

Información y VIH/SIDA en México: ¿hacia la construcción de un sistema de documentación pública pertinente?

Celso Martínez Musiño
celsommm@yahoo.com.mx

Oscar Maya Corzo
oscar@ddokumenta.com

Bibliotecólogos
México DF

Este artículo originalmente ha sido publicado en inglés en:

Martínez Musiño, Celso y Oscar **Maya Corzo**. *Information and HIV/AIDS in Mexico : towards building an appropriate system for public for public documentation?*. En **The IFLA/FAIFE Theme Report 2006: Libraries and the Fight against HIV/AIDS, Poverty and Corruption**. Copenague: IFLA/FAIFE, 2006. pp. 109-124

Abstract

This paper describes the relation between mankind and diseases. HIV/AIDS is no exception; since it first appeared on the scene; many sectors within society have searched for ways to reduce its impact. Therefore, we consider that a better informed society can generate answers on this scourge and find effective alternatives to reduce and or prevent the impact of the pandemic.

The paper provides a general view of the HIV/AIDS situation in Mexico and its impact over the last years, as well as discusses national , regional and worldwide proposals, and actions taken by institutions engaged in the fight to prevent and control HIV/AIDS. We also include examples of some of these initiatives such as international congresses, paper presentations, advocacy and promotion activities, and articles in the media.

We conclude that due to the fast growing of HIV/AIDS, information professionals should collaborate more actively in the organization and sistematization of documental information systems, using the Communication and Information Technologies (ICT's) as a crucial resources.

Introducción

El presente trabajo, comienza con una perspectiva de la relación entre el ser humano y su relación con las enfermedades. El VIH/SIDA, no es la excepción; a partir su aparición en escena, no son pocos los sectores de la sociedad que buscan y continúan buscando reducir su impacto. Para ello, consideramos que una sociedad mejor informada, puede prevenir, generar respuestas a esta pandemia, construir alternativas de solución para disminuir el impacto de la enfermedad.

Se presenta un panorama general del VIH/SIDA en México, su impacto en los últimos años y las propuestas mundiales, regionales y nacionales así como algunas acciones institucionales para la prevención y control del VIH/SIDA. Una selección de productos generados por distintos sectores de la sociedad, son incluidos en el presente trabajo, desde la aparición del VIH/SIDA, se han

publicado tanto en congresos internacionales, como papers especializados, literatura de divulgación y notas periodísticas.

La información y su interacción social, involucra para atender el problema de VIH/SIDA tanto a representantes de organismos nacionales, responsables de la políticas nacionales, instituciones educativas y de investigación, Organismos No Gubernamentales (ONG's) y organismos de la sociedad civil (OSCs), para diseñar programas y en la elaboración de materiales promocionales y educativos. Se concluye que la rapidez con que creció el problema del VIH/SIDA, los profesionales de la información pueden colaborar más activamente en la organización y sistematización de sistemas de información documental, utilizando como una herramienta imprescindible a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's)

Nuestra relación con las enfermedades

La relación entre la humanidad y las enfermedades ha sido, generalmente, dolorosa. Atributos como belleza, juventud, fuerza, se relacionan con la salud. Valores como la dignidad, el honor, el perdón, se relacionan también con ésta. Una máxima se repite incasablemente, se asume como una condición humana indispensable: *Mens sana in corpore sano*. Para los antiguos griegos y latinos era impensable, inimaginable entender a la enfermedad como algo natural que podía tener diversos orígenes —agentes biológicos, físicos, químicos, ambientales, económicos, sociales—. Su respuesta fue generalmente de desprecio, de marginación, de olvido. Los enfermos eran parias e indeseables. Si bien se analizaban y estudiaban las causas de las enfermedades, los resultados eran poco relevantes y las explicaciones ante una anomalía (la enfermedad) se explicaba con fundamentos filosóficos, religiosos, mágicos. Las afecciones esporádicas y de corta duración, los accidentes, eran atendidos con solicitud, no así los padecimientos crónicos.

Una rápida revisión a la historia permite identificar las relaciones simbólicas, económicas y sociales que se establecen entre las personas y las enfermedades, que entrañan una confrontación frontal entre la vida y la posibilidad de la muerte. Desde la lepra que en la Biblia es una enfermedad divina para castigar a los ímpios; o la peste, una pandemia recurrente en la Edad Media y atribuida a la cólera de Dios. En el Renacimiento y la era de los descubrimientos la sífilis será considerada como el resultado de los excesos mundanos y la ligereza de las costumbres. En el siglo XIX a la tuberculosis se le asocia con el trágico destino de los románticos, lo que produce un rico legado literario, pictórico, musical. Al despuntar el siglo XX, los horrores de las epidemias de gripe que se relacionan con las condiciones insalubres del desarrollo industrial a pesar del culto que se rinde ya a la higiene; paralelamente el cáncer y sus múltiples manifestaciones se asocian con la llegada de nuevos productos saturados de sustancias nocivas como consecuencia de procesos industriales poco controlados; como cierre está probablemente el mal de males: el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) y su cauda de miedo al terminar la pasada centuria. En todos estos casos el uso de la información es un factor que resulta preponderante, a mayor cantidad de datos sistematizados científicamente, en particular cuando la medicina y las ciencias de la salud se han consolidado y adquirido un prestigio innegable, determinarán la toma de mejores decisiones y respuestas altamente eficaces. Es fundamental anotar que: información es un proceso mental a través del cual sus elementos constitutivos se unen cuando existe un problema o necesidad a resolver. Además de contener datos, la información se encuentra constituida por ideas, símbolos o conjunto de símbolos con un significado potencial (Faibisoff 1976: 3); la información *reduce la incertidumbre y ayuda a la toma de decisiones*, uno de los principios constitutivos de las ciencias y sus métodos. La información especializada generada en los centros médicos, por grupos de investigación, círculos académicos, por prácticas profesionales, se produce en volúmenes y calidades sorprendentes. De esto resulta que en los ámbitos de la salud no es algo desconocido, o poco frecuente, tener eficientes mecanismos de organización y administración de información especializada.

El Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida / Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH/SIDA)

Al terminar la década de 1970, la confianza en el avance tecnológico, en la estabilidad económica, en el progreso, era innegable. El control que las sociedades tenían sobre una buena parte de las

enfermedades era evidente, sin embargo, en medio de esa percepción de bienestar surgen las señales que anuncian a una enfermedad letal y desconocida. En un primer se le llama momento el cáncer rosa (se supone que una rareza casi exclusiva de hombres que mantienen contactos sexuales con otros hombres), se le identifica también con la promiscuidad entre comunidades de drogadictos —y de la promiscuidad en general— y entre quienes son receptores o donadores de sangre. Como pocas veces, la alarma ante esta nueva forma de mortandad, se extiende por todos los puntos cardinales, teniendo como epicentro la prosperidad de Norteamérica. Desde los primeros años a la enfermedad, conocida ya como SIDA que es causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) se le asocian valores negativos que impactarán decisivamente en los enfermos (medio social y familiar, elección del rol sexual, pertenencia racial) y sus entornos inmediatos. Esto configura un panorama altamente complejo en donde la información desempeña un papel trascendente frente al terror, miedo, angustia, desconcierto y otros sentimientos generados ante el avance geográfico de la epidemia.

