

Informe sobre el SIDA

conCiencia



Antonio Marín López*
Eduardo Lobato Mendizábal*

El SIDA es el resultado de una deficiencia en la inmunidad, producida por un virus, el de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y caracterizado por signos y síntomas de una enfermedad grave (infecciosa o neoplásica), y de curso fatal.

Este síndrome fue reconocido e informado por primera vez en el mundo en 1981, por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica cuando reportó cinco casos de neumonía producida por *pneumocystis carinii* en homosexuales de Los Angeles, California y 26 casos de sarcoma de Kaposi en homosexuales de Nueva York y Los Angeles.

Para 1986 se habían informado 29 mil casos de SIDA en Estados Unidos de Norteamérica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen en el mundo más de 100 mil casos. México es el tercer lugar con SIDA en el Continente Americano, con más de 400 casos hasta mayo de 1987. En Puebla se tiene conocimiento de sólo cuatro casos con SIDA informados en epidemiología de los Servicios Coordinados de Salud Pública. La enfermedad es grave y mortal en 100% de los casos; 50% de los pacientes con SIDA mueren dentro de los primeros 18 meses después del diagnóstico y 80% alcanzan la muerte a los 36 meses.

El agente etiológico del SIDA es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El VIH es un retro-

* Departamento de Hematología y Banco de Sangre, HUP.

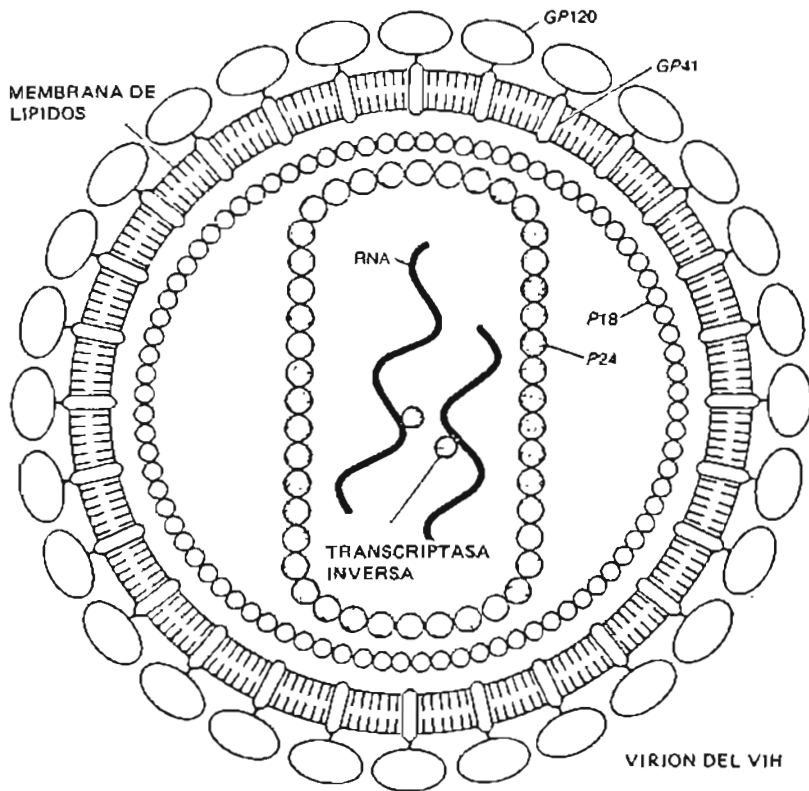


Figura 1.
Virus (Por Robert C. Gallo).
Virión del VIH: diámetro 1000 Å. Membrana formada por dos capas de lípidos (glicoproteínas GP 120, GP 41). Estas estructuras cubren una porción central constituida por proteínas (P24, P18). En esta porción central se encuentra el RNA viral, que tiene varias copias de la enzima transcriptasa o inversa, las cuales catalizan el acoplamiento del DNA viral.

virus que se reproduce únicamente en células vivas, a expensas de una enzima llamada transcriptasa inversa, con la cual copia la información genética del huésped introduciéndose como parte del código genético de éste, de tal forma que cada vez que exista división celular se producirá una copia viral. (Figs. 1 y 2.)

El VIH infecta selectivamente a linfocitos T cooperadores, linfocitos B, monocitos y células nerviosas. Muchas enfermedades comunes (tuberculosis, paludismo, influenza, etc.), la desnutrición y el

stress suprimen temporalmente la respuesta inmune del organismo, pero la infección con VIH ocasiona deficiencia inmunológica permanente.

Existen cuatro etapas de la infección por VIH:

- I. Infección inicial con el virus y desarrollo de anticuerpos.
- II. Estado de portador asintomático.
- III. Linfadenopatía generalizada persistente.
- IV. SIDA.

En las primeras dos etapas de la enfermedad existen anticuerpos contra el VIH pero no existen síntomas ni signos clínicos que indiquen enfermedad. Se calcula que a este grupo pertenecen entre 5 y 10 millones de personas en el mundo. En la etapa III existen signos y síntomas que no conforman un SIDA completo y se han llamado complejos relacionados al SIDA (CRESIDA). En esta etapa existen alteraciones anatómicas o funcionales que no son mortales y se calcula que existen en esa condición aproximadamente de 300 mil a 500 mil individuos en el mundo, hasta 1986.

Los enfermos de SIDA son más de 100 mil y su incremento es acelerado, ya que los individuos en etapas anteriores van desarrollando el SIDA completo que se caracteriza por la presencia de infecciones recurrentes, por agentes infecciosos poco comunes (bacterias, hongos, virus) de difícil tratamiento, y desarrollo de enfermedades neoplásicas (sarcoma de Kaposi, leucemia, linfoma). Estos enfermos tienen una evolución hacia la muerte. (Tabla I.)

Tabla I
INFECCIONES POR GERMENES OPORTUNISTAS Y TUMORES MAS COMUNMENTE RELACIONADOS A SIDA

- Meningitis criptocócica
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central
- Neumonía por *pneumocystis carinii*
- Criptosporidiosis
- Tuberculosis
- Herpes simple
- Candidiasis
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma
- Leucemia

Todos los pacientes afectados por esas infecciones o tumores mueren por falta de respuesta al tratamiento, ante un sistema inmunológico debilitado que impide resistencia a los padecimientos enunciados.

El VIH se trasmite por alguna de las cuatro vías siguientes:

1. Vía sexual.
2. Transfusión sanguínea.
3. Uso de agujas contaminadas.
4. Durante el embarazo, el nacimiento y probablemente la leche materna.

La vía sexual incluye a hombres homo o bisexuales, así como la contaminación de un hombre bisexual a su(s) compañera(s) sexual(es); en Estados Unidos de Norteamérica el grupo de homosexuales es el de mayor riesgo como portador del virus y presencia del SIDA; en México 92% de los casos de SIDA han pertenecido a este grupo. (Tabla II, III.)

