

# TECNOLOGÍAS DE LA INFECCIÓN: EL COMERCIO DE SANGRE Y LOS PRIMEROS AÑOS DE LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

*Technologies of infection: the blood trade and the first years of the HIV epidemic in Mexico*

Clara Eliana Cuevas<sup>1</sup>

Recibido: 30/09/2021

Aceptado: 04/01/2022

*Resumen:* En este texto analizo una parte del sistema-sangre mexicano que ha operado predominantemente de forma comercial en la segunda mitad del siglo XX. Como será demostrado, la relación comercial de laboratorios, centros de plasmaféresis y bancos de sangre entre México y Estados Unidos es un factor importante para comprender este fenómeno. A su vez, antes de la difusión de las pruebas de detección del VIH y la prohibición del comercio de sangre en el país en 1987, el modelo comercial de extracción, mantenimiento y exportación de hemoderivados, asociado a una constante práctica iatrogénica, sin respetar los parámetros de bioseguridad, puede ayudar a comprender la distribución de la transmisión sanguínea del VIH durante la primera década de la epidemia en México. Entre los factores relacionados a esta forma de transmisión, es relevante considerar la donación remunerada y la transfusión sanguínea, los procesos migratorios, la feminización y la proletarización de la epidemia. Para esta empresa, basada en informes de

<sup>1</sup> Doctorado en historia. El Colegio de México. Correo electrónico: ccuevas@colmex.mx



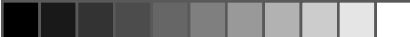
la Secretaría de Salud, estudios epidemiológicos, estudios de caso y notas de prensa, interesa comprender el fenómeno de la epidemia con enfoque en las tecnologías globales del periodo, como el fraccionamiento de la sangre que, pese a constituir sector importante de la producción de materias primas para los insumos farmacéuticos, contribuyó a generar nuevas formas a la desigualdad.

*Palabras clave:* VIH, bioeconomía, donación de sangre, plasmaféresis, México.

*Abstract:* In paper I analyze a section of the Mexican blood-system that has operated predominantly commercially in the second half of the 20th century. As will be shown, the commercial relationship of laboratories, plasmapheresis centers and blood banks between Mexico and the United States is an important factor to understand this phenomenon. At the same time, before the spread of HIV detection tests and the prohibition of blood trade in the country in 1987, the commercial model of extraction, maintenance, and exportation of blood products, associated with a constant iatrogenic practice, without respecting biosafety parameters can help to understand the distribution of blood transmission of HIV throughout the first decade of the epidemic in Mexico. Among the factors related to this form of transmission, it is relevant to consider the practice of paid donation and blood transfusion in the country, the migratory processes, the feminization and the proletarianization of the epidemic. For this company, based on reports from the Ministry of Health, epidemiological studies, case studies and press releases, it is interesting to understand the phenomenon of the epidemic with a focus on global technologies carried out in the period, such as blood fractionation which, despite constituting an important sector to produce raw materials for pharmaceutical supplies, also contributed to giving new forms to inequality.

*Keywords:* HIV, bioeconomy, blood donation, plasmapheresis, Mexico.





*but to die for AIDS is different  
y ai'nos vamos, carnal  
haciéndonos poquitos*  
Abigael Bohórquez

## INTRODUCCIÓN

En el cuento “A las arenas”, de Antonio Skármeta, publicado en 1969, dos amigos inmigrantes en Nueva York, al encontrarse en extrema dificultad económica, acuden a una oferta anunciada en un periódico local. Todo lo que tenían que hacer era presentarse en el Hospital San Pablo y recibir entre 10 y 15 dólares a cambio de un poco de sangre. El anuncio decía “precio según el grupo” porque el valor dependía de la escasez del material extraído: era la ley de la oferta y la demanda, “si eres erre hache te pagan el doble”. Ansiosos por alimentarse y salvarse de la crisis ambos se dirigieron al banco de sangre. El mexicano, que conocía el negocio y hablaba inglés, quedó encargado de la conversación entre su “cuate” chileno y el personal médico: “*Ji want tu sel sam blad*”, dijo. “*¿Wat color?*” - preguntó el recepcionista haciendo una broma. “*Ji want tu sel sam red blad. ¿Digmi? [...] Régular. Gud yang red blad. Absolutily régular*”. Posterior al registro poco riguroso de la salud de los donantes, el sangrado se efectuó sin problemas, a excepción de una crisis que abatió al donador sudamericano, degradado por la transacción económica en la cual la mercancía era el fluido de su propio cuerpo. Inspirado en *Esperando a Godot*, de Samuel Beckett, Skármeta establece una rápida conversación existencialista entre donador y enfermera. Mientras maniobra la jeringa y enchufa los tubos de vidrio aplastándolos hasta vaciar el aire, la flebotomista filosofa: “Así es nuestra vida, puras





burbujas. Viene un aire un día y se las lleva”.<sup>2</sup> Debidamente remunerados, la incómoda ocasión pudo asegurar a los donantes el día, unos tallarines y una envidiable dignidad nocturna: una noche de *jazz* en el club Basin Street East, protagonizada por Ella Fitzgerald. Los personajes de Skármeta representan a un grupo recurrente de personas que durante la segunda mitad del siglo XX acudía a bancos de sangre y centros de plasmaféresis como forma de conseguir algún ingreso inmediato.<sup>3</sup>

El uso de sangre proveniente de donadores remunerados fue práctica legal y corriente desde 1920 hasta las décadas de 1980 y 1990 en diversos países, entre ellos, China, Estados Unidos, Francia, India, Sudáfrica, Brasil y México.<sup>4</sup> A pesar de haber pasado por procesos históricos distintos y tener índices de desarrollo económico variados, estos países comparten la característica común de participar como importadores o exportadores en un mercado global donde diariamente circulaban (y aún circulan), como objetos de comercio internacional, toneladas de litros de sangre entera y hemoderivados para uso farmacéutico y terapéutico. Pese a los matices regionales, económicos y po-

<sup>2</sup> Antonio SKÁRMETA, *Desnudo en el tejado*, (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1969), 44-45.

<sup>3</sup> Se trata de centros de separación del plasma de la sangre entera. El plasma es un hemoderivado utilizado de forma terapéutica en diversas prácticas médicas por poseer propiedades que pueden intervenir tanto en la coagulación, como en la producción de inmunidad, como de forma industrial, principalmente en la producción de vacunas y medicamentos. En el proceso de plasmaféresis, la sangre es retirada, procesada por una centrífuga donde es separado el plasma, y puesta nuevamente en la vena del donador. Como se podrá observar, los centros de plasmaféresis parecen haber sido los principales responsables por la multiplicación de enfermedades infecciosas vía sanguínea en la población de vendedores de sangre, precisamente porque el riesgo por el manejo del material infectado, como agujas y centrífugas, era agravado por la devolución de la sangre al cuerpo del donante.

<sup>4</sup> Los primeros bancos de sangre en el país fueron construidos en la década de 1940, la mayoría de ellos en el sector privado. Patricia VOLKOW, Guillermo SOBERÓN ACEVEDO y Antonio MARÍN LÓPEZ, “La prevención de la transmisión sanguínea”, en eds. CÓRDOVA, PONCE DE LEÓN y VALDESPINO, 2008, 65.



líticos de cada caso, hay una constante en los vectores de esa mercantilización. En general, países *menos desarrollados* figuran como proveedores de hemoderivados a países *más desarrollados*. Internamente, la población vendedora se ubica de manera frecuente en extractos económicos más desfavorecidos, muchas veces en zonas marginadas de las ciudades o en situación de extrema pobreza en el campo.

Esta práctica generó consecuencias perversas en la salud de donantes remunerados y receptores de sangre transfusional,<sup>5</sup> precisamente por la constante falta de control riguroso en todo el proceso de sangrado y transfusión. En relación con la epidemia de VIH, la infección por transfusión sanguínea llegó a abarcar casi el 17% del número total de casos en México, el número más alto de todo el continente.<sup>6</sup> Como se podrá apreciar, la presencia o ausencia de una relación económica en la donación no es un factor determinante para la salud de los involucrados, puesto que el procedimiento técnico para extraer 400 o 500 mililitros de sangre es el mismo, con remuneración o sin ella; es el uso adecuado de las técnicas de extracción, el testeo y buen manejo de los equipos lo que debería garantizar la bioseguridad, tanto del donador como del paciente transfundido. No obstante, sería falso decir que la mercantilización no importa.

#### *FOR EXPORT: LOS CENTROS DE PLASMAFÉRESIS*

El acelerado desarrollo de las técnicas transfusionales ulterior a la Segunda Guerra Mundial perfeccionó las tecnologías de

<sup>5</sup> Históricamente heridos, trabajadores accidentados, hemofílicos y mujeres con complicaciones hemorrágicas en el parto.

<sup>6</sup> Esta cifra fue registrada en 1989. A modo comparativo, es siete veces más alta que la cifra registrada en Estados Unidos para el mismo periodo. Patricia VOLKOW, Rogelio PÉREZ-PADILLA, Carlos DEL-RÍO, Alejandro MOHAR, "The role of commercial plasmapheresis Banks on AIDS epidemic in Mexico", *Revista de Inv. Clínica*, vol. 50, núm. 3, (may-jun 1998): 224.