A finales del 2004, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 39.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 37.2 millones eran adultos, 17.6 millones mujeres, y 2.2 millones menores de 15 años. Cada día 14 mil personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 4.9 millones de personas contrajeron la infección en el 2004. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2004, el SIDA causó 3.1 millones de muertes. A pesar de que América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 2 millones de infecciones (1.7 millones en América Latina y 440 mil producidas en el Caribe). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del SIDA, después de la África subsahariana, con una prevalencia del 2.3% en población adulta. (CENSIDA 2006)

Las coordenadas de grupos vulnerables se mantienen relativamente estables, pero al paso de los años se agregan nuevos actores y escenarios: mujeres con prácticas heterosexuales y niños. Lo que aumenta las dificultades de atención, en particular en los países pobres.

El VIH/SIDA en México

Dada la cercanía con Estados Unidos de América para 1982, quizá antes, llegan a México, con relativa rapidez, los informes sobre esta epidemia desconocida que se manifiesta en grupos focalizados de población. Desde ese momento el sistema de salud pública y algunas organizaciones no gubernamentales dan muestras de interés sobre un problema de salud que amenaza desbordarse de acuerdo con las experiencias que se han documentado en los servicios médicos europeos y de Estados Unidos. Las primeras acciones son preventivas, sin embargo como pocas enfermedades, el desarrollo del SIDA se documenta con un aceptable nivel de precisión (información médica pertinente y relevante, estadísticas epidemiológicas puestas al día, *papers* que dan cuenta de los avances y novedades en la materia), el que crecerá al paso de los años. Probablemente como un reflejo de tendencias mundiales que etiquetan al VIH/SIDA como un asunto de salud pública altamente prioritario, en México se otorgan apoyos para la creación de un sistema de información dedicado a la ya entonces calificada como una de las pandemias mejor conocidas y, a su vez, más desconcertantes de la historia. Para México las condiciones son similares a lo que ocurre en el resto del continente y del mundo.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98,933 casos acumulados de SIDA, de los cuales el 83.3% son hombres y el 16.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 5 a 1. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.9% de los casos registrados. La transmisión sexual ha sido la causante del 92.2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 47.7% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 44.5% a heterosexuales. El 5.3% se originaron por vía sanguínea, de los cuales 3.6% corresponden a transfusión sanguínea, 0.7% están asociados al consumo de drogas inyectables, 0.6% a donadores, 0.4% a hemofílicos, y menos del 0.1% a la categoría exposición ocupacional. La transmisión perinatal representa el

2.2% del total de casos; y la categoría combinada de Hombres que tienen sexo con otros Hombres y Usuarios de drogas inyectables (HSH/UDI) el 0.3%. En uno de cada tres casos (37.8%) se desconoce el factor de riesgo asociado. (CENSIDA 2006).

En el mapa de las estadísticas globales, se afirma que: “Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH, México se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el sitio setenta y siete a nivel mundial.” (CENSIDA 2006)

Más allá de los datos documentados y especializados —que debieran ser del dominio común— la percepción popular y pública sobre las causas y consecuencias de la enfermedad son determinadas generalmente por los *mass media*, los rumores, los prejuicios, la desinformación manifiesta o asumida. Los linchamientos morales y el estigma social son frecuentes, la prensa da cuenta con regularidad de respuestas negativas que van de la exclusión y la violación a los derechos humanos hasta los crímenes de odio. Sin embargo, las campañas de sensibilización y tolerancia hacia los enfermos y sus familias que emprendieron desde la década de 1980 el CONASIDA (Comité Nacional para la Prevención del SIDA) y organismos no gubernamentales sembraron la semilla con el propósito de conformar una opinión pública mejor informada, en particular en los centros urbanos, que en un lento movimiento han pasado de acciones concertadas en la capital federal a las capitales estatales y las principales ciudades del país hasta las cabeceras municipales. El medio rural presenta un alto grado de marginalidad, en donde la información especializada (incluye el VIH/SIDA) es poca y de mala calidad.

Acciones institucionales para la prevención y control del VIH/SIDA

Desde la aparición de los primeros casos de VIH/SIDA, las instituciones de salud tomaron medidas para atender la alta y peligrosa movilidad de la enfermedad del momento. Esta denominación, en su tiempo, atendía tres razonamientos principales: a) por su aparición progresiva y brusca como una nueva entidad patológica en grupos sociales estigmatizados y su lastimoso curso inexorablemente fatal, b) por haberse transformado en una pandemia de diseminación rápida en todo el orbe (Benítez 1990; 52) y c) porque ha sido objeto de estudios de distintas disciplinas. La respuesta institucional, en México no se hizo esperar, posteriormente al llamado de la Organización Mundial de la Salud, se creó en 1986 el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), que posteriormente adquiriría el rango de Consejo —dando nacimiento en agosto de 1988 al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida—, con un margen de autonomía y cobertura institucional que le permiten al CONASIDA operar con una eficiencia notable. Sin embargo, en México, tal como sucede en otros países latinoamericanos, existe la tendencia de crear y cambiar el nombre a las entidades públicas —y de autoridades, aunque éstas se hayan desempeñado con buenos resultados— dependiendo del gobierno en turno.

El 6 de julio de 2001 entró en vigor el decreto por el que se reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA), anulando el decreto de 1988 que le dio reconocimiento institucional. Con este cambio el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, conocido como CONASIDA pasa a ser Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Así, la denominación CONASIDA queda asignada exclusivamente al órgano colegiado de coordinación, dedicado, según se establece jurisdiccionalmente en el Diario Oficial de la Federación del 5 de julio de ese año, a: fortalecer las acciones intersectoriales para promover y apoyar las acciones de prevención y control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. El CONASIDA se integra colegiadamente con la participación de los secretarios de Salud y de Educación Pública, los directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas "Salvador Zubirán" (una de las instituciones pioneras en la materia y que ha alcanzado un alto nivel de calidad en proyectos de seguimiento y control del VIH/SIDA).

Actualmente, la entidad encargada normativamente de la prevención y control del SIDA es el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), que sustituye, en 2003 al CONASIDA.