Tabla II
EL SIDA EN MEXICO
(1980—MARZO 1987)

Total de casos en la República Mexicana:	344	100%
México, DF.	156	50%
Jalisco	33	11%
Coahuila	13	4%
Baja California Norte	11	4%
Nuevo León	11	4%
Chihuahua	11	4%
Puebla	4	1%

El 4.6% de los enfermos con SIDA en el país son post-transfusionales. En México, quizá éste sea el grupo de mayor riesgo por la cantidad de portadores del VIH, principalmente entre donadores pagados. Debe resaltarse que mientras en los Estados Unidos de Norteamérica la presencia de SIDA post-transfusión sigue siendo de 1.5%, misma cifra que existía en México para 1986, en un año se incrementó a 4.6%, es decir, 5 de cada 100 casos de SIDA son secundarios a transfusión de derivados sanguíneos. Se espera que el número de casos por transfusión se incremente considerablemente en los

El SIDA y los bancos de sangre

Después de conocer la prevalencia de VIH en los donadores sanguíneos en México y la posibilidad de transmisión por la sangre, en 1986, el Gobierno de la República dio a conocer una nueva disposición sobre la reglamentación para el uso de sangre y sus productos, en donde se agregaron los siguientes criterios para excluir a los probables portadores de VIH.

1. Excluir a sujetos con prácticas homo o bisexuales.
2. Excluir a sujetos con antecedentes a adicción a drogas.
3. Excluir a sujetos con prueba positiva al examen para detectar anticuerpos contra VIH.

Se dispuso además la obligación para todos los "Bancos de Sangre" del país, de realizar el examen de laboratorio para detección de anticuerpos contra VIH en todos los donadores sanguíneos, además de las tendientes a descartar portadores del Antígeno de Superficie para el Virus B de la Hepatitis.

La realización de este estudio como rutina dio a conocer la gran diferencia en cuanto a la prevalencia de VIH entre los donadores remunerados (4% a 70%) y los donadores voluntarios o altruistas (0.16%) y originó que la Secretaría de Salud dictara nuevas normas y procedimientos relacionados con el uso de sangre y sus derivados; estas reformas a la Ley dictadas por la Presidencia de la República y aprobadas por el Poder Legislativo se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987 en un decreto de reforma y adiciones a la Ley General de Salud. Este decreto indica que:

1. Se obliga la notificación inmediata a las autoridades de salud sobre todos los casos en que se decreta la presencia de VIH (Art. 136).
2. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control del SIDA (Art. 134).
3. La sangre humana sólo podrá obtenerse de donadores voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio (Art. 332).
4. Se considera delito contra la salud el comercio con sangre y sus derivados, aplicándose como sanción: suspensión de uno a tres años del ejercicio profesional, y hasta 5 años más en caso de reincidencia (Art. 462).

Estas normas tienen por objeto desaparecer el comercio con sangre o sus derivados, disminuir la posibilidad de la transmisión del VIH por transfusión y controlar epidemiológicamente el SIDA para evitar su propagación.

Esto no implica el cierre de los "Bancos de Sangre", sino la desaparición de pago y cobro por sangre o sus derivados, los llamados "Bancos de Sangre" funcionarán ahora como prestadores del servicio sobre extracción, administración y estudio completo de la sangre.

A la luz de los conocimientos actuales sobre la prevalencia del VIH en donadores sanguíneos pagados, que durante años "vendieron" su sangre, se espera un incremento muy importante tanto de portadores como de enfermos con SIDA en los próximos años: tan sólo de marzo de 1986 a marzo de 1987 el incremento de SIDA secundario a transfusión sanguínea fue de 1.5% a 4.6%.

Tabla III
EDAD Y CAUSAS DE SIDA
EN MEXICO

70%	de SIDA entre 25 y 44 años de edad
92%	de SIDA homosexuales o bisexuales
4.6%	de SIDA post-transfusión
2.5%	de SIDA heterosexuales
0.7%	de SIDA drogadictos

próximos años por la gran cantidad de donadores sanguíneos en quienes se demostró la presencia de VIH.

El uso de agujas contaminadas es causa de transmisión de VIH, a este grupo corresponden los drogadictos que utilizan la misma aguja y jeringa para aplicación de drogas, este grupo es poco frecuente en nuestro medio, correspondiendo a 0.7% de los casos de SIDA en el país.

La mujer portadora de VIH, ya sea adquirido por medio de una pareja sexual, bisexual o por promiscuidad sexual, es capaz de transferir el virus a su hijo durante el embarazo o por la leche materna, condicionando así la presencia de portador de VIH o SIDA neonatal.

El VIH puede encontrarse en diferentes líquidos corporales como: saliva, lágrimas, leche materna, líquido cefalorraquídeo, semen, orina, secreción cérvico-vaginal; en tejidos como: cerebro, ganglios, médula ósea y piel. SIN EMBARGO SOLO LA SANGRE Y EL SEMEN HAN DEMOSTRADO TRASMISION DEL VIRUS. Teóricamente cualquier líquido o tejido contaminado con VIH es capaz de transmitirlo y condicionar la historia natural de la infección hasta llegar a SIDA; por lo tanto, es necesario un manejo cuidadoso de secreciones y/o excreciones de portadores de VIH para evitar contagio.

Deben distinguirse los estados de portador de VIH (aquel sujeto que tiene anticuerpos contra VIH de-

mostrables, pero sin datos clínicos de enfermedad) y el que tiene SIDA (aquel sujeto en el que existen anticuerpos contra el VIH y sintomatología producida por inmunodeficiencia: infección o neoplasia).

El grupo de mayor riesgo en México como portador y trasmisor de VIH es el de los donadores de sangre. Mientras se calcula que aproximadamente 25% de los homosexuales en México son portadores de VIH —que además conforman una proporción reducida de la población mexicana—, se ha detectado que existe positividad para anticuerpos anti-VIH entre 8 y 70% de los donadores sanguíneos remunerados. En la ciudad de Puebla se tiene una prevalencia global de VIH en donadores sanguíneos de 32%, existiendo prevalencias tan altas en los donadores pagados como 70%; esta prevalencia disminuye significativamente en los donadores familiares o voluntarios alcanzando sólo 0.16% de donadores positivos a anticuerpos contra VIH. (Tabla IV.)

Tabla IV
PREVALENCIA DEL VIRUS DE I.H.
EN MEXICO

Homosexuales	25%
Donadores remunerados	8—70% (X: 32%)
Donadores altruistas	0.16%

La Secretaría de Salud refiere que 8 de cada 100 donadores sanguíneos son portadores de VIH; mientras que sólo uno de cada 2 mil 500 donadores altruistas portan el virus. Se desconoce con certeza el mecanismo por el cual los donadores profesionales tienen mayor frecuencia de portar VIH, pero al parecer el uso repetido de equipos no desechables para sangrar a estos donadores ocasionó la contaminación. Así, los receptores sanguíneos se convierten en un

grupo de riesgo para adquirir la infección por VIH.

Para detectar la presencia de anticuerpos para el VIH se realiza el examen basado en una reacción antígeno anticuerpo, por un método de alta sensibilidad y especificidad: el inmunoanálisis enzimático de fase sólida llamado ELISA, por sus siglas en inglés. Este método de laboratorio puede dar falsos positivos, por lo que debe confirmarse con la inmunoelectrotransferencia (Western-Blot), que consiste en la reacción de los anticuerpos del sujeto sobre el genoma viral. Esta es la llamada prueba confirmatoria, diagnostica la presencia del virus en un individuo. El diagnóstico de portador de VIH se hace con los exámenes de laboratorio antes mencionados, pero el diagnóstico de SIDA requiere algunos criterios clínicos además de la positividad por laboratorio: estos criterios para diagnóstico de SIDA se dividen en mayores y menores, para diagnosticar SIDA deben existir, por lo menos, dos criterios mayores y uno menor, estos criterios son:

ADULTOS:

Criterios mayores

- Pérdida de peso de más de 10% sin causa que lo explique.
- Diarrea crónica de más de un mes de duración.
- Fiebre con duración mayor de un mes.