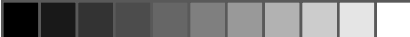
fracción de plasma, lo que dio origen a los centros de plasmaféresis. Con base en el modelo de centrífuga utilizado desde el siglo XIX para fraccionar la leche, empleado igualmente en la fracción de derivados de petróleo y hasta de los átomos de uranio en la industria nuclear, la centrifugación parece haber sido el modelo de plasmaféresis ideal para los bancos de sangre.<sup>7</sup> Con este procedimiento, en vez de mantequilla, impurezas de lubricantes o isótopos, la industria fraccionadora de sangre manejaba separadamente distintos componentes del plasma humano como la albúmina, factores coagulantes e inmunoglobulinas. Finalmente, con la posibilidad de liofilizar el Factor VIII —el “factor antihemofílico”, una proteína esencial para la coagulación de la sangre—, esta industria tuvo aún más propulsión en los años setenta, suministrando un mercado que variaba entre clínicas, hospitales y hasta la propia industria farmacéutica, ofreciendo una gama de hemoderivados que auxiliaban en el tratamiento de pacientes hemofílicos, con problemas obstétricos, enfermedades auto inmunes, anemias, auxilio a heridos y, no menos importante, servían de base para la producción de vacunas ampliamente difundidas.

Acompañando estos novedosos tratamientos que disminuyeron el padecimiento de millones de personas, la distribución de enfermedades de transmisión sanguínea se incrementó con la normalización de los usos de hemoderivados. Además de la iatrogenia llevada a cabo frecuentemente en los centros de plasmaféresis, la globalización también fue un factor multiplicador de esta potencialidad, debido a que este nuevo sector fraccionaba los hemoderivados en distintos componentes que, a su vez, eran distribuidos a varios lugares del planeta en forma de conjuntos de plasma constituidos por miles de donaciones, llegando a la cifra de hasta 20,000 donadores por lote.<sup>8</sup> De

<sup>7</sup> Fernando ANAYA, *Aféresis Terapéutica*, (Madrid: Ediciones Norma-Capitel, 2005), 7.

<sup>8</sup> Patricia VOLKOW, “Impacto del comercio de la sangre y el plasma en la diseminación del VIH/sida”, en eds. MAGIS y BARRIENTOS, 2006, 64.





esta manera, no solamente los pacientes transfundidos eran infectados, sino también diversos grupos que recibían vacunas y medicamentos que tuvieron como materia prima el plasma adulterado. El caso de la producción de vacuna para la hepatitis B, probada un par de años antes de los primeros registros de VIH y las gammaglobulinas producidas con plasma comercial, en el que estudios de laboratorio evidenciaron que contenían el RNA del virus de la hepatitis C,<sup>9</sup> son los ejemplos más sugerentes de esa relación entre el uso de plasma comercial por la industria farmacéutica y el aumento en la distribución de enfermedades infecciosas.

En términos globales, una unidad de plasma podría costar hasta la décima o vigésima parte en los países en vías de desarrollo comparada con el costo de unidades en países desarrollados. En cambio, en términos de optimización, la cantidad de plasma obtenido por plasmaféresis era de “dos a tres veces mayor que por una donación voluntaria de sangre”.<sup>10</sup> Además, según la epidemióloga Patricia Volkow, muchos lotes eran reetiquetados en su lugar de origen a conveniencia de las compañías procesadoras, que los hacían registrar como hemoderivados de procedencia “suiza o canadiense”.<sup>11</sup> En México, los centros de plasmaféresis comercial estuvieron situados en estados que abarcaban en torno al 43% de la población y que, no obstante, registraron en el 1986 el 90% de los casos de infección de HIV en donadores pagados, y el 75% de los casos de infección por transfusión: Morelos, Jalisco, Puebla, Estado de México, Baja California,

---

<sup>9</sup> El caso más emblemático quizás sea el de la infección masiva por uso del medicamento Gammagard, de la empresa Baxter, que siguió siendo vendido pese a las evidencias de infección en cientos de pacientes de Europa y Estados Unidos hasta los años 1990. VOLKOW, “Impacto del comercio”, 65.

<sup>10</sup> Patricia VOLKOW, “Efectos de diez años de prohibición del comercio de la sangre en México”, (1997), [<https://www.jornada.com.mx/1997/05/09/ls-Texto1.html>].

<sup>11</sup> André PICARD, *The gift of death. Confronting Canada's tainted blood tragedy*, (Montreal: Harper Collins, 1995), 195-207.





Chihuahua, Tamaulipas y el Distrito Federal.<sup>12</sup> Sobre el índice entre los donadores remunerados, la constante exposición a la iatrogenia llevada a cabo en los centros de plasmaféresis era la principal causa de la infección por transmisión sanguínea en ese sector, donde el uso de agujas compartidas en inyecciones intramusculares y la reutilización de materiales eran prácticas usuales.

En términos de exportación, el artículo 42 del *Reglamento de Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión y Derivados de la Sangre* (1962) establecía que la importación y exportación de sangre humana y sus derivados sólo podría efectuarse previa autorización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, otorgada bajo los requerimientos de estos productos y sus condiciones sanitarias. Con base en esa normativa, la Secretaría de Salubridad y Asistencia autorizó, por ejemplo, la exportación de 300 litros mensuales de plasma humano congelado —a cualquier país— al Banco de Sangre Biológico Mexicano, S.A. La autorización, en parte retroactiva, publicada en mayo y con “vigencia por un año a partir del 1o. de enero de 1972”, permitió la venta de plasma a los Laboratorios Cutter, de California,<sup>13</sup> por lo que se registró, en mediados de ese mismo año, el volumen de 1,500 litros de plasma exportado a Estados Unidos sólo por esa compañía.

Según una denuncia del director del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia de la Ciudad de Piedras Negras, Coahuila, se había llevado a cabo entre 1974 y 1976 un manejo ilícito de compra de sangre a bajo costo extraída de jóvenes de 15 a 25 años registrados en el Centro de Integración

<sup>12</sup> Estos estados también resultaron ser los de mayores índices de infección por VIH en relación con el promedio nacional, tanto en términos de casos acumulados como de tasa relativa por población.

<sup>13</sup> Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (AHSSA), Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Sección Secretaría Particular (SP), caja 61/1, exp. 01/128.43/42, oficio 1800, 1972, *Orden de Trabajo, Reportaje: La utilización del plasma humano en México, s/f.*





Juvenil de dicha ciudad, lo que configuraría un grave delito a la salud. En esa ocasión las compras fueron realizadas por el banco de sangre “Menchaca Corona y Compañía”,<sup>14</sup> ubicado a apenas diez cuadras del Río Grande. En una posterior inspección realizada “con toda cautela”, por tratarse en parte de menores de edad y farmacodependientes que podrían dejar de confiar en los servicios prestados por el Centro de Integración, el inspector tuvo un agravante: “ese día la prensa local comentaba un accidente ocurrido en el Centro de Salud y no era recomendable aumentar los problemas por ser este el único Banco de Sangre que existe en la ciudad y proveedor principal de sangre de la Clínica Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social”. La delicada situación no parece haber producido grandes consecuencias a los bancos en cuestión. Al finalizar el acta de inspección, el responsable registró que “por las razones expuestas”, la visita fue practicada con enfoque eminentemente orientador e informativo.<sup>15</sup>

## MÉXICO, ESTADOS UNIDOS Y LA EPIDEMIA DEL VIH

La epidemia de VIH fue, sin dudas, el punto de inflexión más importante dentro de las políticas de manejo de la sangre y la bioseguridad a nivel mundial.<sup>16</sup> En México, aunque numerosas

<sup>14</sup> AHSSA, Fondo SSA, Sección Secretaría Particular, caja 61/1, exp. 01/128.43/42, oficio 05170, 27 de octubre de 1976. *Memorandum del secretario particular Raúl Lucido Serrano sobre uso ilegal de jóvenes en Bancos de Sangre en Piedras Negras enviado a Dr. José U. Blanchet, director general de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos, s/f.*

<sup>15</sup> AHSSA, Fondo SSA, Sección Secretaría Particular, caja 61/1, exp. 01/128.43/42, oficio 125474, 03 de noviembre de 1976. fojas 1 y 2, *Orden para practicar visita domiciliaria de inspección sanitaria por parte de la Dirección General de Control de Alimentos, bebidas y medicamentos. Acta de Inspección núm. 26827, s/f.*

<sup>16</sup> Para comprender la historia general de la lucha contra la epidemia de VIH en México, ver Miguel MURCIA GARCÍA et al. *Memoria de la lucha contra el VIH en México: Los primeros años*, (México: Historiadores de las Ciencias y las Humanidades, A.C., 2012).



denuncias de sangre infectada con malaria y hepatitis en los bancos de sangre figuraron en la prensa desde los años 1960 y 1970, fue hasta la epidemia de VIH, cuando el concepto de una “sangre sidosa” empezó a operar en la sociedad, y que medidas más rigurosas de control de calidad de la sangre fueron tomadas por las autoridades sanitarias.<sup>17</sup> Como será demostrado, hasta enero de 1992 la transmisión sanguínea fue el factor de mayor infección de VIH entre donadores de sangre remunerada y mujeres en México.

En América Latina, inicialmente predominó la idea de que la enfermedad era exótica al continente, exclusiva de hombres homosexuales, promiscuos, urbanos y con educación superior, una enfermedad “inherente a los valores morales de Estados Unidos”, que jamás traspasaría las fronteras hacia el sur.<sup>18</sup> Las costumbres y la “predisposición mexicana” a resistir a los gérmenes,<sup>19</sup> o el “aislamiento geográfico” que producirían las cordilleras andinas, fueron argumentos igualmente utilizados por autoridades para afirmar que la epidemia no sería tan grave en el continente. La noción de la “penetración gringa” a partir de los primeros casos de estadounidenses infectados, publicados en la prensa internacional, era fomentada por algunos opositores socialistas latinoamericanos que defendían que el virus era resultado de la depravación moral capitalista.