Desde 1988 a los programas nacionales de prevención del SIDA se le asignaron, tanto recursos económicos propios para su operación institucional, como aquellos que provenían de la Organización Mundial de la Salud, por intermedio y gestión de la Organización Panamericana de la Salud.

Sin ser marginal, el sistema nacional de salud en México es el responsable de ejecutar las acciones para la atención del VIH/SIDA, así, la información especializada y las normas que sustentan la labor del CENSIDA se articula con la atención médica a los pacientes infectados o seropositivos. La Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) mantienen y administran los servicios de salud federal que se integran a los servicios estatales por medio de una red de clínicas, hospitales e institutos, en algunos de los cuales se atiende (con diferentes grados de efectividad) a la población infectada por VIH/SIDA. En el sistema nacional de salud se generan, además, la mayor parte de los datos oficiales y las estadísticas públicas del VIH/SIDA; además, en el sistema se encuentran concentrados la mayor parte de los programas de investigación, monitoreo y seguimiento de la enfermedad. Sin embargo, no aparece como parte de los programas estratégicos sino queda inserto en datos generales e informes particulares, con otras enfermedades infecciosas y crónicas.

En este panorama y sin ser materia de su competencia formal (atribuciones o funciones operativas), en los últimos años entidades autónomas del Estado como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), creada en 1990 y elevada a órgano de Estado en 1992; y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), establecido en 2003, se han visto involucrados en las campañas de desarrollo de conciencia, conocimiento documentado, acciones y respuestas con fundamentos científicos, disminución de los niveles de intolerancia, etcétera. Un elemento fundamental relacionado con el VIH/SIDA es el que la determina como una enfermedad social con un impacto personal y colectivo dramático (exclusión, discriminación, violencia, degradación, violación a los derechos civiles y humanos). Para ambas entidades, su relación con el VIH/SIDA, es de acuerdo con su función de órganos reguladores de las relaciones sociales civilizadas y cívicas en México, ha sido bajo las demandas de protección y peticiones jurídicas elevadas por enfermos de VIH/SIDA, seropositivos, sus familiares y organismos no gubernamentales.

Así, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) declara en el Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos:

“Además de constituir un serio problema de salud pública, el VIH/SIDA es también un problema de Derechos Humanos. Esto es así debido a que, desde el inicio de la epidemia, una serie de prejuicios e ideas falsas contribuyeron a la discriminación y a la violación al derecho a la protección de la salud de quienes padecen este mal.

“Debido a estas concepciones erróneas sobre la enfermedad, en México las personas que viven con VIH o SIDA enfrentan múltiples formas de discriminación, las cuales van desde las más sutiles y difíciles de detectar, como las que se expresan a través de la utilización del lenguaje o chistes ofensivos y discriminatorios, hasta las más crudas y evidentes, como las formas de exclusión o restricción de derechos por vivir con VIH. A estas formas de discriminación se añaden otro tipo de atropellos igualmente graves, como la negación de servicios de salud o la negativa de acceso a medicamentos necesarios para el cuidado de la salud.

“Con plena convicción de que las condiciones de salud de las personas no debe ser motivo de estigma y de que el derecho a la protección de la salud y a la no discriminación son derechos indispensables para que las personas podamos vivir con dignidad y desarrollarnos en nuestras capacidades humanas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha creado un programa dedicado especialmente a la atención, promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o SIDA.

“Los objetivos de este programa son los de proteger, supervisar, divulgar y promover el respeto a las garantías fundamentales de este grupo de población, a través de: 1) Diseño y aplicación de cursos y talleres de capacitación en VIH/SIDA y Derechos Humanos, 2)

Vinculación con organizaciones civiles defensoras de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o SIDA, 3) Investigación y elaboración de diagnósticos sobre estigma, discriminación y VIH/SIDA, y 4) Elaboración de campañas informativas para la prevención de la discriminación y la promoción de una cultura del respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH o SIDA en México.” (CNDH 2006)

En tanto el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) establece: “No obstante, la aparición del VIH/SIDA se suma a la estigmatización y el maltrato que persigue a las personas con preferencias sexuales diversas.” (CONAPRED 2006)

Información y VIH/SIDA

Los esfuerzos por concretar la instauración de entidades destinadas a la prevención del VIH/SIDA, trajeron como consecuencia, el establecimiento de sistemas de información para apoyar tanto a las autoridades de salud, como a la comunidad médica, a investigadores del área y la sociedad civil en el conocimiento, la investigación, el desarrollo de políticas públicas de prevención y control del VIH/SIDA. Desde que se crea el CONASIDA, se establece y organiza el Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre SIDA (CRIDIS).

En 1988, el CRIDIS aparte de formar parte del CONASIDA, es apoyado por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud con los objetivos principales de favorecer el intercambio regional de las experiencias y estrategias en programas y proyectos de prevención y educativos sobre SIDA; el de difundir la información científica y periodística en relación al VIH/SIDA y brindar apoyo documental a funcionarios, investigadores, educadores para la salud, estudiantes e instituciones y personas interesadas en este tópico... (Ayala 1992: 154)

Para 1990, el CRIDIS tenía tres áreas operativas con la finalidad de recopilar y analizar material científico, periodístico y educativo, insumos informativos que eran administrados por una biblioteca institucional. En este mismo periodo, el CRIDIS, editaba tres publicaciones: Boletín Bibliohemerográfico, Gaceta CONASIDA y Bibliografía comentada; además, estableció un departamento especial para intercambiar experiencias e información entre los países centroamericanos, la región del Caribe (República Dominicana y Cuba) y los 32 estados federales de la República Mexicana.

Existe, además, el Registro de Investigaciones e Intervenciones Mexicanas en SIDA (RIIMSIDA), es una base de datos desarrollada desde 1997 por la Dirección de Investigación del CONASIDA y actualmente consolidado como un programa estratégico del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

El objetivo del RIIMSIDA es registrar de manera sistemática todos los trabajos sobre VIH/SIDA que presentan los investigadores y activistas mexicanos en libros y revistas científicas, así como en congresos nacionales e internacionales.