Criterios menores

- Tos persistente por más de un mes.
- Dermatitis pruriginosa generalizada.
- Herpes zoster recidivante.
- Candidiasis orofaríngea.
- Infección por herpes simple: crónica, progresiva y diseminada.
- Linfadenopatía generalizada.

La presencia de sarcoma de Kaposi o meningitis criptocócica son suficientes para diagnosticar SIDA.

NIÑOS:

Criterios mayores

- Pérdida de peso o desarrollo psicomotriz lento.
- Diarrea crónica mayor de un mes de duración.
- Fiebre de más de un mes de duración.

Criterios menores

- Linfadenopatía generalizada.
- Candidiasis orofaríngea.
- Infecciones comunes repetidas (otitis, faringitis, etc.)
- Tos persistente mayor de un mes.
- Dermatitis generalizada.
- Infección materna por VIH confirmada.

El diagnóstico de SIDA requiere de la presencia de los criterios señalados en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como: leucemia, cáncer, desnutrición grave, etc.

La infección por el VIH es intratable y el SIDA es incurable, por estas condiciones, el mejor manejo en este problema de salud es la prevención por medio de la educación sobre la enfermedad, sus formas de transmisión y los métodos para evitar contagio. Los institutos de salud de muchos países del mundo se dan a la tarea de distribuir folletos, manuales, dictar conferencias populares e informar por los medios de comunicación masiva sobre los diferentes aspectos de la infección por VIH y SIDA. Los Estados Unidos de Norteamérica invirtieron en 1986, 29 millones de dólares en programas de educación sobre SIDA.

La vía sexual es la más frecuen-

La investigación en SIDA

El retrovirus de la inmunodeficiencia humana, SIDA, contiene RNA (ácido ribonucleico) como material genético; este RNA por medio de la enzima transcriptasa inversa se acopla a la molécula de DNA del núcleo de la célula infectada. El DNA viral se inserta en los cromosomas del huésped con lo que se asegura la replicación viral.

VIH infecta a los linfocitos "T" cooperadores que controlan al sistema inmune. El VIH puede permanecer latente en la célula, que debe ser estimulada inmunológicamente por una infección secundaria para entrar en acción.

El resultado de esta infección es: disminución en la producción de células T, incremento en la replicación viral y mayor susceptibilidad a infecciones o presencia de tumores.

El avance rápido sobre investigaciones virales del SIDA se debió al descubrimiento del retrovirus (HTLV-I) en 1978, causante de una variedad de leucemia aguda.

La prueba de laboratorio (inmunoanálisis enzimático, ELISA) para detectar anticuerpos contra VIH fue desarrollada por M.G. Sarngadharan y publicada en 1984. La prueba en forma comercial inició su uso en 1985, eliminándose el riesgo de contagio por derivados de sangre, al ser transfundida, ya que casi todas las unidades de sangre son estudiadas para detectar la presencia para anticuerpos para VIH. Tres años después del descubrimiento de VIH ya se conocía su forma de acción intracelular, sus implicaciones clínicas, la forma de disseminación y las medidas preventivas para evitar su mayor propagación.

En la actualidad, la investigación en este problema de salud se enmarca en los estudios para lograr la fabricación de una vacuna y en el análisis de diversos medicamentos con la finalidad de erradicar al virus o sus efectos.

Se han utilizado tratamientos convencionales contra los procesos infecciosos o neoplásicos que conforman el SIDA, aunque sin éxito, pues la inmunidad del individuo infectado por VIH está alterada. Se ha intentado restaurar la capacidad inmune del paciente con el trasplante de médula ósea o la inyección de leucocitos sanos, también el uso de interleucina 2 e interferón para estimular la actividad inmunológica comprometida: ninguno de estos esfuerzos ha logrado beneficio en contra del SIDA.

La *Suramina*, medicamento usado en el tratamiento de infecciones por protozoarios, es capaz de prevenir la infección por VIH y el daño a las células T, *in vitro*. La *Suramina* en el SIDA actúa inhibiendo la enzima transcriptasa inversa con lo que se inhibe la posibilidad de replicación viral.

La *Ribavirina*, el *HPA-23*, el *fósforo formato*, la *3'ácido-3'-deoxihimidina*, la *ansamicina* y el *-interferón* contrarrestan a la transcriptasa inversa; algunos de estos medicamentos, desafortunadamente, bloquean el crecimiento celular condicionando inmunodeficiencia.

Los componentes relacionados con guanosina como el *aciclovir* han demostrado, *in vitro*, inhibir la replicación de VIH e incrementar la respuesta de los linfocitos para inducir la proliferación de células T.

Sin embargo, aunque han demostrado *in vitro*, capacidad antiviral, *in vivo*, no han demostrado un efecto útil ante la infección por VIH.

La fabricación de una vacuna contra VIH para prevenir la infección, es lo ideal; desafortunadamente ésta no se ha logrado por la variabilidad genética del virus en la secuencia de aminoácidos del RNA de VIH, lo que dificulta su reconocimiento por las células T y los anticuerpos.

Las investigaciones se han enfocado a tratar de reconocer regiones invariables en los aminoácidos que sirvan de base para el desarrollo de una vacuna.

Si el virus de SIDA puede ser modificado genéticamente se podrá entonces fabricar una vacuna.

te como medio de transmisión en el mundo, por esto se recomienda: tener una sola pareja sexual, no tener relaciones sexuales con hombres o mujeres que hayan tenido promiscuidad sexual —bisexuales u homosexuales—, recordar que las vías anal, vaginal y oral pueden transmitir el virus y, por tanto, se insiste en el uso de preservativos (condón) para protección. Existen prácticas sexuales de mediano y alto riesgos para infectarse por VIH, mismas que deben evitarse o utilizarse medidas de protección (condón). (Tabla V.)

Todos los grupos de riesgo para portar el virus de inmunodeficiencia humana deben conocer las medidas para evitar el contagio hacia otras personas. Podrían agregarse las siguientes medidas: evitar embarazos en mujeres VIH positivo, uso de agujas hipodérmicas desechables, no donar sangre, semen u órganos si se es portador de VIH, no utilizar navajas de rasurar, ce-

Tabla V
RIESGO EN PRACTICA SEXUAL
PARA INFECTARSE CON VIH.