<sup>17</sup> Para comprender los usos discursivos de la sangre infectada por VIH en la prensa mexicana ver Francisco PAMPLONA, “EL sida en la prensa de México: Análisis del discurso periodístico”, en coords. SEPÚLVEDA et al., 1989, 391-411.

<sup>18</sup> Shawn SMALLMAN, *The AIDS pandemic in Latin America*, (Chapel Hill: The University of North California Press, 2007), 12-13.

<sup>19</sup> Cita del doctor Manuel Cervantes Reyes, presidente de la Asociación de Médicos Mexicanos, publicada en El Dictamen de Veracruz, 25 de agosto de 1985 y Excelsior, 24 de agosto, 1985. Max MEJÍA, “SIDA: Historias extraordinarias del siglo XX”, en coord. GALVÁN, 1988, 32. Para conocer un panorama general de los efectos sociales del sida en México ver los demás textos de la misma obra. Sobre el contexto chileno ver Mauricio CARMONA BERRÍOS y Cynthia DEL VALLE LARRAÑAGA, *SIDA en Chile: La historia desconocida*, (Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 2000).



Por otro lado, la presencia de soldados y voluntarios latinoamericanos, sobre todo cubanos, en las guerras de independencia africanas en la década de 1970, produjo el retorno de varios compatriotas infectados que pasaron a presentar síntomas de sida en la década siguiente.<sup>20</sup> Como pasaba con los vectores políticos, geográficos y culturales, la transmisión sanguínea del VIH se diseñaba con la semántica de la Guerra Fría.<sup>21</sup>

El hecho de que los primeros casos diagnosticados fueran registrados en Los Ángeles, Nueva York y San Francisco, reforzó en varias naciones la percepción de que esta nueva enfermedad tenía una estrecha relación con el país norteamericano y contribuyó, a su vez, a incrementar las formas en que las naciones percibían su relación con Estados Unidos.<sup>22</sup> Al mismo tiempo, en ese país se difundía la creencia de que el VIH era una enfermedad exclusiva de los “4 H”: haitianos, homosexuales, heroinómanos y trabajadoras sexuales.<sup>23</sup> La idea de integrar a los haitianos como “grupo de riesgo” fue promovida incluso por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades que así los clasificó entre 1983 a 1985.<sup>24</sup> Pese a la posterior exclusión de los haitianos de

<sup>20</sup> En África la epidemia produjo resultados catastróficos en varios países. En Botsuana, por ejemplo, la expectativa de vida bajó de 72 para 39 años en la primera década de la pandemia debido a la alta tasa de letalidad. John ILIFFE, *The African AIDS epidemic: a history*, (Woodbridge: Boydell & Brewer, 2006).

<sup>21</sup> Parte de las teorías conspirativas que operaron en el imaginario latinoamericano de ese periodo afirmaba que los estadounidenses habían inventado la epidemia y deliberadamente la penetraron en los países del sur global para perjudicarlos o, más bien, exterminar a los pobres. SMALLMAN, *The AIDS pandemic*, 11-17.

<sup>22</sup> En México esta tensión es explícita en las denuncias de exportación de sangre mexicana a Estados Unidos publicadas en la prensa durante los años 1970 e inicio de la década de 1980.

<sup>23</sup> *Hore*, referente a *whore*. Posterior a las denuncias de bancos de sangre infectados con VIH, otra población empezó a integrar el “grupo H”, los hemofílicos infectados por transfusión.

<sup>24</sup> Posteriormente el término adecuado para referirse a las poblaciones más expuestas a la infección o afectadas por políticas punitivas y estigmatizadoras relacionadas con la epidemia del VIH pasó a ser “grupos de población clave”. Según las orientaciones terminológicas de ONUSIDA se considera “a los

esa clasificación, la Food and Drug Administration determinó en 1990 que todos los haitianos tendrían prohibido donar sangre.<sup>25</sup> Los extranjeros fueron particularmente un blanco recurrente en las políticas discriminatorias contra personas que vivían con el VIH.<sup>26</sup> Era común que durante ese periodo las autoridades migratorias preguntaran si el estado serológico de VIH del aplicante a una visa era positivo, de forma que cuando les otorgaban el permiso un sello era pegado al pasaporte informando que el migrante era portador de una “infección transmisible”.<sup>27</sup> La ironía es que en ese momento Estados Unidos tenía la mayor tasa de prevalencia de VIH de las Américas.<sup>28</sup>

gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, los transgéneros, las personas que se inyectan drogas y los presos y otras personas en centros de internamiento como grupos de población clave. [...] Contar con su participación en los lugares de toma de decisión es fundamental para conseguir una respuesta al VIH eficaz: son claves para la epidemia y para la respuesta. Los países deberían definir cuáles son los grupos de población clave tanto para su epidemia como para su respuesta en función de su contexto social y epidemiológico”. ONUSIDA, *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*, (2015), 29.

<sup>25</sup> En ese periodo se expandió la teoría de que prácticas de zoofilia con monos, mezcladas con la religiosidad vudú, podrían explicar la gran incidencia del virus en la isla. Esta teoría ignoraba completamente el hecho de que no hay monos endémicos en las islas caribeñas al menos desde el siglo XVI. Sobre el intenso turismo sexual entre Estados Unidos y Haití durante la segunda mitad del siglo XX, fenómeno que puede ayudar a explicar la incidencia epidémica, ver SMALLMAN, *The AIDS pandemic*, 25-27.

<sup>26</sup> Hay registros de que, en países del Este europeo, URSS e India varios estudiantes africanos fueron detenidos, aislados y hasta expulsados de sus universidades por razones que incluían su estado seropositivo. Renée SABATIER, *Blaming others: prejudice, race and worldwide AIDS*, (Washington: Panos Institute, 1988).

<sup>27</sup> En casos extremos de este tipo de discriminación, hubo extranjeros seropositivos deportados de varios países, como Australia, China, India, Arabia Saudí, Sudáfrica y Estados Unidos. Peter AGGLETON y Richard PARKER, *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción*, (México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad, 2002), 27-28.

<sup>28</sup> La Junta de Representantes de los Grupos Gay y Lesbianas de México y Estados Unidos afirmó que se oponía “a la política opresiva de inmigración que no permite a los gays, lesbianas e individuos VIH positivo viajar entre los dos

En el otoño de 1989, el cónsul general de México en Los Ángeles, Romeo Flores Caballero, solicitó al profesor de medicina David Hayes-Bautista que asistiera a una reunión. Había surgido un problema muy complicado y él había invitado a varias organizaciones mexicanas para que lo aconsejaran sobre cómo solucionarlo. La situación surgió a raíz de la *Ley Simpson-Rodino* de 1986 que, entre otras determinaciones, exigía que cualquier persona que contratara a un migrante en Estados Unidos probara que este contara con documentos migratorios legales, requisito que instó a miles de extranjeros que residían en el área de Los Ángeles, carentes de documentación adecuada, a solicitar amnistía.

Uno de los requisitos para intentar la regularización era someterse a una prueba de sangre para detectar una posible infección del virus VIH. Dadas las exigencias epidemiológicas, una gran cantidad de solicitantes que hizo la prueba de detección se dio cuenta de que estaba infectada con el virus. Sin saber a dónde acudir, muchos de estos mexicanos que resultaron positivos se dirigieron al Consulado con una diversidad de preguntas angustiadas: “¿Me van a deportar?; Una vez deportado, ¿habrá servicios adecuados en México?; Una vez deportado, ¿qué pasará con mi familia?; ¿Podré encontrar medicamentos para el sida en México?; Una vez que vaya a México, ¿podré regresar a Estados Unidos?; ¿Debo esconderme de las autoridades, quedarme aquí en Los Ángeles y abandonar la posibilidad de legalizar mi estatus migratorio?”<sup>29</sup>

En ese momento, las preguntas que inundaron el consulado no podían ser contestadas por el cónsul, quien confesó no estar enterado de la situación de la epidemia de VIH/sida en México, ni tampoco entre la población migrante residente en Los

países”. CENTER OF STUDY OF LATINO HEALTH, “Recomendaciones de la Junta de Representantes de los Grupos Gay y Lesbianas”, en UNIVERSITY OF CALIFORNIA LOS ANGELES, 1992, 170.

<sup>29</sup> CSLH, *SIDA: Un reto binacional*, 3.



Ángeles.<sup>30</sup> Al comenzar las discusiones entre los invitados de la reunión, los médicos y promotores de salud se dieron cuenta de que tampoco conocían la situación de la epidemia entre la comunidad mexicana de esa ciudad y fueron sorprendidos por un médico del Hospital Civil de Guadalajara, quien informó que, repentinamente, pasó a encontrar docenas de personas regresadas de EUA que se encontraban infectadas: “en diferentes etapas y sin saber los protocolos de tratamiento de los individuos, por ejemplo: si han estado bajo tratamiento médico, o asistido a sesiones terapéuticas o psicológicas”. Las dudas sólo empezaban. ¿Quiénes serían esos mexicanos que regresaban infectados a su país de origen?; ¿Serían todos de Jalisco?<sup>31</sup> Como veremos, tanto la población mexicana que emigró a EUA para trabajar, como los habitantes de la zona fronteriza, sufrieron los efectos de la mercantilización de la sangre y la infección por transfusión sanguínea.

