2000, 86030, Villahermosa, Tab.
Tel.: (93)16-2521
**INI/Delegación**
Rosales Nº225 2o. y 3o. pisos, Centro
86000, Villahermosa, Tab.
Tel.: (93)14-1463
Cuenta con un centro y una radiodifusora para atender a los pueblos Chontales.

***Veracruz***
*Xalapa*
**Coesida**
Av. Miguel Dorantes Meza S/N
Col. Progreso Macuiltepetl
91130, Xalapa, Ver.
Tel.: (28)15-4084 ext. 23
**INI/Delegación**
Landero y Coss Nº1, Centro
91000, Xalapa, Ver.
Tels.: (28)18-5744 · 8-5655
Cuenta con siete centros y una radiodifusora para atender a los pueblos Zoque-Popoluca-Náhuatl, Nahua-Tepehua, Nahuatl-Otomí, Totonaco, Zapoteco-Mazateco-Mixe y Chinanteco-Zoque-Totonaco.

*Veracruz*
**Centro de Información/Coesida**
Alasio Pérez Nº909, esq. Carmen Serdán,
Centro. 91700, Veracruz, Ver.
Tel.: (29)32-6564

***Yucatán***
*Mérida*
**Coesida**
Calle 72 Nº463 X 53
97000, Mérida, Yuc. Tel.: (99)21-0923
**INI/Delegación**
Calle 41 Nº432-A, entre 24 y 26
Col. Industrial. 97000, Mérida, Yuc.
Cuenta con cuatro centros y una radiodifusora para atender a los pueblos mayas.

# AGENDA

*Del 29 de abril al 19 de mayo*
**Feria Regional Tabasco '96**
**Tianguis informativo**
Parque La Choca
Grupo Amigos Tabasco, A.C.

*23 de mayo*
**"Homosexualidades: mitos y realidades"**
Taller dirigido a toda persona interesada en desechar mitos y prejuicios respecto a la homosexualidad y las personas homosexuales, especialmente familiares de personas homosexuales que deseen revisar sus actitudes y sentimientos al respecto.
Informes: CECASH Tel.: 583-9914

*9 de mayo*
**Teleconferencia sobre sida**
Vía satélite desde San Antonio, Texas.
Dirigido a médicos profesionales.
Informes: Casa San Antonio
Tel.: 525-3835

*Del 24 de junio al 3 de agosto*
**Vámonos Rodando'96**
**2a. Ruta por la Vida**
2000 kms de información y acción por la vida.
De la ciudad de Matamoros, Tamps. a la ciudad de México
Coopera como: ciclista, difusor, patrocinador, anfitrión, etcétera.
Informes e inscripciones: BUSCA, A.C.
Tel/Fax: 516-8604

*11 de mayo*
**Taller "Hablando de sida con mis hijos"**
Dirigido a madres y padres de familia, profesores y orientadores.
Informes: CECASH Tel.: 583-9914

**Taller sobre homofobia**
Impartido por Marta Lamas
Informes:
**Debate Feminista**
Tels.: 593-5813 · 593-1246
de 9:30 a 14:00 hrs.


LETRA
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

*Sale*
*el primer jueves*
*de cada mes*
*en el diario*
**El Nacional**



**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



**AnúncieSe**
en
LETRA
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

## En breve, el sida será clínicamente curable

Aunque no sea posible acabar con el virus que causa el sida, los afectados podrán convivir con él durante mucho tiempo, incluso sin percatarse de su existencia, según declaró el investigador estadounidense Robert Gallo, quien además expresó su convicción de que el sida va a ser clínicamente curable en un plazo relativamente corto. Añadió que los grandes avances en el combate contra la pandemia van a lograrse de la aplicación terapéutica de sustancias no tóxicas, biológicas, que actualmente se encuentran en fase de investigación. (**Reuter**)

## Hallan células resistentes al VIH

Un tipo de leucocito que resiste activamente al VIH podría impedir que algunos individuos resulten infectados, en tanto que ciertos genes podrían determinar el tiempo que tarde en desarrollarse la enfermedad en una persona infectada, según un estudio que trata acerca de un tipo de glóbulo blanco llamado $CD_4$, que fue extraído de 25 personas que no resultaron infectadas con el virus que causa el sida a pesar de haber sostenido repetidas relaciones sexuales con individuos infectados. El VIH infecta normalmente los glóbulos blancos, pero los leucocitos extraídos de esas personas resultaron sumamente resistentes a la infección en pruebas de laboratorio. Estudios de esas células indicaron que éstas segregaban una sustancia capaz de impedir la reproducción del VIH en niveles diez veces más altos que los normales. Lo anterior podría contribuir a la búsqueda de nuevas fórmulas para impedir la infección y para aplicar tratamientos a las personas infectadas. (**AP**)

## Charlatanería cibernética

Una corte de Massachusetts, Estados Unidos, ordenó el retiro de avisos colocados por una mujer en Internet que prometía la cura del sida, por considerar que es un ejemplo clásico de alguien "aprovechándose de las miserias de otros para ganar dinero". En uno de los avisos se prometía una cura en seis semanas, mientras que otro ofrecía un aparato que supuestamente acababa con el VIH en siete minutos. Los clientes pagaban una tarifa para recibir información sobre el sida, que incluía versiones de que el origen del virus estaba en un gusano que infecta al timo. (**Agencias**)