Mediano riesgo:

Coito anal usando condón
Sexo oral (sin contacto con semen)
Besos con intercambio de saliva
Contacto con la orina

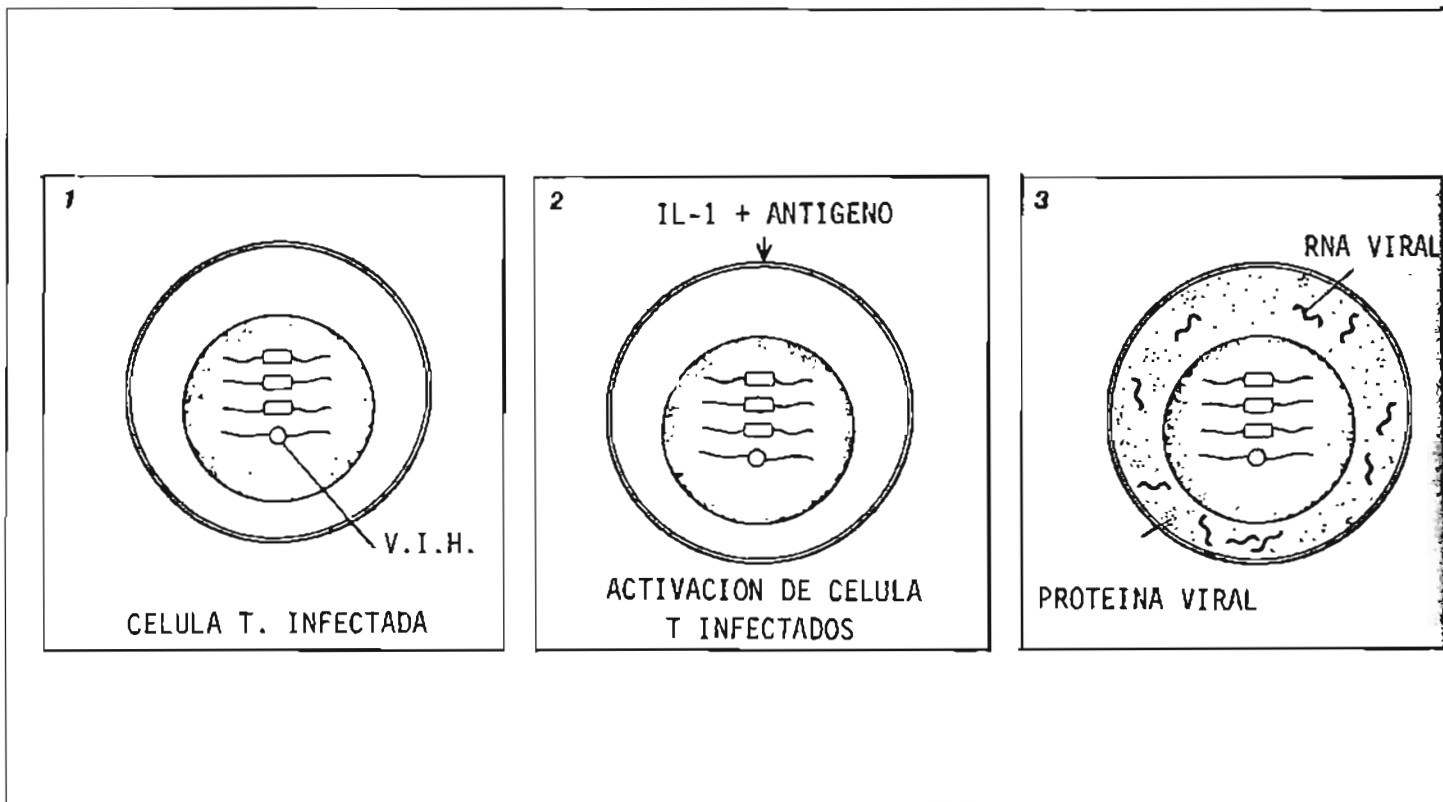
Alto riesgo:

Coito anal sin condón
Contacto ano-mano
Sexo oral (contacto con semen)
Contacto ano-boca

pillos de dientes u otros utensilios que pudiesen estar contaminados con sangre VIH positivo. Los trabajadores en áreas de salud (médicos y paramédicos) deben tener precauciones especiales para reducir la transmisión del VIH. El VIH se propaga de la misma forma que el virus de la hepatitis B. La infección por VIH en los trabajadores de salud, en general, según un estudio realizado en Inglaterra, se

presenta en sólo 0.25%; si se estudia sólo a aquéllos que accidentalmente recibieron punciones o se hicieron heridas con material contaminado, el porcentaje de infección por VIH sube a 1.25%. Por este motivo, el personal de la salud, debe evitar contacto directo de su piel con mucosas, sangre u otros líquidos en donde pueda existir VIH. Los obstetras y cirujanos están especialmente expuestos. Como medidas de precaución se deben utilizar lentes protectores, guantes, batas, etc., si tienen llagas o dermatitis se debe evitar, hasta que se cure, el contacto directo con los pacientes o los instrumentos contaminados.

El VIH se puede diseminar por agujas y equipo médico quirúrgico contaminado. Se ha demostrado que el virus puede permanecer activo e infectante durante 7 días en superficies secas y hasta 15 días en agua. Lavar y secar no destruyen al virus. Se requieren técnicas



especiales para esterilizar el equipo médico. (Cuadro VI.)

La orientación y educación sobre el SIDA no debe ir dirigida solamente a personal médico y paramédico, también a los jóvenes, empleados, políticos, gobernantes, donadores y receptores sanguíneos, maestros de todos niveles, parejas y parientes, servicios de seguridad pública, presos, etc., todos deben ser incluidos en la educación e información sobre este problema. (Tabla VII.)

Tabla VI
METODOS DE ESTERILIZACION
PARA EVITAR CONTAMINACION
POR VIH DE MATERIAL MEDICO
Y PARAMEDICO

Hipoclorito de sodio 1:10
Alcohol
Vapor a presión a 121 grados C. (250 grados F) durante 20 minutos.
Agua en ebullición durante 20 minutos.
Ropa de cama de pacientes infectados: lavado en agua a 70 grados C.

En nuestro país se empiezan a dictar medidas tendientes al control de este padecimiento. (Tabla VIII.) Se formó el Consejo Nacional Contra el SIDA (CONASIDA), se tomaron medidas definitivas sobre el uso de la sangre, quedando proscrita la compra y venta de sangre o sus productos, la obligación de realizar análisis serológicos para descartar infección en el donador sanguíneo, y se ha iniciado la distribución de cuadernos informativos sobre SIDA y sus medidas preventivas; el Hospital Universitario de Puebla colabora con esta campaña, realizando el estudio de laboratorio para detección de anticuerpos contra VIH, dando orientación a los portadores y a sus familiares. Se tiene un programa continuo de promoción de donación familiar o altruista, se extiende el programa de donación autóloga o autodonación sanguínea, se lleva a cabo un estudio sobre el uso de sangre de cadáver y se dan se-

siones informativas cuando se solicita.

Tabla VII
FORMAS CON LAS QUE EL
PERSONAL MEDICO PUEDE
AYUDAR A EVITAR LA
PROPAGACION DE SIDA

- Adquirir conocimientos sobre SIDA.
- Informar al público sobre SIDA.
- Fomentar el uso de preservativos (condones).
- Aconsejar relaciones sexuales estables y mutuamente exclusivas.
- Asesorar sobre SIDA a todos los portadores de VIH sexualmente activos.
- Realizar detección de VIH a donadores de sangre.
- Realizar transfusiones únicamente cuando sea necesario.
- Promover la transfusión de sangre autóloga (autotransfusión).
- Estar alerta sobre el uso de material quirúrgico no estéril (agujas, en odontología, ginecología, etc.)
- Asesorar a las personas infectadas con VIH sobre cómo evitar contagiar a los demás.