En febrero de 2006, el RIIMSIDA se integra como el repositorio de origen de la Biblioteca Virtual sobre VIH/SIDA de México, al poner al alcance público más de 4,200 referencias sobre investigaciones e intervenciones en VIH/SIDA desarrolladas en México, así como los textos completos (en formato PDF) de la mayoría de los artículos publicados (Biblioteca Virtual en Salud VIH/SIDA 2006)

”La Biblioteca Virtual en Salud es visualizada como la base distribuida del conocimiento científico y técnico en salud registrado, organizado y almacenado en formato electrónico en los países de la Región, accesible de forma universal en Internet de modo compatible con las bases internacionales. La Biblioteca Virtual en Salud es simulada en un espacio virtual de Internet formado por la colección o red de fuentes de información en salud de la Región. Usuarios de diferentes niveles y ubicación podrán interactuar y navegar en el espacio de una o varias fuentes de información, independientemente de su localización física. Las fuentes de información son generadas, actualizadas, almacenadas y operadas en Internet por productores, integradores e intermediarios, de modo descentralizado y obedeciendo

metodologías comunes para su integración en la Biblioteca Virtual en Salud. Las fuentes de información básicas podrán además ser enriquecidas, proyectadas, reformuladas y/o traducidas en nuevos productos y servicios de información, con agregación de valor, con vistas a atender más eficientemente las necesidades de información de usuarios de comunidades específica.” (Biblioteca Virtual en Salud 2006)

En el momento que el VIH/SIDA irrumpe en nuestras vidas, los sistemas de información y las técnicas documentales se encuentran en un punto crítico y decisivo: el tránsito de los formatos físicos a los sistemas electrónicos, paso previo a los sistemas automatizados. Lo que décadas atrás hubiera sido una catástrofe en materia de control documental, no sucede así con el VIH/SIDA en términos de organización de datos. Desde un principio pueden crearse, inclusive, bancos y bases de datos con transferencia de información en condiciones bastante buenas, optimizando los recursos dedicados al estudio y control de la enfermedad.

A 25 años de la toma de conciencia de la existencia del VIH/SIDA, se puede categorizar, en un esquema general, la documentación relacionada con la enfermedad:

Materiales especializados con carácter instruccional

- Formatos: Con información primaria y secundaria Promocionales (folletos, hojas volantes, dípticos, trípticos, polípticos, affiches), manuales, guías, instructivos
- Soportes: impresos, audiovisuales, electrónicos (se incluyen documentos en línea)

Literatura especializada

- Formatos: Con información primaria, secundaria y terciaria. Artículos —en publicaciones periódicas, seriadas y monografías—literatura gris, informes, manuales, guías, información estadística, bibliografías, directorios
- Soportes: impresos, audiovisuales, electrónicos (se incluyen documentos en línea)

Se espera que todos estos esfuerzos den resultados: “Las campañas de prevención son un trabajo colectivo donde la sociedad en pleno debe participar, sobre todo aquellos sectores que se identifiquen con mayor riesgo. Muchos estudios sobre el efecto de anuncios y campañas educacionales para la prevención de la infección del VIH han demostrado que tales acciones han mejorado el conocimiento de las personas sobre la enfermedad y su percepción de riesgo. Estas también han ayudado a crear actitudes que reflejan solidaridad y empatía para con aquellos que ya sufren la enfermedad” (Pagán 2006).

El uso de información es vital si se toma como referente una de las características más preocupantes del VIH/SIDA: su comportamiento epidemiológico y su avance geoméricamente exponencial. Así, se tienen esfuerzos internacionales como el que encabeza la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que ha identificado acertadamente la utilidad de la información mediante su servicio Sistema de información Gensalud, señalando:

La información es una de las herramientas más importantes que tenemos para ayudarnos en nuestra lucha para la integración de la perspectiva de género en salud. El objetivo del Sistema de Información GenSalud es de proporcionar información precisa, relevante y útil sobre el efecto del género en la salud de mujeres y hombres en la región de las Américas. El mandato de la Unidad Género y Salud de integrar la perspectiva de género en los proyectos, programas y políticas de salud de la OPS y sus países miembros requiere que tenemos una imagen muy clara de los efectos de las relaciones entre hombres y mujeres sobre la salud de ambos. Entonces GenSalud es motivado por a) el esfuerzo para generar y recolectar una cantidad suficiente de evidencia sobre el efecto del género en la salud para poder hacer una llamada fuerte para la acción, y b) el hecho que no existen ni sitios Web, ni bases de datos, ni sistemas de información específicamente para género y salud, aunque sí existe volúmenes de información.

En el portal Sistema de información Gensalud, se presenta información relevante en cuanto a información en VIH/SIDA, tanto en un paquete de abogacía, como en hojas informativas y ligas a

otros recursos como el Portal UNIFEM de Género y VIH/SIDA. Sin embargo, ni en el portal del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA ni en la Biblioteca virtual en salud VIH/SIDA hay alguna mención acerca de la existencia sobre Gensalud. Adicionalmente, hasta 2006, México no aparece como un país integrante de esta iniciativa.

Si bien, el contexto de la toma de decisiones para el VIH/SIDA, debe ser parte de un marco de políticas públicas, se han identificado debilidades manifiestas en relación con las políticas públicas de salud pública en América Latina y con el aparato documental que debe sustentar dichas políticas, México no es la excepción:

Dichas carencias en algunas ocasiones se presentan como anomalías metodológicas y en otras como producto de la inexperiencia en la práctica del trabajo en VIH/SIDA bajo la conducción de una estrategia basada en políticas públicas. [...] podríamos mencionar algunas de las características:

- Los documentos generados son más casuísticos que conceptuales.
- Existe confusión conceptual entre políticas públicas en VIH/SIDA y política.
- Los documentos se quedan en el terreno de la investigación teórica sin lograr su traducción hacia lo práctico.
- Las políticas públicas en VIH/SIDA se pretenden abordar como fenómeno estático cuando en realidad son sumamente dinámicas.
- El trabajo en políticas públicas en VIH/SIDA es más complejo que otras metodologías puesto que es más completo para resolver problemas reales.
- Rechazo a interactuar de manera coordinada con otros actores y sectores incluyendo el gubernamental (vid. Uribe: 249-251).

Además, sin que deba considerarse una conclusión, en una revisión técnica del 2° Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe (2003) se identificó que las temáticas más comunes en relación con el estudio y documentación del VIH/SIDA son:

- Cooperación técnica sur-sur entre países.
- Procesos de gestión social o gerencia estratégica.
- Integración y descentralización de servicios de atención en VIH/SIDA.
- Estrategias preventivas y de atención realizadas en los países.
- Capacitación del personal de salud, sociedad civil o equipos multidisciplinarios.
- Sistemas de información para el monitoreo de la epidemia o las acciones establecidas.
- Aspectos éticos ligados a la investigación del VIH/SIDA.
- Proyectos comunitarios como el establecimiento de servicios de apoyo para las personas que viven con VIH/SIDA.
- Proyectos de autoestima, significados e identidad.
- Demanda de acceso a anti-retrovirales.
- Movilizaciones sociales y presión a los gobiernos (Uribe: 247-248).