Entre 1942 y 1964, millones de mexicanos cruzaron la frontera para trabajar como braceros en Estados Unidos. La escasez de trabajadores por el envío de tropas a la Segunda Guerra Mundial, consecuencia del ataque a Pearl Harbor en 1941, hizo que este programa fuera fundamental para el mantenimiento tanto de la agricultura, como de la minería y el ferrocarril en aquel país. El acuerdo bilateral que promovía el envío de trabajadores legales establecía que el gobierno de los Estados Unidos sería el responsable por el bienestar de los inmigrantes

---

<sup>30</sup> A fines de comparación, en EUA los clasificados como “latinos” representaban el 10% de todos los casos registrados de VIH hasta 1990, 27% de los casos de usuarios de drogas intravenosas, 25% de los casos por relación heterosexual, 16% de los casos homo/bisexual y 44% de los casos donde la categoría de transmisión es indeterminada. CSLH, *SIDA: Un reto binacional*, 59.

<sup>31</sup> En Jalisco el primer reporte de VIH/sida se registró en 1983 y hasta 1984 todos los casos los diagnosticados tenían antecedentes de haber vivido en los EUA o de haber tenido relaciones sexuales con extranjeros, sobre todo estadounidenses. Jalisco y Michoacán eran los dos estados con más migración a Estados Unidos, sea de forma temporal o permanente. CSLH, *SIDA: Un reto binacional*, 28.



en esa condición, y que los empleadores fueran considerados como subcontratistas. Según el convenio, debería ser garantizado un trato no discriminatorio, salario mínimo,<sup>32</sup> transporte y el pago de gastos con alimentación, vivienda y repatriación.<sup>33</sup> Sin embargo, los brazos migrantes de estos mexicanos no sirvieron solamente para cultivar y cosechar o asegurar el mantenimiento ferroviario. Hay registros de que, desde el inicio del programa, los mexicanos fueron obligados a extraer sangre en diversas contrataciones laborales. Con la justificación de que deberían ser analizados para averiguar la existencia de enfermedades, los braceros fueron sangrados diversas veces a lo largo del programa. Fue el caso de un trabajador oriundo de Santa Ana Chiautempan, Tlaxcala, enviado para trabajar en el país vecino en 1944. En su opinión, la sangre extraída de los trabajadores “era usada para mandársela a los soldados en la guerra, a algunos hasta les sacaban cuatro frascos de sangre”.<sup>34</sup>

Pese al término de la guerra, el uso de trabajadores inmigrantes como cuerpos donantes en Estados Unidos ha sido registrado a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. En la prensa de Ciudad Juárez, Chihuahua, hubo diversas denuncias cobrando a las autoridades sanitarias medidas sobre la falta de regulación en los laboratorios presentes en la zona fronteriza que frecuentemente utilizaban a emigrantes que no lograban cruzar la frontera y que, “por su miseria, venden su líquido

<sup>32</sup> Ese acuerdo no fue 100% efectivado, a lo largo de los 22 años de programa, la tendencia aplicada fue de la negociación directa entre patrón y trabajador, sin beneficios mayores para los inmigrantes. Además, los ahorros de 10% del sueldo en los bancos estadounidenses jamás fueron devueltos a los inmigrantes de forma completa. Jorge DURAND, *Historia mínima de la migración México-Estados Unidos*, (Ciudad de México: El Colegio de México, 2016), 121-55.

<sup>33</sup> Antonio ORTIZ MENA, *El desarrollo estabilizador: reflexiones sobre una época*, (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1998), 30.

<sup>34</sup> Hay versiones de que esas extracciones servían para el desarrollo de estudios serológicos en los EUA. Javier FLORES CARRERA y Jorge Alejandro SOSA HERNÁNDEZ, “Bracero: Historia de los trabajadores del Programa Bracero 1942-1966”, tesis profesional, Puebla, Universidad de las Américas, 2006, 57.



vital a cambio de unos cuantos pesos”. Este problema, más que ser un motivo de preocupación de un estado en específico, parecía estar asociado a la propia geografía de la zona fronteriza. Según una nota de prensa de 1979, el subdirector de salubridad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, estaba coludido con centros de plasmaféresis pertenecientes a una red “a lo largo de la franja fronteriza de 3,054 kilómetros entre Tijuana y Matamoros”,<sup>35</sup> donde había 14 clínicas de los laboratorios Cutter y Hayland, empresas transnacionales dedicadas a, entre otros productos, la producción de hemoderivados, sobre todo gammas globulinas, antígenos y albúmina humana industrializada.

En Ciudad Juárez había tres laboratorios de ese consorcio establecidos, según el autor de la nota, “al más alto nivel económico, técnico y científico”, contaban con amplias listas de donadores de sangre, la mayoría residentes mexicanos en la zona fronteriza y otros que llegaban a la frontera “con el fin de tratar de entrar en Norteamérica como braceros”. En estos registros figuraban primordialmente mexicanos que habitaban las numerosas y amplias zonas marginadas de las ciudades fronterizas, entre los cuales se encontraban muchos “enfermos, desnutridos, anémicos y, en general, gente en la miseria, que no encuentra otra fuente de ingresos que la de vender constantemente su sangre a los vampiros norteamericanos”.<sup>36</sup>

La denuncia periodística generó investigaciones en el interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Inicialmente fue aclarado que el control de los bancos de sangre y plasma, distribuidos en el territorio nacional, fuera del Distrito Federal, se realizaba a través de las jefaturas de Servicios Coordinados en los estados, de modo que las decisiones deberían ser motivadas por las autoridades estatales y no por el poder central de

<sup>35</sup> AHSSA, Fondo ssa, Sección Secretaría Particular, Caja /61/1, exp. 01/128.43/42, 21 de septiembre de 1979, *Diario de México*, “La pregunta del día”, s/f.

<sup>36</sup> *Ibíd.*





la Secretaría, ubicado en la capital. En segundo lugar, el único banco de plasma registrado en la región fronteriza norte estaba ubicado en la ciudad de Tijuana, en Baja California, de modo que, según el responsable de la aclaración, los bancos de plasma a que se refería el artículo probablemente serían los que se encontraban “en la frontera, pero en territorio de los Estados Unidos de Norteamérica, los cuales son controlados por las autoridades sanitarias del país vecino”.<sup>37</sup> De todos modos, la nota fue reenviada al director general de Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados, que la direccionó, a su vez, a cada autoridad estatal, solicitando la debida investigación y las tomas de providencias a los respectivos responsables.<sup>38</sup> Pasadas las debidas averiguaciones, las prácticas inseguras de sangrado seguían constandingo en los documentos de la Secretaría de Salud.

Un informe preliminar de una investigación sobre el manejo de sangre y plasma en la franja fronteriza norte, realizada en 1986 por el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea registraba que, en las ciudades de Juárez, Mexicali, Tijuana, Tecate y San Luis Río Colorado, habían sido inspeccionadas 33 clínicas y laboratorios privados, de los cuales 25% de los establecimientos no tenían registro de funcionamiento y, además, poseían el registro de solamente 50% de sus donadores de sangre. Un 40% tenía la responsiva vencida o carecía de médicos responsables y, el dato más alarmante, el 95% de los proveedores que donaban en los establecimientos mexicanos acudía a donar plasma al otro lado de la frontera al menos dos veces a la semana. En

<sup>37</sup> AHSSA, Fondo SSA, Sección Secretaría Particular, Caja 61/1, exp. 31-240/5719, 28 de septiembre de 1979. *Respuesta del director de Control de Servicios Auxiliares de la Clínica.*

<sup>38</sup> Dr. Virgilio Butron Vázquez, jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de Coahuila; Dr. Luis Eugenio Todd Pérez, jefe de Nuevo León; Dr. Rosendo Vargas Machuca, de Tamaulipas; Dr. Juan Medrano Padilla, de Baja California Norte; doctor Juan Rauda Ezquivel, de Chihuahua; y Dr. Roberto Robles Garnica, responsable por los bancos de sangre de Sonora. Ver oficios 38707, 38708, 38709, 38716, 38717, 38718 respectivamente, AHSSA, Fondo SSA, Sección Secretaría Particular, Caja 61/1, exp. 31-240/5719, *s/f*.



poquísimos establecimientos se llevaba un registro escrito de las pruebas y valoraciones clínicas de los donadores remunerados y las inspecciones sanitarias en estos lugares eran realizadas sólo a cada dos años.<sup>39</sup>

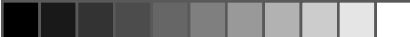
Según el informe, cerca de 10,000 donadores mexicanos acudían a vender sangre y plasma en los bancos estadounidenses. Entre los 6 bancos de sangre norteamericanos visitados por la inspección, llamaba la atención que los resultados de los análisis que les practicaban a los donadores, en especial las proteínas y el HCT —glóbulos rojos— siempre se encontraban “dentro del rango aceptable y frecuentemente por arriba del mismo”. Los análisis de laboratorios exigidos en el reglamento eran realizados por sólo 50% de los establecimientos, y los estudios de HTLV-III-LAV eran practicados en solamente 3% de los centros de sangrado. La cantidad de plasma extraído en los bancos extranjeros era variable de acuerdo con el peso corporal del donante, “obteniendo un rendimiento de 620 a 750 ml en las dos extracciones que las efectúan por sesión”.<sup>40</sup>

Como conclusión, el Dr. José Luis Dominguejo Torix, director del Centro, afirmó que la explotación que realizaban los bancos privados de los donadores ‘teóricamente’ autorizados era evidente, “también lo es el atentado permanente contra la vida de estas personas”, toda vez que donaban sangre y plasma en ambos lados de la frontera, “a fin de obtener pingues ganancias”. Aunque no se pudo comprobar en ese momento, había la convicción, “a juzgar por comentarios de residentes y de emigrantes”, de que el plasma era exportado hasta los bancos de

<sup>39</sup> Las pruebas y valoraciones clínicas de los donadores remunerados incluían investigación sobre la presencia del virus de la hepatitis y de alguna condición anémica. Ese mismo año se estableció formalmente un sistema de vigilancia nacional para estudiar la epidemia de VIH/sida. MAGIS y BARRIENTOS, *VIH/sida y salud pública*, 20; AHSSA, Fondo MFN, exp. MX10.1/89.89, 1986, *Informe. Secretaría de Salud. Comisión Interna de Salud de las Zonas Fronterizas*, pp. 1-3.