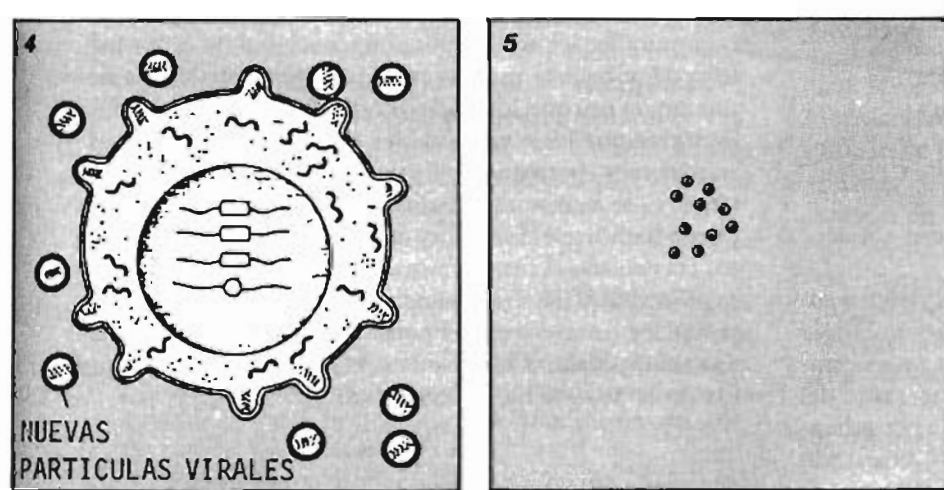


Figura 2. (Por Robert C. Gallo)
Infección de células T humana por retrovirus VIH. Por la infección del retrovirus, al final del ciclo celular, en lugar de haber división celular, hay reproducción de nuevas partículas virales con escasas células T nuevas.

Referencias

1. Anonymous, "AIDS epidemic sparks campaign to encourage condom use", *Contraceptive Technology Update* 6 (12): 161-163, 1985.
2. Anonymous, "Detaining patients with AIDS", *British Medical Journal* 291 (6502): 1102, 1985.
3. Anonymous, "Government action to control spread of AIDS", *Lancet* 1 (8431): 768, 1985.
4. Abrahams, DI: "Lymphadenopathy syndrome in male homosexuals", In: Gallin, JI and Fauci AS eds. *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*. New York, Raven Press, 1985. p. 75-97.
5. Allen JR and Curran JW, "Acquired immunodeficiency syndrome" In: Gallin JJ and Fauci AS eds. *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*, New York, Raven Press, 1985. (advances in host defense mechanisms, vol. 5), p. 1-27.
6. Alter HJ, Eichberg JW, Masur H, Saxinger WC, Gallo R, Macher AM, Lane HC and Fauci AS: "Transmission of HTLV-III infection from human plasma to chimpanzees: an animal model for AIDS", in: Kulstad R ed. *AIDS: papers from science*, 1982-1985, Washington, DC. American Association for the Advancement of Science, 1986, p. 336-342.
7. American Medical Association. Council on Scientific Affairs. "Status report on the acquired immunodeficiency syndrome: human T-Cell lymphotropic virus type III testing". *Journal of the American Medical Association* 254 (10): 1342-1345. Sept. 1985.
8. Ammann A, Cowan M, Wara D, Goldman H, Perkins H, Lanzerotti R, Guillet J, Duff A, Dritz S and Chin J: "Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS)", California. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 31 (48): 652-654, 1982.
9. Ammann AJ, Cowan MJ, Wara DW, Weintrub P, Dritz S, Goldman H, and Perkins HA: "Acquired immunodeficiency in an infant: possible transmission by means of blood products", *Lancet* 1 (8328): 956-958, 1983.
10. Anderson RE, and Levy JA: "Prevalence of antibodies to AIDS associated retrovirus in single men in San Francisco", *Lancet* 1 (8422): 217, 1985.
11. Armstrong D, Gold JWM, Dryjanski J, Whimby E, Polsky B, Hawkins C, Brown AE, Bernard E, and Kiehn TE: "Treatment of infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome", *Annals of Internal Medicine* 103 (5): 738-743, 1985.
12. Beldekas JC, Levy EM, Black P, Von Krogh G, and Sandstrom E: "In vitro effect of foscarnet on expansion of T-cells from people with LAS and AIDS", *Lancet* 2 (8464): 1128-1129, 1985.
13. Benn S, Rutledge R, Folks T, Gold J, Baker L, McCormick J, Feorino P, Piot P, Quinn T and Marin M: "Genomic heterogeneity of AIDS retroviral isolates from North America and Zaire", *Science* 230 (4728): 949-951, 1985.
14. Biggar RJ: "The AIDS problem in Africa", *Lancet* 1 (8472): 79-83, 1986.
15. Black PH: "HTLV-III, AIDS and the brain", *New England Journal of Medicine* 313 (24): 1538, 1985.
16. Blatiner WA, Biggar RJ, Weiss SH, Melbye M and Goedert JJ: "Epidemiology of human T-lymphotropic virus type III and the risk of the acquired immunodeficiency syndrome", *Annals of Internal Medicine* 103 (5) 665, 1985.
17. Bowen DL, Lane HC, and Fauci AS: "Immunopathogenesis of the acquired immunodeficiency syndrome", *Ann. of Inter. Med.* 103: 704, 1985.
18. Broder S and Gallo RC: "A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS", *N Engl J Med.* 311: 1292, 1984.

EL SIDA
A PIE
DE PAGINA

LA MUERTE ALCAHA
EL SIDA ES
INCURABLE
SOLO LA
PREVENCIÓN
LO DEBE

Seguimiento periodístico sobre los usos ideológicos de la enfermedad

Los enfermos desaparecidos, el miedo y el discurso oficial

El 30 de abril se dio a conocer mediante el boletín sobre SIDA que expende la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud, con información proporcionada por todas las instituciones hospitalarias, tanto del sector salud como las instituciones privadas, sindicales y públicas, la cifra de enfermos de SIDA alcanzada hasta abril que es de 487 casos reportados oficialmente; de éstos 166 han fallecido, de otros 175 se sigue la evolución... y, Rubén Alvarez, el reportero de *La Jornada* se pregunta después de haber analizado las tablas, ¿dónde quedaron los restantes 146 enfermos? ¿Lo ignoran las autoridades de salud?

"La gente *gay* anda cagada de miedo", transcribe Braulio Peralta el mismo día. Tiene miedo y lo expresa en una manifestación silenciosa internacional de doble motivo: 1) porque la muerte, el sufrimiento, el dolor amenazan, 2) porque los escasos triunfos civiles hasta hoy logrados por las comunidades *gay* en contra de discriminaciones, persecuciones, confinamientos y hasta asesinatos, se ven amenazados por la ignorancia —bien puede llamársele desconocimiento— sobre el surgimiento, las causas, el funcionamiento y las formas de transmisión del SIDA (ignorancia que pareciera ser interés de los financieros del periodismo amarillista, quienes la impulsan a ritmos de crecimiento mayores que los de la susodicha enfermedad).

* * *

En el mismo acto, el discurso oficial fue claro y contundente: el SIDA "afecta por igual a hombres y mujeres, sin importar edades; no, no es exclusivo de personas homosexuales". Es un problema de salud pública, dijo la senadora Yolanda Senties en un discurso enviado y leído en dicho acto. (*La Jornada* 26/V/87.)