En relación con el gasto general en salud y las tasas mortalidad de VIH/SIDA para México, hay datos ciertos para 2003 y 2004. Se establece esta relación dado que oficialmente se decidió otorgar las funciones que ejercía un Consejo (el original CONASIDA) y trasladar sus tareas sustanciales y operativas a un Centro, lo que en la organización jerárquica del gobierno federal significa dejar de considerar a un tópico determinado como estratégico o crítico y colocarlo en la agenda de temas convencionales de trámite obligado, pero sin la carga de atención como prioridad inmediata, nacional o federal. Esto dificulta notablemente el desarrollo y puesta en funcionamiento de parámetros e indicadores socioeconómicos que sean funcionales para el sector salud, que permitan articular soluciones concertadas y generar documentación pertinente y valiosa.

El Instituto Nacional de Salud Pública, el Consejo Nacional de Población (Conapo) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) aportan generalmente datos relevantes para la construcción de información geográfica, poblacional, económica, que permiten crear indicadores de desarrollo y bienestar humano, de avance (o retroceso) económico y social. Sin embargo, para el VIH/SIDA, como para otros asuntos de contenidos y diseños de políticas públicas, los datos suelen presentarse en espacios separados como parte de un problema y no como un conjunto de datos e información que se integran —y deben integrarse— como un todo.

Así, para conocer el avance de la enfermedad en un determinado periodo, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI 2006), informa:

FIGURA 1. Indicadores seleccionados de casos nuevos de SIDA por año de diagnóstico, 1983 a 2003

Año	Casos nuevos ^a	Tasa de incidencia ^{b c}	Razón de masculinidad ^c	Porcentaje de casos en mujeres ^c
1983	62	0.8	61	1.6
1990	3 719	44.4	6	13.9
1993	4 306	48.5	6	14.7
1996	5 311	56.8	5	15.5
1999 ^d	7 036	NA	ND	ND
2000	5 723	NA	ND	ND
2001	3 476	NA	ND	ND
2002	2 294	NA	ND	ND
2003	324	NA	ND	ND
1983-2003	69 795	NA	ND	ND

^a Durante 2002 CENSIDA aplicó un programa de corrección de registros. El número de casos para cada año difiere del presentado en años anteriores.

^b Tasa por 1 000 000 habitantes. Para 1983, para calcular la tasa se utilizó: INEGI, CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas: 1980-2010. Procesó: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) a finales del 2002. De 1990 a 1996, para calcular la tasa se utilizó: CONAPO. Proyecciones de población, por sexo, grupos de edad y entidad federativa 1990-2005. Versión definitiva, agosto de 1999. Procesó: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) a finales del 2002.

^c Los datos de estas columnas fueron presentados por: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) a finales del 2002.

^d A partir de esta fecha, las cifras corresponden al 30 de junio de 2003.

NA No aplicable.
ND No disponible.

En tanto, para el gasto, la Secretaría de Salud, en el informe Salud México 2004: información para la rendición de cuentas, aporta los siguientes datos:

Actualmente existe una feminización de la epidemia: más de la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo son mujeres, las cuales, además, suelen tener más problemas de estigmatización, discriminación y falta de apoyo para solucionar los problemas derivados de la enfermedad. Diversos estudios han mostrado que, en algunos países, la probabilidad de que una mujer se infecte es tres veces más alta que la probabilidad correspondiente en hombres. Tan grave como estas cifras es el hecho de que la mayoría de las mujeres son infectadas por sus esposos. Este hecho se relaciona con aspectos sociales de difícil modificación pero en lo inmediato se requiere de acciones enérgicas para promover el uso de condón. Hasta la fecha, más allá de cualquier disputa ideológica, este es el único medio para prevenir la adquisición del VIH.

Las últimas cifras oficiales muestran que en 2003 murieron en México 4,609 personas a consecuencia del SIDA. De éstos, 42 eran niños menores de 1 año y 3,061 se ubicaban en edades entre 25 y 44 años. Poco más del 80% de las defunciones por este síndrome ocurren en hombres, aunque la tendencia en este sexo es claramente descendente, a diferencia del lento pero consistente incremento entre las mujeres.

Las tasas de mortalidad más altas por SIDA en hombres se observaron en 2003 en Veracruz y Baja California, mientras que la cifra más baja correspondió a Zacatecas. En el caso de las mujeres el análisis resulta más difícil porque el escaso número de muertes provoca que la tasa de mortalidad sea muy volátil y que un incremento de sólo unas cuantas muertes eleve en varios puntos la tasa. Es el caso de Baja California Sur, que sólo tuvo tres muertes más que el año anterior pero que vio duplicada su tasa. No obstante estas consideraciones, en el caso de las muertes por SIDA en mujeres es posible identificar un claro foco rojo en Veracruz y un comportamiento muy positivo en Querétaro (Salud México 2004: p. 54).

Para la inversión en salud, se tiene:

Con las cifras más actualizadas se puede afirmar que el gasto total en salud representa alrededor de 6.3% del PIB. En particular, el gasto público representa 3% del PIB, cifra ligeramente superior a la del año anterior. Aunque todavía menos de la mitad del gasto total en salud es inversión pública, los recientes incrementos en el gasto público en salud seguramente reducirán paulatinamente el porcentaje atribuible al gasto privado.

El porcentaje de PIB que se invierte en México en salud todavía está por debajo del promedio latinoamericano. No obstante esto, existen enormes variaciones, pues mientras Colombia destina 6.7% de su riqueza a la salud Ecuador destina apenas 1.7%.

Las diferencias entre entidades son importantes. En Quintana Roo, Nuevo León, Querétaro, Chihuahua y Baja California este porcentaje es menor a 2.5%, en tanto que en Tabasco y Nayarit, el gasto público en salud representa más del 5% del PIB estatal (Salud México 2004: p68).

Para el gasto público en salud, que incluye el tratamiento y atención del universo poblacional del VIH/SIDA, la tendencia en los últimos años se justifica de acuerdo con:

El gasto público total en México se compone del gasto programable y el gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de ciertas obligaciones, generalmente establecidas por ley, como el pago de la deuda. Para el cálculo de este indicador sólo se considera el gasto programable.

Evidentemente, la magnitud del gasto público en salud tiene que ver, además de con la disponibilidad general de recursos, con las necesidades de inversión en infraestructura y con el perfil epidemiológico de cada entidad.

En Estados Unidos y Canadá el gasto público en salud representa 23.1 y 15.9% del gasto público total, respectivamente. En Argentina y Colombia, por su parte, este porcentaje asciende a 15.3 y 20.4%, respectivamente. La cifra de México ocupa un nivel intermedio con respecto a los datos mencionados. En 2004, el porcentaje del gasto público total que se destinó a salud ascendió a 17.4%, aunque con diferencias considerables entre entidades federativas. Campeche, el Distrito Federal y Durango son las entidades con porcentajes más bajos, con cifras más de cuatro veces por debajo de las de Jalisco y Nuevo León, que invierten en salud 34.1 y 26.9% de su gasto público total, respectivamente (Salud México 2004: p. 70).