<sup>40</sup> AHSSA, Fondo MFN, exp. MX10.1/89.89, 1986, *Informe. Secretaría de Salud. Comisión Interna de Salud de las Zonas Fronterizas*, p. 2.





sangre estadounidenses, de modo que la apertura de nuevos centros de captación de plasma del lado mexicano de la frontera constituía un riesgo calculado para la exportación de la materia prima, precisamente porque “este producto no sería utilizado por plantas hemoprocesadoras mexicanas”. Por último, pese a que las evidencias comprobaran que predominantemente los hemoderivados mexicanos eran vendidos a los Estados Unidos, varios bancos de ese país apoyaban eventualmente a hospitales mexicanos con unidades de sangre para transfusión, tanto en el sector público como privado.<sup>41</sup>

La relación entre México y Estados Unidos ha sido diversa de acuerdo con los estados que se observen. Las ciudades fronterizas inspeccionadas, por ejemplo, no resultaban representativas de la mayoría de la población que compartían ambos países. La mayor parte de la migración hacia Estados Unidos proveía de estados de la región centro-occidental de México como Jalisco, Michoacán y Zacatecas. Una población migrante que se encontraba sobre todo al norte de San Diego, “en la ciudad de Los Ángeles, en el área de la Bahía de San Francisco y en el valle de San Joaquín y guarda poca relación con la frontera, ya que principalmente esta población cruza la frontera en avión y, si lo hace por tierra, sólo se detiene en ella por unas horas o pocos días”.<sup>42</sup> De este modo, para comprender la forma en que el comercio de sangre y la epidemia de VIH se relacionan con el eje México-Estados Unidos, podemos separar esta problemática entre dos grupos de migrantes distintos: los “*commuters*” que vivían en zonas fronterizas y acudían a vender sangre frecuentemente en ambos países, y los migrantes con antecedentes de residencia en Estados Unidos que regresaban a sus estados de origen con un diagnóstico serológico positivo para VIH.<sup>43</sup>

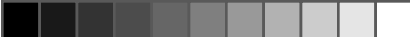
---

<sup>41</sup> AHSSA, Fondo MFN, exp. MX10.1/89.89, 1986, *Informe. Secretaría de Salud. “Comisión Interna de Salud de las Zonas Fronterizas*, p. 3.

<sup>42</sup> CSLH, *SIDA: Un reto binacional*, 33.

<sup>43</sup> Para conocer los datos de casos de VIH en migrantes mexicanos y su relación con Estados Unidos en el periodo aquí analizado, ver Mario BRONFMAN, Sergio CAMPOSORTEGA y Hortencia MEDINA, “La migración internacional y el





Un factor que puede auxiliar en el análisis de la relación México, Estados Unidos y la epidemia de VIH es la tasa de incidencia de acuerdo con la ocupación de esos migrantes. Entre algunas categorías laborales, como profesionales y comerciantes, la incidencia se mantuvo estable durante la primera década de la epidemia y hubo descensos significativos entre los trabajadores de la salud y de servicios públicos. Sin embargo, en las categorías pertenecientes a grupos de bajos recursos económicos “asalariados no manuales, obreros, artesanos, campesinos o trabajadores agrícolas” hubo un incremento importante.

Estos tres grupos, que en 1988 daban cuenta del 25% de los casos de VIH, en 1989 concentraban 44% de los CAR.<sup>44</sup> Este hecho apunta en dirección a la hipótesis acerca de la creciente proletarización de la enfermedad. Coahuila y Baja California —entidades limítrofes— y Jalisco —entidad expulsora— poseían 49, 48 y 72 casos por millón de habitantes, respectivamente, ocupan en tercero, quinto y segundo lugar del país según sus tasas de incidencia, sobrepasando largamente la media nacional que se ubica en 32 casos por millón de habitantes. Si este hallazgo pudiera apoyar la idea de una conexión entre migración y sida, los datos para otros estados expulsores la relativizan, ya que ellos se ubican por debajo de la media nacional. Los datos más recientes (abril 1989) muestran que de las 8 entidades con las tasas de prevalencia más elevadas —exceptuando el DF— 5 de ellas con o entidades típicamente expulsoras de población o bien son estados ubicados en la frontera con EUA.<sup>45</sup>

Los datos ofrecidos demuestran que la relación bilateral puede haber influido en las tasas de incidencia de VIH entre migrantes, sin embargo, en contraste con los estados expulsores, la migración no puede ser claramente definida como un

sida: El caso de México y Estados Unidos”, en coords. SEPÚLVEDA AMOR et al., 1989, 435-56.

<sup>44</sup> Sigla para “Casos con Antecedentes de Residencia” en Estados Unidos.

<sup>45</sup> CSLH, *SIDA: Un reto binacional*, 26-27.





factor de riesgo de exposición al VIH, siendo predominante, más bien, el contexto social migratorio.<sup>46</sup> Aunado a estos datos, algunas prácticas como la donación remunerada y la transfusión realizada de manera insegura son factores importantes para comprender la estructura de la infección en ese periodo.

### LOS DONADORES REMUNERADOS

La paradoja de las expresiones “donador remunerado”, “donador profesional” o “donante de paga”, como decían tanto el personal médico y autoridades sanitarias como los propios vendedores de sangre, sintetiza este complejo sistema suministrado por cuerpos que son abiertamente mercantilizados en la sociedad y, por este motivo, estigmatizados porque no logran participar del relato heroico de la donación de sangre altruista, promovida ampliamente por campañas nacionales. Sus motivaciones eran y continúan siendo vistas por gran parte de la sociedad como mezquinas, es decir, como una forma espuria de conseguir dinero, y sus prácticas han sido consideradas un peligro para la salud pública.

Inmigrantes, boleros, cuidadores de coches, estudiantes, “viene-vienes”, mudanceros ambulantes,<sup>47</sup> pintores de casas y trabajadores precarizados e informales recurrieron constantemente a esta actividad para conseguir, en un par de horas, algunas decenas de pesos. En los bancos de sangre, eran las contingencias lo que los unía: a veces un conjunto de vulnerabilidades que podían transformarse en una unión con intereses en común; o un conocido en un sindicato; quizás un mismo

---

<sup>46</sup> René LEYVA FLORES et al., “EL sida en las fronteras”, en comp. ALARCÓN y PONCE DE LEÓN, 2003, 169-94.

<sup>47</sup> Transportistas que suelen estacionar su camión en algún punto estratégico de una colonia para que los clientes lleguen hasta ellos para solicitar el servicio.





“enganchador” —reclutador—; circunstancias económicas que se acumulan, se cruzan y desaparecen de forma temporal en el momento en que el vendedor, después de donar un poco de sangre, extiende su mano para recoger su pago y partir, para retornar otro día —quizás en la misma semana—, o volver a sentarse con otros donadores en otras salas de espera, de otros bancos de sangre, ubicados en otras zonas de la ciudad.

Pese a la prohibición de la venta de sangre en México, vigente desde 1987, la transacción figura en la prensa capitalina hasta la actualidad. Es el caso de las zonas aledañas a hospitales donde enganchadores cuentan con un registro de donadores remunerados y contactan a familiares desesperados por cumplir la cuota de sangre, requerida para la intervención quirúrgica de su paciente. Según “El Bolsitas”, como también se le conoce a Josué, la solución cuesta de “300 a 600 pesos por donador, dependiendo el tipo de sangre”. Lupercio, otro enganchador, “mejor conocido como El Mosquito”, paga a dos franeleros para promocionar su negocio. Para burlar la prohibición, una red invisible de conocidos divulga los servicios de su “empresa de donación”: “el vendedor de tamales, en la cafetería cercana, el bolero y el hombre del puesto de periódicos, [todos] saben dar referencias para quien no logra juntar a sus donadores”.<sup>48</sup>

Según el informe del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, los “donadores profesionales” llegaban a pasar por plasmaféresis de 4 a 20 veces al mes.<sup>49</sup> Esto era posible porque en ese proceso, después de separado el plasma, los demás productos de la sangre volvían al interior del organismo, de modo que el proceso podría ser repetido más frecuentemente

<sup>48</sup> Ana ESPINOSA ROSETE, “Operan vendedores de sangre en inmediaciones de hospitales”, *La Crónica Diaria*, (4 de septiembre de 2017), [<http://www.cronica.com.mx/notas/2017/1041643.html>].

<sup>49</sup> Jaime SEPÚLVEDA AMOR et al., “Prevención de la transmisión sanguínea del VIH. La experiencia mexicana”, en coord. OMS, 1989, 163-72.



que la donación total del tejido sanguíneo. El factor de riesgo de transmisión se daba en mayor número en los donantes remunerados que en los donadores voluntarios,<sup>50</sup> esto porque la frecuencia de exposición al material no esterilizado multiplicaba la posibilidad de transmisión.<sup>51</sup> Como antes de 1986 no se examinaba la sangre para detectar la presencia de VIH en los bancos de sangre en México, este tipo de práctica resultó en la multiplicación exponencial de la infección en la población donante y usuaria de hemoderivados, lo que transformó la práctica de plasmaféresis en un proceso de alto riesgo de infección.<sup>52</sup> Para garantizar el abasto, las personas que necesitaban complementar sus ingresos eran los donadores preferidos de los bancos de sangre privados.<sup>53</sup>

<sup>50</sup> Esta tendencia es encontrada no solo en la capital sino también en los bancos privados de otros estados del país. Ver: José Luis VALDESPINO GÓMEZ et al., “Epidemiología del sida/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995”, *Salud Pública de México*, vol. 37, (1995): 556-71; Eduardo VÁZQUEZ-VALLS et al., “Efecto de la legislación sanitaria contra el VIH en la donación de sangre en Guadalajara”, *Salud Pública de México*, vol. 32(1), (1989): 38-42.