19. Brunet JB and Ancelle RA: "International occurrence of the acquired immunodeficiency syndrome", *Ann. of Intern. Med.* 103: 670, 1985.
20. Burke DS and Redfield RR: "False-positive Western blot test for antibodies to HTLV-III", *J. of Amer. Med. Assoc.* 256: 347, 1986.
21. Calabrese LH and Gopalakrishna KV: "Transmission of HTLV-III infection from man to woman to man", *N. Engl. J. Med.* 314: 987, 1986.
22. Calabrese LH, Proffitt MR, Rehm S, Lederman M, Carey JT, Houser HB, Edmonds K and Ellner JJ: "Lack of correlation between promiscuity and seropositivity to HTLV-III from a low-incidence area for AIDS", *N. Engl. J. Med.* 312: 1256, 1985.
23. Chakrabarti S, Robert-Guroff M, Wong-Staal F, Gallo RC and Moss B: "Expression of the HTLV-III envelope gene by a recombinant vaccinia virus", *Nature* 320: 535, 1986.
24. Chiodo F, Ricchi E, Costigliola P, Michelacci L, Bovicelli L and Dallacasa P: "Vertical transmission of HTLV-III", *Lancet* 1: 739, 1986.
25. Chmiel J, Detels R, Van Raden M, Brookmeyer R, Kingslet L, and Multi-Center AIDS Collaborative study: "Prevention of LAV/HTLV-III infection through modification of sexual practices", presented at the International Conference on AIDS, Paris 23-25, 1986.
26. Coffin J, Haase A, Levy JA et al: "Human immunodeficiency viruses (Letter)" *Science* 232: 697, 1986.
27. Conant MA, Spicer DW and Smith CD: "Herpes simplex virus transmission: Condom studies", *Sexually Transmitted Diseases* 11: 94, 1984.
28. Cooper DA, Gold J, May W, Kaminsky LS, Penny R, and Levy JA: "Contact tracing in the acquired immune deficiency syndrome (AIDS)", *Medical Journal of Australia* 141: 579, 1984.
29. Courouce AM, Chamaret S, De Wailly J, Benhamou WE and French National Society of Blood Transfusion, "Comparison of commercial kits for the detection of anti-LAV antibodies in blood donors", Paris, June 1986.
30. Cowan MJ, Hellmann D, Chudwin D, Wara DW, Chang RS and Ammann AJ: "Maternal transmission of acquired immune deficiency syndrome", *Pediatrics* 73: 382, 1984.
31. Curran JW, Morgan WM, Hardy AM, Jaffe HW, Darrow WW, and Dowdle WR: "The epidemiology of AIDS: Current status and future prospects", *Science* 229: 1352, 1985.
32. Dienstag JL, Werner GB, McLane MF, et al.: "Absence of antibodies to HTLV-III in health workers after hepatitis B vaccination", *Journal of the American Medical Association* 254: 1064, 1985.
33. Dodd RY and Sandler SG "Transfusion-associated AIDS", 1984 Saunders p. 199-209.
34. Drew WL, Mills J, Levy J, Dylewski J, Casavant C, Ammann AJ, Brodie H and Merigan T: "Cytomegalovirus infection and abnormal T-lymphocyte subsets ratios in homosexual men", *Ann. of Intern. Med.* 103: 61, 1985.
35. Elkin CM, Leon E, Grenell SL and Leeds NE: "Intracranial lesions in the acquired immunodeficiency syndrome: radiological (computed tomographic) features", *J. of Amer. Med. Assoc.* 253: 393, 1985
36. Essex M, Allan J, Kanki P, McLane MF, Malone G, Kitchen L and Lee TH: "Antigens of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus", *Ann. of Intern. Med.* 103: 700, 1985.
37. Fauci A: "Pathogenesis of AIDS", presented at 13th Annual Conference of the National Council for International Health, Washington DC, June 12, 1986.

La Jornada, una embarradita de alarmismo

Ya que hablamos de *La Jornada* (que ha sido uno de los medios de información que más y mejor información han dedicado al caso) no resultó exenta de culpas... Jaime Sepúlveda Amor, director general de epidemiología de la SSA y presidente del Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), hizo el llamado de atención:

El empleo alarmista de la información sobre SIDA produce confusión, tanto en el público en general como en los grupos de alto riesgo, al difundir ideas erróneas en cuanto a las formas de contagio de la enfermedad y sus causas. Además, dificulta que la información sea comprendida adecuadamente.

Por ejemplo, en una nota de *La Jornada*, hace unos días se afirmó que 50% de los homosexuales en México están infectados. Eso es completamente falso y sin fundamento alguno. En otros casos, se ha entrevistado a enfermos con SIDA en la televisión [quién habrá sido...] sin consideración alguna a la más elemental ética médica.

El mismo personaje, en la misma entrevista — realizada por Rubén Alvarez— dijo que el SIDA es una enfermedad que debe ser reportada en forma inmediata y obligatoria a la Dirección General de Epidemiología por las instituciones y médicos que lo atiendan. La información será confidencial y no se manejará la identificación del enfermo. Los datos relativos a las posibilidades del contagio serán importantes para la localización de la fuente y su control epidemiológico.

Por otro lado, dichas enfermedades deberán seguirse de manera rigurosa en su evolución, puesto que, según se prevé, pueden manifestarse de manera muy diferente a como se han desarrollado en otras regiones. (*La Jornada*, 25/V/87.)

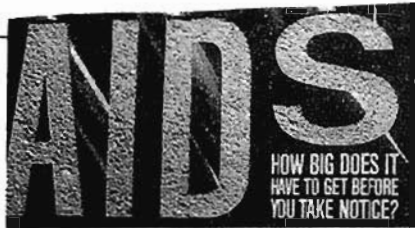
A quien pueda interesar

La dirección del Centro Nacional de Información sobre SIDA es:

Flora No. 8
 Colonia Roma
 México, D.F.
 Tel. 5 25 24 24.