En este contexto, el sistema nacional de salud muestra una carga definitiva en el sector público, de ahí que el volumen más alto de información sobre medicina, salud y en este caso VIH/SIDA, se genere en este ámbito. La cantidad de recursos (y en ocasiones la calidad de la información) queda determinada en buena parte por la estructura actual que es el patrón para México:

La estructura fragmentaria del sistema de salud mexicano hace que la atención médica de más de la mitad de la población sea responsabilidad de las secretarías estatales y federal de salud. Las obligaciones de estas instancias van más allá de la atención curativa e involucran también las acciones de medicina preventiva y la promoción a la salud, así como la negociación y otras actividades de rectoría que se dirigen, en última instancia, a mejorar la salud de las poblaciones a las que cada uno de estos sistemas sirve.

El presupuesto con el que los estados cuentan para atender las necesidades de salud se compone, por un lado, de las partidas presupuestales que la federación destina para la

salud [...] y, por otro, del presupuesto que las propias entidades, en uso de su soberanía, deciden invertir en salud.

La relación entre estos dos presupuestos da una idea clara de la importancia que las entidades asignan a la atención a la salud y de las posibles carencias que las aportaciones federales pueden condicionar en cada uno de los estados.

En 2004, a nivel nacional, las aportaciones estatales representaron 17.4% del total del gasto destinado a la atención de la población que no es derechohabiente de la seguridad social. Sin embargo, la tendencia muestra que la aportación relativa de las economías estatales se está incrementando, reduciendo la participación federal en 5% con respecto a las cifras de 1999.

[...]

El estado con mayor porcentaje de participación estatal es Tabasco, que aporta 50% más que Jalisco que es el estado que le sigue, tres veces más que el promedio nacional y 100 veces más que Baja California, que reporta el menor gasto estatal en salud (Salud México 2004: p72).

En 2002, en *Country response to HIV/AIDS: National Health Accounts on HIV/AIDS in Brazil, Guatemala, Honduras, Mexico and Uruguay*, se establecen parámetros de medición de inversión y uso de fondos en el Informe Nacional VIH/SIDA validada de acuerdo con la metodología de la NHA (National Health Accounts), ofreciendo cifras para un periodo que cubre de 1997 a 1999 (vid. Izazola). Que permiten evaluar el comportamiento y asignación de los fondos para la enfermedad, desde una perspectiva continental y en un contexto nacional.

En tanto, el Instituto Nacional de Salud Pública reporta:

Los investigadores del estudio "The global Impact of Scaling-Up HIV/AIDS Prevention Programs in Low-and-Middle-Income Countries" -realizado por un equipo encabezado por los investigadores John Stover, de la organización internacional Futures Group, y Stefano Bertozzi, del Instituto Nacional de Salud Pública de México- calculan en cinco mil dólares el costo de cada caso prevenido de infección por el VIH en América Latina durante el periodo de 2005 a 2015, mientras que el costo de la atención y medicación alcanza los 12 mil dólares. El ahorro es sustancial: más de siete mil dólares por caso, lo que redundaría en un total de casi 12 mil millones de dólares ahorrados en diez años. Todo esto siempre y cuando los programas de prevención se expandan a mucha mayor escala, y las intervenciones específicas respondan a estrategias de eficacia probada.

[...]

Actualmente, [Sergio] Bautista y un grupo de investigadores del INSP desarrollan un estudio de eficiencia que medirá el desempeño de 40 intervenciones de prevención del VIH/SIDA realizadas por organizaciones civiles en México. Entre los primeros hallazgos conseguidos,

siguiendo a 17 organizaciones que realizan pruebas de detección del VIH con consejería -una intervención que se considera muy efectiva-, se encuentran altos niveles de ineficiencia y una brecha muy alta entre los recursos otorgados y las acciones realizadas. Así, mientras algunas organizaciones consiguen un gran número de detecciones, otras realizan muy pocas con la misma cantidad de recursos, lo que, en conjunto, arroja un desempeño de sólo 19 por ciento de su potencial total. Es decir, para aplicar sólo dos pruebas de detección con consejería se gastan recursos que, bien utilizados, podrían servir para realizar diez. (INSP 2006)

Todos estos casos son sólo un ejemplo de la forma en cómo pueden organizarse y desplegarse los datos referidos al VIH/SIDA en un país considerado con ingresos medios (como lo es México) pero en la realidad muestra serios rezagos en la solución de problemas estructurales, como lo son el diseño de políticas homogéneas de salud y la documentación especializada que, como una obvia consecuencia, debe generarse desde las instancias públicas y privadas. Estadísticas, notas sueltas, informes elaborados por organismos no gubernamentales apoyados por fundaciones internacionales, datos obsoletos, información no vinculada entre sectores de gobierno, son el panorama común, por lo menos, hasta 2006.

Información e interacción social

Desde el punto de vista gubernamental, han habido respuestas para atender el problema VIH/SIDA, con una carga determinantemente alta desde el sector salud y como se ha señalado anteriormente, el que subvenciona y mantiene el Estado; sin embargo, la sociedad civil ha mostrado también preocupación y atención a las convocatorias de presentación de respuestas. Desde el inicio de la pandemia se ha movilizad con una amplia oferta de actividades de orden político y presencia social. Su participación en eventos internacionales convocados por distintos sectores sociales, no les resulta algo ajeno. En un estudio de principios de este siglo, se puede identificar que en las Conferencias Internacionales sobre SIDA, de la quinta a la duodécima (1989-1998) ponentes y autores de Brasil y México fueron los que tuvieron el mayor número de presentaciones (vid. FIGURA 2). Las instituciones de adscripción de los autores fueron principalmente, instituciones gubernamentales seguidas por organismos no gubernamentales / organizaciones de la sociedad civil (ONG/OSC) y de base comunitaria (OBC). Los temas de las presentaciones versaron sobre Epidemiología de VIH/SIDA, Sistemas de Salud y Atención y promoción de la Salud, Comunicación y Educación (Licea 2001: 139). Lo que indica en términos generales un activismo notable en circunstancias notablemente diferenciadas: los actores institucionales cuentan con una infraestructura en condiciones que van de lo aceptable a lo óptimo —laboratorios, seguimiento de poblaciones-objeto de estudio, acceso a publicaciones y uso de acervos especializados en salud, epidemiología, VIH/SIDA —, en tanto los actores de ONG/OSC suelen interpretar y valorar lo datos aportados por la investigación básica generada en las instituciones de salud. Estos factores determinan los contenidos de los trabajos y las propuestas de cada grupo: a) estudio de las tendencias del comportamiento de la enfermedad con revisión, ajuste, confrontación de *datos duros*; b) informes de orden preventivo; c) valoraciones políticas o sociales sobre el impacto de la pandemia en grupos y comunidades y las acciones de gobierno para la atención de los problemas identificados.