<sup>51</sup> Para tener una idea de la tendencia de infección vía donación remunerada, “en 1986, en un estudio de prevalencia de infección en 25 786 donadores (9 100 remunerados, 12 343 familiares y 4 343 altruistas), se detectaron diferencias muy importantes entre las donaciones altruistas (0.092%) y familiares (0.032%) con respecto a los de paga (7.2%).” CÓRDOVA, PONCE DE LEÓN y VALDESPINO, *25 años de sida*, 40, 44.

<sup>52</sup> Según el estudio, posteriormente los bancos pasaron a ser supervisados por el estado, de modo que en los años 1990 ya no figuraban centros comerciales de plasmaféresis. Mientras tanto los bancos de sangre comerciales, que retribuían económicamente al donador, seguían presentes en 31 unidades federativas, con excepción de Chiapas.

<sup>53</sup> Como sucede con la mayoría de los países, la donación voluntaria ha abarcado solamente los 4% de las donaciones de sangre en México, siendo la remunerada y familiar el tipo de donación más frecuente. En muchos estados antes de la década de 1980 predominaba la donación de sangre de tipo remunerada. En Aguascalientes, por ejemplo, hasta 1976, 100% de los bancos eran privados y trabajaban a partir de la donación remunerada de la sangre y plasma. ISSEA, “Centro Estatal de Transfusión Sanguínea”, *Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes*, (sin fecha) [<http://www.issea.gob.mx/cets-historia.html>].



Samuel era uno de los donadores remunerados. Bolero de oficio, encontró durante años en la venta de sangre su modo de a completar [sic] el gasto familiar. Su compadre fue quien lo “enganchó”, tan solo debía dejarse sacar 450 mililitros de sangre y recibir a cambio 20 pesos, era un trabajo fácil y requería poco tiempo; como él, participaban decenas de hombres y mujeres de Ciudad Neza, donde surtían al laboratorio Industrias Biológicas de México, dedicado al comercio de productos sanguíneos.<sup>54</sup>

Los donadores remunerados fueron una de las primeras poblaciones afectadas por la epidemia de VIH. Según la distribución de VIH reportada en esa población, pese a que los estados con bancos de plasmaféresis contenían solamente 43% de la población total mexicana, estos estados habían contribuido con elevadas tasas de contagio a nivel nacional: 69% de los casos totales de VIH; 75% de los casos asociados a transfusión; 90% de los casos asociados a donadores remunerados.

Según los estudios de epidemiología que acompañaron la infección de pacientes donadores de sangre pagada, el riesgo de transmisión era tan alto que hay evidencia de infección de VIH en donadores remunerados que habían pasado incluso por pocos procesos de plasmaféresis. La sobrevivencia de los donadores remunerados infectados con VIH era de 9 meses y, según los registros médicos, la mayoría de los donadores de sangre remunerada ya había fallecido en 1996.<sup>55</sup> En ese periodo la prevalencia de VIH en donadores pagados era de 10 a 70 veces más alta que en donadores voluntarios, conocidos como “donadores altruistas”.

---

<sup>54</sup> Julieta BECERRIL y Alejandro BRITO, “Transfusiones seguras ¿del control al relajamiento?”, *Letra S*, (1999), [<https://www.jornada.com.mx/1999/04/10/ls-sangre.html>].

<sup>55</sup> VOLKOW et al. “The role of commercial”, 221-26.





CUADRO 1. ESTADOS CON CENTROS DE PLASMAFÉRESIS CON MÁS CASOS DE VIH REPORTADOS EN DONADORES REMUNERADOS.\*

Estado	Número de casos reportados	Lugar en la escala nacional
Estado de México	104	1 <sup>er</sup> lugar
Ciudad de México	83	2 <sup>do</sup> lugar
Puebla	69	3 <sup>er</sup> lugar
Jalisco	57	4 <sup>to</sup> lugar
Morelos	17	5 <sup>to</sup> lugar
Baja California	4	6 <sup>to</sup> lugar
Chihuahua	2	7 <sup>mo</sup> lugar
Tamaulipas	1	8 <sup>vo</sup> lugar
Estados sin centros de plasmaféresis con 1 a 5 casos de sida reportados en donadores remunerados:		
Nuevo León, San Luis Potosí, Aguascalientes, Nayarit, Colima, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Yucatán, Guanajuato, Tlaxcala.		
Estados sin reportes de sida en donadores remunerados:		
Sonora, Baja California Sur, Sinaloa, Durango, Zacatecas, Coahuila, Querétaro, Hidalgo, Campeche, Chiapas, Quintana Roo.		

\*Conasida, "SIDA/ETS", *Boletín Epidemiológico Trimestral de Conasida*, núm. 4, (1996): I-XVI.

## MUJERES Y TRABAJADORES TRANSFUNDIDOS

El impacto de la plasmaféresis comercial a finales de la década de los setenta e inicio de los noventa fue subestimado en varios países. Hubo un consenso en el que expertos recomendaban que, en los países donde no era posible controlar el comercio y garantizar la bioseguridad de la sangre, era necesario instituir la prohibición, decisión tomada por las autoridades mexicanas a partir de mayo de 1987. Pese a la prohibición, la transmisión de la infección en bancos de sangre y centros de plasmaféresis siguió generando contagios posteriormente en pacientes



transfundidos antes de 1987, sobre todo por los periodos de incubación del VIH.<sup>56</sup> Asociado a ese contexto de transmisión en los bancos de sangre y al aumento paulatino de la transmisión por vía heterosexual, se percibió a partir de 1986 una feminización y una proletarización de la epidemia de VIH en México.

El principal grupo afectado por la epidemia de VIH por transmisión sanguínea, además de los donadores remunerados, fueron las mujeres, dependientes de transfusión debido a complicaciones en procedimientos obstétricos.<sup>57</sup> Fue el caso de una paciente de 45 años atendida en el Hospital de Nutrición Salvador Zubirán de la ciudad de México. Dos meses antes de acudir al nosocomio empezó a padecer una diarrea persistente, perdiendo hasta 12 kg de peso. Una semana antes de su ingreso al hospital comenzó a sentir fiebre y escalofríos intensos. Los estudios realizados en la paciente registraron la presencia de infecciones que permitieron posteriormente establecer el diagnóstico de sida. Afectada por su continuo deterioro físico, la paciente dejó de acudir a sus consultas y falleció cuatro

<sup>56</sup> Según estudios que analizan la infección por VIH vía transmisión sanguínea en el periodo estudiado, el periodo de incubación aquí entendido como “el lapso entre la infección y la aparición de datos clínicos de inmunodeficiencia” en ese tipo de transmisión podría ser de 4.5 a 6 años. Un estudio en pacientes del estado de Puebla en que se analizaron datos de 1988 a 1992, el periodo de incubación entre personas que recibieron transfusión con sangre infectada fue de 48 meses, siendo más corto de acuerdo con la cantidad de unidades de sangre transfundidas. Para comprender la diferencia entre periodo de incubación y seroconversión, es decir, el periodo en que se produce la cantidad suficiente de anticuerpos que pueden figurar en una prueba de detección, que es de 3 a 6 semanas, es necesario recordar que en el periodo estudiado los criterios de análisis eran distintos y muchos pacientes llegaban a hacer las pruebas en un estado avanzado de su infección. Con el avance de las pruebas de detección y las campañas de prevención, los pacientes pasaron a ser estudiados en una etapa más temprana de la enfermedad que en el periodo aquí analizado. Ver Francisco OLIVARES LÓPEZ, “SIDA asociado con transfusión de sangre”, *Revista de Salud Pública*, vol. 35, (1993): 355; Gerardo SÁNCHEZ-MEJORADA, Samuel PONCE DE LEÓN y Guillermo RUIZ-PALACIOS, “Historia natural de la infección por VIH” en coords. SEPÚLVEDA et al., 1989, 142.

<sup>57</sup> Falta un estudio más profundizado sobre el impacto de esa forma de transmisión en hemofílicos mexicanos.



meses después de haber recibido el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.<sup>58</sup> Sus síntomas se iniciaron tres años tras haber recibido una transfusión por complicaciones en el parto.

La transmisión secundaria también produjo infecciones en mujeres heterosexuales que eran parejas de hombres transfundidos o que habían ejercido la donación remunerada.<sup>59</sup> En un estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología, a cada tres mujeres parejas de un donador de sangre remunerada, una se encontraba diagnosticada con VIH. En relación con parejas transfundidas, esta transmisión afectó a miles de mujeres en México que solían tener una experiencia bastante singular en el momento del diagnóstico. Por ser un grupo poco valorado por las autoridades sanitarias en términos de promoción de salud sexual, y menos asociadas a la posibilidad de contagio de VIH, la mayoría de las mujeres no se hacía la prueba de detección y muchas se enteraban de que eran seropositivas solamente a partir del diagnóstico de su hijo o su pareja. Ese fue el caso de Alma,<sup>60</sup> una trabajadora doméstica de 18 años que se

<sup>58</sup> SÁNCHEZ, PONCE DE LEÓN y RUIZ-PALACIOS, "Historia natural", 156-157.