## Mayor tolerancia frente al sida, demanda la Secretaría de Salud

"Es necesario cambiar de actitud ante el sida, a fin de permitir una mayor tolerancia frente a las diferentes formas de pensamiento y creencias que sobre este mal prevalecen en el país", declaró el secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, al marco del simposio "El sida en México y el mundo: una visión integral". Agregó que se requiere impulsar acciones que promuevan la solidaridad y la movilización social para fortalecer las redes de apoyo de comunicación, así como la creación de talleres de información y de atención para las personas afectadas con el VIH. "El sida —señaló— es un problema complejo que requiere de un manejo intersectorial, el cual se podrá afrontar de manera exitosa no sólo con la ayuda de los médicos, sino con la capacidad de convocatoria de las instituciones de salud y la sociedad en su conjunto." Asimismo, dijo que "es poco sensato desvirtuar la importancia de mecanismos que permiten disminuir la transmisión del VIH, como es el uso del condón". Respecto a la problemática del sida ligada al irrespeto de los derechos humanos de los afectados por esta enfermedad, como la negación de atención médica, la violación de la confidencialidad, el maltrato y los despidos injustificados, reiteró el compromiso de la dependencia a su cargo de respeto y protección absoluta de los derechos humanos de los afectados, el cual, dijo, representa una piedra angular de las acciones de salud pública. Por su parte el director del Conasida, Carlos del Río, destacó la necesidad de incluir a más dependencias y organismos en la lucha contra este mal, ya que, en su opinión, han sido insuficientes las medidas para combatirlo. Añadió que el sida se "mueve" hacia los sectores más vulnerables de la sociedad, sobre todo los que carecen de servicios y no tienen acceso a la toma de decisiones. (**Notimex**)

## Siglo XXI, urbano y febril

El sarampión, la tuberculosis, el cólera, la disentería y el sida serán las principales enfermedades que amenazarán a la salud en las megaciudades del siglo XXI, según alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS). De acuerdo con las previsiones de Naciones Unidas, en el año 2000 habrá decenas de ciudades de entre 10 y 18 millones de habitantes, y en el 2025 el 61 por ciento de la población mundial vivirá en las urbes, especialmente en los países subdesarrollados. El éxodo rural, asegura la OMS, propiciará la propagación del sida al llevar a muchos hombres a abandonar a su mujer e hijos en el pueblo y emigrar a las ciudades, donde buscarán satisfacción sexual sin contar con la debida protección. (**EFE**)

## Falsos resultados en pruebas de detección

Una prueba para detectar los anticuerpos al VIH, producida por los laboratorios Abbot, fue suspendida en varios países de la comunidad europea tras saberse que se habían obtenido cuatro falsos resultados (uno en España, otro en Gran Bretaña y dos en Francia). La prueba llamada "IMX HIV-1/HIV-2 de tercera generación" indicó que no había infección por VIH cuando sí la había. En Portugal, Gran Bretaña, Holanda, España, Alemania, Noruega y Dinamarca tendrán que repetirse las pruebas en unas 50,000 mil personas para corroborar que son seronegativos. En Italia se han dado órdenes de retirar la sangre analizada con dicho procedimiento. En Francia las pruebas con este método no repercutirán y no es necesario repetir los análisis ya efectuados dado que es obligatorio realizar dos pruebas consecutivas, de marcas diferentes, para garantizar la confiabilidad de los resultados. (**EFE**)

## Medicamento contra la retinitis

La farmacéutica Gilead Science de California dio a conocer, en marzo pasado, un medicamento efectivo contra la retinitis por citomegalovirus en pacientes con sida. 500 pacientes de Canadá y Estados Unidos, se sometieron con éxito, al tratamiento con Vistide (nombre del nuevo medicamento). La importancia de este descubrimiento radica en que la mayoría de los pacientes con sida (95 por ciento) está infectada con citomegalovirus, aunque sólo 40 por ciento desarrolla la enfermedad (retinitis). (**EFE**)

# a la letra

***Piden 'condón popular'***
*Señor director.*

*Leí con atención el interesante número de* ***LETRA S****, dedicado a los adolescentes; sin embargo, quiero llamar la atención sobre algo que les faltó mencionar: el grave problema de la escasa o nula disponibilidad de condones para los jóvenes. Los fabricantes casi han duplicado los precios de los condones (en farmacias y tiendas de autoservicio, un paquete* Trojan *de tres condones costaba hace dos meses alrededor de 10 pesos; hoy el precio es de 17 o 18 pesos), y en clínicas, centros de salud y Conasida no hay. Urge distribuir masivamente condones para los jóvenes. Me permito hacer una sugerencia: la venta en farmacias de un condón popular cuyo precio individual podría ser de un peso. Esta medida tendría que tener el apoyo oficial y el producto de la venta se destinaría a asociaciones de lucha contra el sida. Este preservativo provendría directamente de los organismos de salud competentes (Secretaría de Salud, Conasida, etcétera). La medida no es nueva. Se practica en otros países con buen resultado.*

*Muy atentamente*
*Fernando Aragón M.*
*Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Acatlán*

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