FIGURA 2. Presencia en los congresos internacionales de SIDA (1989-1998)

Procedencia	No. de presentaciones
Brasil	961
México	405

Fuente: Cuadro 1. Distribución geográfica de las comunicaciones en las Conferencias Internacionales (Licea 2001: 145)
Nota: El total de participaciones de países latinoamericanos fue de 2070.

Por otra parte, en cuanto a la producción documental, en una consulta centrada en el tema de este informe, se tiene que en el Current Contents Connect, se estableció un comparativo para conocer los documentos generados por los tres países con mayor incidencia en América: Estados Unidos de América, Brasil y México.

La metodología de búsqueda fue: *General search*, Selección de las siete áreas del conocimiento (Agricultura, Biology & Environmental Sciences (ABES); Social & Behavioral Sciences (SBS); Clinical Medicine (CM); Life Sciences (LS); Physical, Chemical & Earth Sciences (PCES); Engineering, Computing & Technology (ECT); y, Arts & Humanities (AH).

En cuanto a la cobertura de búsqueda, comprendió desde 1998 al 26 de mayo de 2006; en cuanto a los idiomas y tipo de documentos, se seleccionaron “todos”.

De los resultados de búsqueda se tiene que tanto en los temas abordados respecto al HIV/SIDA por país y por temas y dirección de adscripción de los autores, Estados Unidos de América está en la punta de documentos generados, continúa Brasil y por último México. (vid. Figuras 3 y 4)

FIGURA 3. Producción documental HIV/SIDA por país (tema)

País	No. de documentos
Estados Unidos de América	532
Brasil	300
México	76

Estrategia de búsqueda por tema: Brasil: HIV/AIDS and Brazil or Brasil; México: HIV/AIDS and Mex* or Mejico; Estados Unidos de América: United States

FIGURA 4. Producción documental HIV/SIDA adscripción (dirección) de los autores

País	No. de documentos
Estados Unidos de América	2964
Brasil	102
México	78

Estrategia de búsqueda por tema para los tres países HIV/AIDS con intersección por Dirección (autor affiliation): **Brasil:** Brazil or Brasil; **México:** Mexico or Mejico; **Estados**

Propuestas

Dado que en México no existe un aparato nacional que permita articular un sistema federal de información, cada entidad atiende sus propias necesidades de acuerdo con los recursos que dispone, así:

La Secretaría de Salud (SSA) descarga la mayor parte de la investigación básica y los programas de capacitación y actualización en sus institutos nacionales que impactan en el sistema de hospitales que mantiene en el país;

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lo hace bajo programas generados desde sus áreas de investigación (en particular los proyectos de investigación que se organizan en el entorno del Centro Médico Nacional);

Y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado sigue un esquema similar al IMSS, apoyándose en sus centros médicos y hospitales como unidades de aprendizaje.

Hay también notables esfuerzos realizados desde las instituciones académicas públicas más sólidas del país, como lo son la Universidad Nacional Autónoma de México —en sus institutos de ciencias biomédicas— y el Instituto Politécnico Nacional (en particular en su Centro de investigaciones y Estudios Avanzados), aunque formalmente el tópico VIH/SIDA no se les ha designado como una tarea fundamental de trabajo académico. En muchos casos trabajan proyectos conjuntos con el IMSS y la SSA.

En todas estas instituciones hay programas de atención y estudio del VIH/SIDA, los cuales debieran articularse en el CONASIDA —como órgano rector del Estado para la atención de la pandemia— y tener un impacto decisivo en las acciones del CENSIDA, lo cual no ocurre. Cada entidad genera sus propios resultados, los distribuye por sus canales y son generalmente agentes externos (ONGs/OSCs) o IAPs (Instituciones de Asistencia Privada) los que sistematizan e interpretan el cúmulo de datos generados.

En el caso de las ONGs, OSCs e IAPs, crean respuestas de acción preventiva e informativa cuando disponen de recursos para financiar sus proyectos de trabajo.

Otras entidades participan en este tema de salud pública, por las atribuciones que tienen como agencias federales de administración de información: el Instituto Nacional de Estadística,

Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (Conapo), así como la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) que mantienen espacios de análisis para problemas relacionados con salud, marginalidad, pobreza, demografía, desarrollo humano, y ofertan t datos importantes referidos al contexto social y económico de las poblaciones infectadas, o de alto riesgo por VIH/SIDA. Esta información de tipo estadístico, generalmente, es confronta o enriquece con la creada por las instituciones de salud y académicas mencionadas párrafos atrás.

Además, por la naturaleza de la enfermedad, hay elementos culturales que impactan en las campañas de difusión y concientización en torno a los peligros y forma de controlar la pandemia, en particular los problemas relacionados con derechos humanos y discriminación, que son responsabilidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CND) y las comisiones estatales así como del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

Son varios sectores y un buen número de instancias públicas (las privadas mantienen mayores índices de no participación) que crean y han creado información valiosa, y útil que, por desgracia, se encuentra dispersa, mal organizada y con controles (acceso, disponibilidad, circulación) ineficientes.

Por lo tanto, se ofrece una propuesta que involucra a las unidades de información mexicanas, partir de una pregunta ¿es posible articular un sistema nacional de información en salud?:

- En la medida que el problema de VIH/SIDA, no es un problema local o nacional, deben tomarse medidas que se empaten con los programas globales que han mostrado ser eficientes.
- Las unidades de información deberán ser garantes en la organización, sistematización y administración de la información documental —en todos sus formatos— y eficientar sus servicios mediante la colaboración interinstitucional.
- Delegar en un organismo (el CENSIDA) las funciones de coordinación para administrar los esfuerzos entre las unidades de información de las diferentes instituciones u organismos relacionados con el VIH/SIDA para compartir e intercambiar información documental. El CONASIDA cumple oficialmente con esta tarea, sin embargo, a pesar de tener en su consejo a representantes del más alto nivel (secretarios de Estado), los resultados en los últimos años se han minimizado y no pueden compararse con los avances que tuvo hace 20 años.
- En la medida que está cambiando el formato de la información documental —física a electrónica—, deberán dirigirse esfuerzos para diseñar los instrumentos necesarios para que permitan migrar documentos hacia esta nueva realidad informacional.
- Puesto que la información documental, puede editarse con diferentes formatos —texto, imagen, sonido— los profesionales de la información deben estar atentos en las posibilidades de generar herramientas para la oferta de nuevos y mejores servicios empleando eficientemente estos productos.