<sup>59</sup> PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER, *Mujer y sida*, (México: El Colegio de México, 1992).

<sup>60</sup> Nombre ficticio de una paciente diagnosticada con VIH entrevistada por la antropóloga Ana Luisa Liguori. En la obra no constan datos adicionales sobre la paciente o el contexto de la entrevista. Con este testimonio busco, sobre todo, dar rostro a los números demostrados anteriormente, ejemplificar el impacto de la transmisión sanguínea y exponer la realidad de la atención médica disponible en ese periodo para personas con VIH/sida. Es un relato que condensa los problemas que personas infectadas encontraban en ese periodo. Pese a que con el avance de las pruebas de detección y los tratamientos disponibles a partir de la década de 2000 esta realidad haya cambiado, me parece relevante dar énfasis en que, en los primeros años de la epidemia, esta fue una realidad especialmente dramática, en que la presencia de los síntomas del sida, en su mayoría, antecedían a las pruebas positivas de detección de VIH. Pese a que la militancia haya luchado de forma incansable para cambiar esta asociación directa entre el desarrollo del Síndrome con la presencia del virus en la sangre, de modo a disminuir la discriminación contra las personas infectadas, históricamente los documentos nos permiten afirmar que, en términos metodológicos,



enteró de que estaba infectada con VIH a partir del nacimiento de su hijo, fruto de una relación con un expolicía auxiliar.

Yo tuve al hijo sola. Creo que al papá ya le habían diagnosticado eso. Creo que él ya lo sabía y sabía que en unos años se le iba a manifestar, y no quería que yo supiera o lo viera. Teníamos dos años de estar juntos. Él me decía que era soltero, pero no sé si es verdad, porque no se casó conmigo. Nunca me comentó nada, pero me di cuenta de que empezó a enfermarse cuando iba a nacer el niño. [...] Me iba a cuidar para que no me embarazara, pero nunca usó nada. Durante un año no usé nada y no me embaracé. Le propuse que usara condón, pero no quiso. [...] Se veía muy mal. Tenía como tres años que le habían puesto una transfusión. En esa época ya éramos amigos y yo supe cuando le pusieron la sangre. Salió muy delgado del sanatorio, pero se repuso. Hasta que últimamente lo vi muy mal. Y no lo he vuelto a ver. Pero yo sí quisiera volverlo a ver. Por más que lo he buscado sus amigos no me dan informes de él. El niño lleva mis apellidos.<sup>61</sup>

Alma infirió que el niño sufría de cualquier otra infección, quizás la misma que ella había tenido un año después de haber tenido relaciones con su expareja. Al niño, como le había pasado a ella, “le empezaron a salir ganglios, y a darle fiebre. Le empezó con una gripa, le daban penicilina y no se curaba, o duraba un tiempo, y luego al mes se volvía a manifestar.” Alma jamás imaginó que el niño, y tampoco ella, pudieran estar infectados con VIH. Después de intentar conseguir atención médica en varios hospitales de la capital, finalmente logró que

---

el sida precedió al VIH. Por este motivo, en los estudios históricos sobre el VIH, que abarcan más que la memoria de la militancia de pacientes, familiares y médicos, los primeros años de la epidemia están marcados por esta miríada de historias tristes, de pacientes con síntomas graves de sida y la presencia constante del miedo a la muerte. Para comprender mejor este problema, ver Miguel MURCIA GARCÍA et al. *Memoria de la lucha contra el VIH en México: Los primeros años*, (México: Historiadores de las Ciencias y las Humanidades, A.C., 2012). pp. 15-33.

<sup>61</sup> PIEM, *Mujer y sida*, 76.





internaran a su hijo, de un mes y medio, “porque ya era mucho lo que tenía”. Se le empezaron a inflamar los ganglios de las axilas, del cuello y de las piernas, el hígado y el bazo. El primer diagnóstico que le dieron a su hijo fue mononucleosis infecciosa y posteriormente neumopatía crónica. Sin embargo, pese a los tratamientos, el niño no reaccionaba. Después de una prueba de sangre “para ver si ya lo podrían vacunar”, y de varias semanas de internación, Alma regresó al hospital para saber cómo iba el tratamiento y entrando al cuarto del nosocomio empezó a ver como llegaban los doctores.

“Este niño ya es conocido del hospital”. Fueron por el expediente y me mandaron a que le sacaran sangre. Después vi a una doctora que me dice: ¿Qué no sabe que su niño tiene sida? No, le digo, y pensé: esta doctora me está confundiendo, está equivocada. Le dije: me está usted confundiendo: pero ella me dijo: sí aquí estoy viendo que es usted, ¿qué, no sabe? Le digo: no. Y usted también tiene. No, le digo, usted lo tiene. Su niño y usted lo tienen. Usted, me dice, ¿cuántos compañeros tiene? Nada más uno. Pues ya no vaya a tener más, para que no siga infectando.<sup>62</sup>

Además de informar el diagnóstico de forma poco sensible y sugerir que Alma dejara de tener relaciones sexuales —en lugar de informarle sobre las formas de transmisión y sugerir el uso del condón, por ejemplo—, el personal médico empezó a generar una gran aversión contra Alma y su hijo en el hospital. A partir de ese momento se profundizaba dentro y fuera del nosocomio el miedo al contagio y, en consecuencia, la discriminación contra esta familia portadora de una sangre considerada peligrosa. La joven había perdido el empleo porque después de su diagnóstico el marido de su patrona tenía miedo de infectarse. “A mí con el calor me sale sangre, entonces tienen miedo de que yo pueda contaminar algo”, justificaba Alma.

---

<sup>62</sup> PIEM, *Mujer y sida*, 78.





Yo veo que ahora las enfermeras no se acercan al niño, pero igual, no sé me da pena decirles que tiene algo. Antes sí me les acercaba y les decía: miren el niño necesita esto; pero ahora veo que les da miedo a algunas. Me preocupa cómo lo tratan cuando no estoy yo, si le dan de comer. Yo veo que han tomado distancia. Yo les tengo que decir si el niño necesita oxígeno o si le toca comer. Antes, ellas estaban pendientes. Le tomaban la fiebre, pero ya no, y apuntan cualquier cosa. [...] Ahora lo tienen aislado; antes podía bañarlo. Hay mucho rechazo a mi niño.<sup>63</sup>

Alma finalizó el testimonio quejándose de la profunda soledad que le producía el rechazo hacia ella y a su hijo, de modo que para intentar disminuir la sensación de aislamiento ansiaba por volver a ver a su pareja: “No para reclamarle, sino para que no me sintiera tan sola, para que él me diera fuerzas. No le reclamaría; al contrario, le iba a agradecer que estuviera conmigo. Si lo encontrara, no lo reprocharía. Yo lo quiero bastante. Me siento muy mal de saber que él se va a morir de eso; pero yo también me voy a morir”.

En México, este fue el modelo de infección por transmisión sanguínea que predominó durante los primeros años de la epidemia, de modo que el rango hombre-mujer, o sea, la cantidad de hombres infectados para cada mujer infectada bajó, de 31:1 en 1986, a 5:1 en 1989,<sup>64</sup> representando una profunda feminización de la epidemia.<sup>65</sup> En 1990, por ejemplo, la transmisión por vía transfusional estuvo asociada al 61% de los casos totales

<sup>63</sup> PIEM, *Mujer y sida*, 80.

<sup>64</sup> Según Mario Bronfman la relación hombre / mujer era de 23:6 en 1987, 14:1 en 1988; 8.3/1 en 1989 y 6:1 en 1990. Pese a las diferencias de registros, los autores analizados coinciden con la rápida feminización de la epidemia en México a partir de finales de 1986. Mario BRONFMAN, “El sida en México. Evolución y tendencias recientes”, *DemoS*, núm. 3, (1990): 15-16.

<sup>65</sup> Esta incidencia no es característica exclusivamente mexicana. En Estados Unidos, por ejemplo, la infección de VIH asociada a transfusiones fue la 4ª causa de muerte en mujeres de 25 a 44 años en 1993. VOLKOW et al. “The role of commercial”, 225; PIEM, *Mujer y sida*, 20.



de VIH en mujeres y 7% de los casos en hombres, tendencia que empezó a cambiar solamente en 1992, cinco años después de la prohibición del comercio sanguíneo en México. Con la disminución en los casos de infección por transfusión sanguínea, el principal factor de transmisión en mujeres pasó a ser también el sexual.<sup>66</sup>

La feminización de la epidemia, es decir, el aumento en el porcentaje de mujeres infectadas por el VIH ocurrió inicialmente en grandes centros urbanos como la ciudad de México y Guadalajara. Posteriormente la enfermedad pasó por un proceso de ruralización y proletarización.<sup>67</sup> El número de casos acumulados de VIH en mujeres era de 74 en 1987, cifra que saltó a 837 en 1990.<sup>68</sup> EL VIH se distribuía en todos los estratos socioeconómicos, sobre todo en amas de casa, empleadas administrativas, maestras, meseras, obreras, estudiantes y otras ocupaciones.<sup>69</sup> Estos datos, contrastados con la baja prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales y usuarias de drogas inyectables en el periodo,<sup>70</sup> puede contribuir para pensar en las verdaderas poblaciones clave.<sup>71</sup> Los casos verticales de infección de VIH también se direccionan en ese sentido. En la mayoría de los casos

<sup>66</sup> Hubo un cambio también en el estado de la enfermedad en que las pacientes llegaban a la primera consulta. Antes de 1992, 90% de las mujeres llegaron a la primera consulta en un estado avanzado de sida, después de 1992 esa cifra bajó para 51%. Patricia VOLKOW et al., "Changing risk factors for HIV infection", *Archives of Medical Research*, vol. 33(1), (2002): 62.