38. Fauci AS, Masur H, Gelmann EP, Markham PD, Hahn BH and Lane HC: "The acquired immunodeficiency syndrome: an update", *Ann. of Intern. Med.* 102: 800, 1985.
39. Feorino PM, Jaffe HW, Palmer E, et al: "Transfusion-associated acquired immunodeficiency syndrome: evidence for persistent infection in blood donors", *N. Engl. J. Med.* 312:1293, 1985.
40. Francis DP, Jaffe HW, Fultz PN, Getchell JP, McDougal JS, and Feorino PM: "The natural history of infection with the lymphadenopathy-associated virus human T-lymphotropic virus type III", *Ann. of Intern. Med.* 103: 719, 1985.
41. Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotcheran J, Cohen H, Garber J, Smith D et al: "A comparison of AIDS knowledge and risk reduction among intravenous drug users and homosexual/bisexual males in New York City", (abstract) presented at the *Intern. Conference on AIDS*, París. June 23, 1986.
42. Fujikawa LS, Salahuddin SZ, Palestine AG, Masur H, Nussenblatt RB, and Gallo R: "Isolation of human T-lymphotropic virus type III from the tears of a patient with the acquired immunodeficiency syndrome", *Lancet* 2: 529, 1985.
43. Gallo RC, and Wong Staal F: "A human T-lymphotropic retrovirus (HTLV-III) as the cause of the acquired immunodeficiency syndrome", *Ann. of Intern. Med.* 106: 679, 1985.
44. Geddes AM: "Risk of AIDS to health care workers", *British Medical Journal*, 292: 711, 1986.
45. Golubjatnikov R, Pfister J and Tillotson T: "Homosexual promiscuity and the fear of AIDS", *Lancet* 2: 681, 1983.
46. Groopman JE, Salahuddin SZ, Sarnagadharan MG, Markham PD: "HTLV-III in saliva of people with AIDS-related complex and healthy homosexual men at risk for AIDS", *Science* 226: 447, 1984.
47. Groopman JE, Salahuddin SZ, Sarnagadharan MG, et al: "Virologic studies in a case of transfusion-associated AIDS", *N. Eng. J. Med.* 311: 1419, 1984.
48. Gurtler LG, Wernicke D, Eberle J, Zoulek G, Deinhardt F and Schjramm W: "Increase in prevalence of anti-HTLV-III in haemophiliacs", *Lancet* 2: 1275, 1984.
49. Gustafson PR: "Prevention of HTLV-III infection", *Journal of the American Medical Association* 256: 346, 1986.
50. Haverkos HW, Drotman DP and Morgan M: "Prevalence of Kaposit's sarcoma among patients with AIDS", *N. Engl. J. Med.* 321: 1518, 1985.
51. Hirsch MS, and Kaplan JC: "Prospects of therapy for infections with human T-lymphotropic virus type III", *Ann. of Intern. Med.* 103: 750, 1985.
52. Hu SL, Kosowski SG and Dalrymple JM: "Expression of AIDS virus envelope gene in recombinant vaccinia viruses", *Nature* 320: 537, 1986.
53. International Symposium on African AIDS: "Programme and abstracts", (prepared for the International Symposium on African AIDS), November 22, 1985. Brussels.
54. Jaffe HW, Francis DP, McLane MF et al: "Transfusion-associated AIDS: serologic evidence of human T-cell leukemia virus infection of donors", *Science* 223: 13309, 1984.
55. Jaffe HW, Hardy AM, Morgan WM, and Darrow WW: "Acquired immunodeficiency syndrome in gay men", *Ann. of Intern. Med.* 103: 662, 1985.
56. Jason J, McDougal JS, Holman RC, Stein SF, Lawrence DN, Nicholson JKA, Dixon G, Doxey M et al: "Human T-lymphotropic retrovirus type III/lymphadenopathy associated virus antibody", *Journal of the American Medical Assoc.* 253: 3409, 1985.

EL SIDA
A PIE
DE PAGINA



En Puebla puede usted dirigirse al Banco de Sangre del Hospital Universitario:

Avenida 25 Poniente y 13 Sur
Puebla, Pue.
Tel. 43-19-79 ext. 114.

Por la donación altruista de medio litro de sangre se le aplicará el análisis serológico.

Los jinetes se preparan para recibir el siglo

En una nota de los *Annals of Internal Medicine*, el doctor Stuart E. Nichols analiza las fases por las que transita la angustia y sus peculiaridades en el caso de los enfermos de SIDA: crisis, transición, aceptación y preparación para la muerte. Como un pordemás de lo interesante del artículo, los comentarios de Luis González de Alba en torno a esta nueva presentación findesiglo de la filiación Eros-Tánatos son de interés. En ellos se dice lo siguiente:

Este fin de siglo y de milenio, con cometa y todo, renueva los temores del año mil. "Los cuatro jinetes del Apocalipsis están completos: Hambre, Guerra, Muerte. Faltaba la Peste, y héla aquí... Junto con los condones la ceniza será un producto de primera necesidad."

Después de haber dedicado espacio a señalar lo completo de la postura gubernamental, aquí agrega un sinembargo, un faltante: el que la enfermedad halla sido "asociada erróneamente en sus inicios a práctica sexuales", idea que debió ser combatida. (*La Jornada*, 29/VI/87.)

¡Por si fuera poco!

Aparte de la ya conocida elevada mutabilidad del virus del SIDA, el doctor Luc Montagnier —jefe de la División de Oncología Viral del Instituto Pasteur de Francia y conocido como la primera persona en aislar el virus del SIDA, VHI—, en su reciente visita a México, informó que auxiliado por su equipo aisló un segundo virus causante de SIDA (o algo que se le asemeja bastante). De tal manera que ahora son dos los

57. Johnson MA: "AIDS infection control precautions", in: Vaeth JM ed. *Frontiers of radiation therapy and oncology* (vol. 19) New York, Karger, 1985 p. 160-163.
58. Kaplan JE, Oleske JM, Getchell JP et al: "Evidence against transmission of human T-lymphotropic virus/lymphadenopathy associated virus (HTLV-III/LAV) in families of children with the acquired immunodeficiency syndrome", *Pediatric Infectious Diseases* 4:468, 1985.
59. Kaplan LD, Abrams DA, Wong R, Levy J, et al: "Failure of suramin as treatment for AIDS", Paris, June 23, 1986.
60. Kato S, Iwasaki H, Kumura M. et al: "Hepatitis B vaccination and AIDS", *Journal of the American Medical Assoc.* 254:53,85.
61. Landesman SH, Ginzburg HM et al: "The AIDS epidemic", *N. Engl. J. Med.* 312: 521, 1985.
62. Lanc HC and Fauci AS: "Immunologic aspects of the acquired immunodeficiency syndrome", New York Raven Press, 1985.
63. Levy JA, Kaminsky LS, Morrow WJW, Steimer et al: "Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome: clinical, biological and molecular features", *Ann. of Intern. Med.* 103: 694, 1985.
64. Mann JM, Francis H, Davachi F, et al: "HTLV-III/LAV seroprevalence in pediatric in patients 2-14 years old in Kinshasa, Zaire", p. 14, 1986.
65. Mann JM, Francis H, Quinn T et al: "Surveillance for AIDS in a Central African city: Kinshasa, Zaire", *Journal of the American Medical Assoc.* 255: 3255, 1986.
66. Mann JM, Francis H, Quinn TC et al: "Role of blood transfusion in transmission of HTLV-III infection in Zaire" (1986) p. 15
67. Marin-Lopez A: "Prevalencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia del humano (VIH) y otros marcadores de enfermedades infecciosas en donadores de sangre de la ciudad de Puebla", en prensa.
68. Martin LS, McDougal JS and Loskoski SL: "Desinfection and inactivation of the human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus", *Journal of Infectious Diseases* 152: 400, 1985.
69. McCray E and Cooperative Needlestick surveillance group: "Occupational risk of the acquired immunodeficiency syndrome among health care workers", *New Engl. J. Med.* 314: 1127. 1986.
70. Melbye M: "The natural history of human T-lymphotropic virus III infection: the cause of AIDS", *British Medical Journal* 292:5, 1986.
71. Miller D, Jeffries DJ, Green J, Harris et al. "HTLV-III: should testing ever be routine?", *British Medical Journal* 292: 941, 1986.
72. Navia BA, Jordan BD, and Price RW: "The AIDS dementia complex 1. clinical features", *Ann. of Neurology* 19: 517, 1986.
73. Osborn JE. "The AIDS epidemic: multidisciplinary trouble", *N. Engl. J. Med.* 314: 779, 1986.
74. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, Mathurin JR et al: "Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti", *N. Engl. J. Med.* 309: 945, 1983.
75. Peterman TA, Drotman DP and Curran JW: "Epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)", *Epidemiologic Reviews* 7: 1, 1985.
76. Peterman TA, Lang GR, Mikos NJ, Solomon SL et al: "HTLV-III/LAV infection in hemodialysis patients", *Journal of the American Medical Association* 255: 2324, 1986.
77. Petriciani JC: "Licensed test for antibody to human T-lymphotropic virus type III: sensitivity and specificity"

virus: el VIH y el VH-II y dijo que había probabilidades de que se conocieran otros. ¡Por si fuera poco!