- La utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's), deberán ser un factor de apoyo para la sistematización y administración de información documental. En este caso, se cuenta con una red de bibliotecas que puede ser una columna vertebral en donde se ponga a disposición de la mayor cantidad de grupos y públicos, volúmenes organizados de información relacionada con el VIH/SIDA. Esto permite abandonar en entorno urbano en que se ha circunscrito la divulgación y promoción e introducir estrategias de control en las áreas rurales donde la pandemia ha crecido en los últimos tiempos. El uso de portales y páginas web es una solución adecuada para poblaciones como la mexicana, reduce costos y eficiente esfuerzos.
- Potenciar el uso de las TIC's para producir, editar y publicar, además de los materiales convencionales —libros, publicaciones periódicas, magazines, por mencionar algunos—, materiales educativos: tutoriales, presentaciones, carteles, dípticos, entre otros; haciéndolos disponibles en formatos electrónicos para su libre acceso..
- Para aquellas unidades de información que tienen perfectamente controlado y sistematizados sus servicios de información, podrán generar materiales adaptados para comunidades no especializadas, difundir en lenguajes comunes temas como el VIH/SIDA no es un asunto de vulgarización académica: es una acción de supervivencia.

Conclusiones

No cabe duda que en tan poco tiempo, el tema de VIH/SIDA, ha causado una herida profunda en las sociedades; México no ha sido la excepción. Mientras no se encuentre la cura para este mal, todos los sectores de la sociedad deberán continuar con su labor de investigación, de búsqueda de medicamentos, de elaboración y puesta en marcha de programas de prevención y, en el caso de los profesionales de la información, de la operación de mejores sistemas de organización y sistematización de información, para encaminar los esfuerzos en el establecimiento de redes colaborativas entre las diferentes instancias de gobierno y otros organismos.

Frecuentemente, es más común observar que el trabajo de grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios ofrece mejores resultados, bien se en un plano local, regional o internacional. En este caso para solucionar el problema del VIH/SIDA para realizar investigación, para la elaboración de fármacos, o bien para elaborar programas de prevención de una enfermedad que ha dejado de ser mortal para convertirse en crónica pero que afecta a grupos marginales (por origen económico, social, religioso inclusive). Los profesionales de la información deben involucrarse más en los sectores que toman decisiones para el diseño de políticas nacionales, poniendo en práctica el principio que indica: *la información reduce la incertidumbre y ayuda a una mejor toma de decisiones*.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), se han desarrollado vertiginosamente, haciendo posible la reducción de procesos, el almacenamiento y recuperación de la información, la implementación de plataformas que permiten la recepción y envío de información documental en grandes volúmenes de manera rápida y eficiente. Las TIC's, por otra parte, también están cambiando la forma de relacionarnos con la información y el conocimiento, permite transitar de lo local a lo nacional, de lo nacional a lo global y viceversa. El concepto de nación como se concebía hasta el siglo pasado, está cambiando, con las TIC's se pueden traspasar fronteras, usémoslas también para diseñar no sólo mejores servicios de información, sino para convertirnos en profesionales y usuarios responsables y autónomos.

Referencias

- Ayala Picazo, Micaela; Musiño, Celso M.; Torres Puente, Federico; Rico Galindo, Blanca (1990). CRIDIS, antecedentes, situación actual y perspectivas. En: *Memorias II Congreso Nacional de Bibliotecarios en Biomedicina A.C.*, 26 al 28 de noviembre de 1990. México : BIBAC. pp. 149-169.
- Biblioteca Virtual en Salud, México. *La biblioteca virtual en Salud*. URL: <http://bvs.insp.mx/queeslabvs.php> Consultado el 20 de mayo de 2006
- Biblioteca Virtual en Salud VIH/SIDA, México. (2006). *El Registro de Investigaciones e Intervenciones Mexicanas en SIDA (RIIMSIDA)* URL: <http://bvssida.insalud.gob.mx/riimsida.php> Consultado el 25 de mayo de 2006
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México (2006). *Programa de VIH/SIDA y derechos humanos*. URL: <http://www.cndh.org.mx/progate/progate.htm> Consultado el 25 de mayo de 2006
- CONASIDA (2000). *Programa de fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual 1997-2000*. México : CONASIDA. 38 p.
- Faibisoff, Sylvia; Donald P., Ely (1976). Information and needs. En *Information reports and bibliographies*, 5(5), pp 3-16
- INEGI. *Mujeres y Hombres en México, 2006*. México: Aguascalientes, Ags., URL: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal11&c=3363> Consultado el 23 de mayo de 2006
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Efectividad y eficiencia en la prevención del VIH/SIDA*. México : INSP URL: http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud/efectividad_efeciencia.html Consultado el 18 de mayo de 2006.
- Izazola-Licea, José-Antonio; Avila-Figueroa, Carlos; Arán, Daniel; Piola, Sergio; Perdomo, Rodulio; Hernandez, Patricia; Saavedra-Lopez, Jorge A; Valladares-Cardona, Ricardo (2002). Country response to HIV/AIDS: national health accounts on HIV/AIDS In Brazil, Guatemala, Honduras, Mexico and Uruguay. En *AIDS (London, England,)* Dec, 16 Suppl 3:S66-75
- Licea de Arenas, Judith; Valles, Javier; Izasola, José Antonio (2001). Agenda científica y extracientífica de VIH/SIDA. En *Anales de documentación: revista de biblioteconomía y documentación*, Vol. 4, pp. 139-149.
- NotiS: reformas en CONASIDA (2001).En *La Jornada*, Supl. Letra S, 2 de agosto de 2001. URL: <http://www.jornada.unam.mx/2001/08/02/ls-notiese.html> Consultado el 27 de mayo de 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de información Gensalud* . Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/GenSalud.htm>, Consultado el 10 de abril de 2006
- Pagán Santini, Rafael H. (2006). *Universidad y SIDA*. Puebla, México : Centro Universitario de Investigación Sobre SIDA URL: <http://www.cuiss.buap.mx/universidad.htm> Consultado el 21 de mayo de 2006
- Uribe Zúñiga, Patricia Estela; González Contreras, Edgar Manuel (2003). Políticas públicas y VIH/SIDA: hacia un diseño de políticas inclusivas y efectivas. En: *Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: una revisión basada en el Foro 2003* / ed. José Antonio Izazola.

México: Fundación Mexicana para la Salud: SIDALAC: ONUSIDA. p. 239-276 URL:
<http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/foro2003/foro2003.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2006

Secretaría de Salud (2005). *Saludo México 2004: información para la rendición de cuentas*. 2a ed. Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección General de Información en Salud. México: SSA. 229p
<http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/libroelectronico/index.htm>