Sin embargo, consideró que el SIDA al ser provocado por un agente infeccioso puede ser más fácilmente controlable que el cáncer. (*UnomásUno*, 26/VI/87.)

Mexicanos y ratas que reaccionan bien

Y ya que entramos al *UnomásUno* transcribamos sin comentarios una nota, saque usted sus conclusiones:

JERUSALEN, 25 de junio (EFE, ANSA, PL, AFP e IPS).— Investigadores israelíes presetarán la próxima semana la nueva droga AS101, probada con éxito en enfermos mexicanos para combatir el cáncer y el sida.

El medicamento, fruto de cuatro años de investigaciones, fue elaborado por los profesores Benjamín Shardeni y Mijael Albeck, de la Universidad de Bar Ilan (Tel Aviv), donde será expuesto en un simposio médico internacional.

"Se trata de un gran progreso, aunque aún es necesario seguir con la experimentación en los pacientes", afirmó Salomón Saltzberg, jefe del departamento de biología de la universidad.

Los enfermos de sida tratados en México con la AS101 parecen recuperarse un año después del tratamiento.

La droga, también de resultados positivos después de ser administrada a ratas de laboratorio, estimuló el sistema inmunológico del enfermo al provocar la producción de linfocitos (glóbulos blancos) para combatir la infección, explicó Saltzberg.

Algo más sobre pruebas y consejos

Mientras el francés Daniel Zagury experimenta en su cuerpo su propia vacuna, 24 enfermos de SIDA se someten voluntariamente a un tratamiento experimental en tres hospitales españoles. La droga utilizada es la conocida como *zidovudina* o *azidothimidina* (AZT), llamada también *retrovir*. Aclara la doctora Eloísa Bernal, directora del Hospital del Rey de Madrid: "La azidothimidina no es ninguna panacea milagrosa, ni cura la enfermedad; si siquiera la previene. Sin embargo, se ha comprobado que mejora subjetiva, clínica y analíticamente a los enfermos; éstos ganan peso y con este fármaco se logra disminuir las infecciones asociadas que presentan los afectados por el virus. Se puede afirmar que este medicamento mejora la base inmunológica y

- city", *Ann. of Intern. Med.* 103: 726, 1985.
78. Piot P, Quinn TC, Taelman H. et al: "Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire", *Lancet* 2: 65, 1984.
79. Quinn TC: "Perspectives on the future of AIDS", (editorial) *Journal of the American Medical Assoc.* 253: 247, 1985.
80. Riesenbergl DE, and Marwick C: "Anti-AIDS agents show varying early results in vitro and in vivo", *Journal of the American Medical Assoc.* 254:2521, 1985.
81. Sarin PS, Sun KD, Thornton AH, Naylor PH et al: "Neutralization of HTLV-III/LAV replication by antiserum to thymosin alpha", *Science* 232:1135, 1986.
82. Secretaría de Salud, México; Boletín: *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 1 (1), 1987.*
83. Serwadda D, Mugerwa RD, Sewankambo NK et al: "Slim disease a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection", *Lancet* 2:849, 1985.
84. Shaw GM, Harper ME, Hahn BH et al: "HTLV-III infection in brain of children and adults with AIDS encephalopathy", *Science* 227: 177, 1985.
85. Tucker J, Ludlam CA, Craig A, Philip I, Steel CM et al: HTLV-III infection associated with glandular-fever-like "Illness in a haemophilic", *Lancet* 1: 585, 1985.
86. United States centers for disease control: "Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. Morbidity and Mortality", *Weekly Report* 35: 334, 1986.
87. United States centers for disease control: "Update: acquired immunodeficiency syndrome United States", *Mortality Weekly Report* 35: 1, 18, 1986.
88. World Health Organization (WHO): "Global WHO strategy for the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome projected needs for 1986-1987", Geneva, WHO, 1986.
89. Zagury D, Bernard J, Leonard R, Cheyrier R, et al: "Long-term cultures of HTLV-III infected T cells: a model of cytopathology of T-cell depletion in AIDS", *Science* 231: 850.

EL SIDA
A PIE
DE PAGINA

EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD
MARIQUETICA, DERIVADA
DEL ARTÍCULO TERCERO.

umenta las defensas, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida y ayuda a que sobrevivan más tiempo."

Según señala la revista, en la actualidad cerca de 5 mil pacientes, en el mundo, están recibiendo el tratamiento con AZT. No exento de efectos secundarios negativos, al parecer, este medicamento se dirige a las células afectadas sin atacar al resto, interrumpiendo el proceso mediante el cual el virus del SIDA aprovecha el mensaje genético (RNA) y se reproduce en lugar de la célula, limitando con esto de manera importante la diseminación de la infección.

Según uno de los enfermos, ésta es una de las escasas esperanzas que nos quedan. (*Cambio* 16, 20/IV/87.)

Sexo seguro: el ocaso de un héroe

Siguiendo al pie de la letra una de las medidas del programa *Safe sex* (sexo seguro), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), James Bond, el agente especial 007 "que solía recorrer el lecho de numerosas mujeres" en todas las películas de su serie, se volverá monógamo.

Según declaraciones recogidas por la agencia Efe, el autor de 13 guiones de la popular serie del superagente británico declaró: "No se le puede tener mariqueto por ahí en la era del Sida", por lo que en el último film sólo se acostará con una mujer, siendo que, tradicionalmente, James Bond mantenía un mínimo de tres relaciones distintas por película.

La información de la agencia española no menciona si otras indicaciones de *Safe sex* serán llevadas a la pantalla, aunque no sería extraño que en aras de publicidad y salud pública (¡por fin se unen el compromiso social y el negocio!) la intérprete de *Emmanuèl*, llegara al fondo del asunto y practicara íntegramente el programa preventivo recomendado por la OMS: "Las primeras medidas son abstinencia sexual..." (*La Jornada*, 10/VI/87; *Efe*, 23/VI/87.)

Deporte, enfermedad y derechos civiles

La paranoia desatada por la sobreenformación (que produce desinformación) en torno al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ha llegado a los espacios del deporte, antes paraíso de superhombres, de salud y asepsia.

Según despachos de la AP de Londres, el retador japonés Akio Kameda pidió a Terry Marsh, campeón welter de la Federación Internacional de Boxeo, se someta a un análisis de SIDA antes de su pelea, a principios de julio de 87.

Tan extraña petición del púgil nipón responde a los requisitos que él mismo tendrá que llenar, como peleador extranjero, según exigencias de las autoridades del Reino Unido. La Organización Mundial de la Salud se ha opuesto a la práctica de pruebas masivas y obligatorias de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque se atentaría contra la libertad individual y "tendría nulos resultados en la lucha por evitar la transmisión". Jonathan Mann, director del Programa Especial de SIDA de la OMS, agregó que "la segregación racial, la marginación de gru-