<sup>67</sup> PIEM, *Mujer y sida*, 13.

<sup>68</sup> PIEM, *Mujer y sida*, 31.

<sup>69</sup> Hasta 1990 la mayoría de las mujeres diagnosticadas eran amas de casa. Para ver el porcentaje de cada ocupación, ver PIEM, *Mujer y sida*, 32.

<sup>70</sup> "En 20 320 mujeres que ejercen la prostitución en varias ciudades del país y que fueron estudiadas en encuestas centinela de VIH, sólo 171 (0.8%) son usuarias de drogas intravenosas y una estaba infectada por el VIH". VALDESPINO et al., "Epidemiología del sida/VIH", 566.

<sup>71</sup> Según encuestas centinelas realizadas en 1995, la mayoría de las trabajadoras sexuales no eran usuarias de drogas intravenosas (99%) y habían adoptado con mayor frecuencia el uso de condón. VALDESPINO et al., "Epidemiología del sida/VIH", 560-65.



perinatales se han establecido que los factores de riesgo no eran el uso de drogas o la prostitución. En un estudio con 305 madres que infectaron a sus hijos “179 eran parejas sexuales de infectados; 58 adquirieron la infección por vía transfusional y en 51 la madre no se sabía infectada pero el padre pertenecía a “grupos con prácticas de riesgo de sida”. Seis de las madres tenían antecedente de prostitución y sólo dos eran usuarias de drogas intravenosas.<sup>72</sup>

En términos geográficos, la mayor incidencia de mujeres infectadas se daba en el Distrito Federal, Jalisco, Puebla y el Estado de México. Un estudio realizado entre enero de 1985 y enero de 1996, en que se analizaron a varias pacientes diagnosticadas con VIH en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el Instituto Nacional de Cancerología y en hospitales públicos de atención terciaria, nos puede auxiliar a comprender el perfil de estas mujeres infectadas. El estudio acompañó el tratamiento de 130 pacientes seropositivas con edad de diagnóstico promedio de 36.2 años (tenían entre 16 y 76 años). Las causas de transmisión de VIH en estas mujeres fueron: en primer lugar, la transfusión de sangre infectada, 69 casos (53%); transmisión heterosexual en segundo lugar, 45 casos (34,6%); donadoras remuneradas que recibieron sangre infectada en bancos de sangre o centros de plasmaféresis, 3 casos (2,3%); uso de drogas inyectables en un caso (0.7%); ocupacional, por insalubridad en el sector salud, un caso (0.7%); y causa desconocida en 11 mujeres, (8,5%).<sup>73</sup> En relación con la cantidad de parejas sexuales, se registró un promedio de 2.2, entre 0 y 35 parejas, y ninguna paciente admitió ejercer el trabajo sexual. El promedio de hijos por mujer fue de 3.2, entre 0 y 13 hijos, y los casos de transmisión de VIH por vía perinatal, de madre a hijo, fue de 15 niños infectados. En resumen, la mayoría de estas mujeres eran casadas, recibían bajos

<sup>72</sup> VALDESPINO et al., “Epidemiología del sida/VIH”, 566.

<sup>73</sup> VOLKOW et al., “Changing risk factors”, 62.







ingresos, poseían escolaridad mediana y fueron infectadas de forma predominante por transfusión de sangre, por relación heterosexual y donación remunerada.

El desarrollo de la enfermedad en la primera década de la epidemia, antes de la difusión de los antirretrovirales, fue particularmente grave. De las 130 pacientes diagnosticadas con VIH en el estudio, 100 desarrollaron el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, lo que produjo una media de supervivencia en estas mujeres de apenas 14.5 meses después del primer diagnóstico. Durante el periodo estudiado 62 pacientes, casi la mitad, habían fallecido.<sup>74</sup>

Otro grupo afectado particularmente por la transmisión sanguínea de vih fueron los trabajadores petroleros que recibían atención en los hospitales de Pemex.<sup>75</sup> Una nota del periódico *El Universal* afirmaba que entre 1990 y 1994 Pemex había despedido cerca de 500 trabajadores “enfermos de sida”. Según Javier Cerón, reportero que había tomado estos datos de la sección 34 del sindicato de la empresa, estos números eran el resultado de una “campaña de descubrimiento de sida que realizan los equipos médicos de la paraestatal”. Como ejemplo, narra la queja de un médico que trabajaba en uno de los hospitales de Pemex en la ciudad de México, quien había pedido que se le restituyera, “una vez que ha demostrado que tiene una vida profesional útil para desempeñarla en la industria petrolera.” A la mayoría de los funcionarios, según la nota, se los había dado de baja sin mayores explicaciones y se los liquidó “bajo algún pretexto de algún incumplimiento administrativo” con base en resultados de exámenes clínicos que fueron realizados sin su consentimiento.<sup>76</sup>

La cifra de 500 trabajadores seropositivos despedidos expresa un problema tanto laboral como económico y de acceso a la

---

<sup>74</sup> En entrevista personal realizada en 2020 una investigadora de este estudio me informó que todas estas pacientes ya han fallecido.

<sup>75</sup> CÓRDOVA, PONCE DE LEÓN y VALDESPINO, *25 años de sida*, 64.

<sup>76</sup> “Redacción,” *El Universal*, (15 de junio de 1995), s.p.

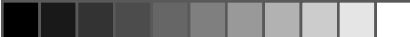


CUADRO 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD, INGRESOS Y ESTADO CIVIL DE LAS 130 PACIENTES.\*

GRADO ESCOLAR	Iletradas	No terminó secundaria	Secundaria	Preparatoria Bachillerato	Universidad	Nivel desconocido
	15 (11.4%)	23 (17.5%)	19 (14.5%)	42 (32%)	10 (7.6%)	22 (16.7%)
NIVEL DE INGRESOS**	Bajo	Mediano	Alto			
	117 (89.3%)	10 (7.6%)	3 (2.3%)			
ESTADO CIVIL	Casadas	Viudas	Solteras	Unión estable	Divorciadas	
	62 (48%)	26 (20%)	20 (15%)	12 (9%)	10 (7.7%)	

\*Volkow et al., "Changing risk factors", 62.

\*\* El estudio no detalla el criterio económico para definir "bajo", "mediano" y "alto".



salud: México pasaba en los años 1980 por una crisis económica, con alta inflación y desempleo, de manera que estos factores sociales y económicos confluyeron en un problema grave de salud pública en un contexto epidémico. El surgimiento de la epidemia de VIH aceleró la necesidad de reformular las leyes sanitarias como la prohibición de venta de sangre y sus derivados en 1987. Sin embargo, estos cambios produjeron nuevos desafíos y aún quedaba pendiente solucionar problemas respecto a los derechos laborales y de acceso a la salud de los trabajadores con estado serológico positivo para VIH. El médico cuyo caso fue relatado por *El Universal*, por ejemplo, fue despedido en 1991, con quince años de antigüedad luego de que, sin su consentimiento, le hicieran un examen para saber si era portador del virus, pese a que no presentaba problemas físicos para trabajar.<sup>77</sup> Para justificar su despido, la paraestatal argumentó que invariablemente era portador de una enfermedad incapacitante que no lo permitiría cumplir con sus responsabilidades laborales, además de poner “en riesgo la seguridad de los trabajadores y del centro laboral” al ser portador de una “sangre sidoso”. Pese a que haya demandado a la empresa, no tuvo éxito en su demanda. La Junta Federal de Conciliación y Arbitraje decidió absolver a Pemex.

Según una nota del semanario *Proceso*, su caso integraba una amplia campaña contra portadores del VIH/sida que llevaba a cabo “despidos de personal, quema de casas, redadas y clausura de sitios de reunión de prostitutas y homosexuales, y una enorme escasez de medicamentos en el sector salud”.<sup>78</sup> Como Pemex, según el semanario,<sup>79</sup> otras empresas practicaron

---

<sup>77</sup> REDACCIÓN, “El sida, pretexto para exámenes médicos ilegales y privación de empleo”, *Proceso*, (2002), [<https://www.proceso.com.mx/nacional/2002/11/29/el-sida-pretexto-para-examenes-medicos-ilegales-privacion-de-empleo-71164.html>].

<sup>78</sup> REDACCIÓN, “El sida”.

<sup>79</sup> Para conocer un análisis amplio sobre la persecución contra personas que vivían con VIH en México durante ese periodo ver GALVÁN, *El sida en México*.





medidas discriminatorias contra personas con diagnóstico seropositivo, entre ellas Banamex, Serfin y Banco Internacional, además de aseguradoras, universidades públicas, delegaciones del IMSS y, “principalmente, Televisa, donde se obliga a los trabajadores a aceptar ‘pruebas de detección’ de sida, en violación de las leyes Federal del Trabajo, General de Salud y la Constitución de la República”.

De acuerdo con la nota, una asociación de 18 organizaciones no gubernamentales conocida como “Mexicanos contra el sida”, había interpuesto “catorce demandas contra Pemex” desde que, en agosto de 1988, la Gerencia de Relaciones Laborales de la paraestatal “envió una circular interna que ordenaba suspender a los trabajadores portadores del VIH o contagiados de sida”. La motivación discriminatoria contra las personas diagnosticadas con VIH era evidente, sin embargo, la polémica se constituyó dentro de recursos jurídicos y diferencias entre la interpretación de las leyes. Entre las obligaciones de las empresas en la *Ley Federal del Trabajo* está la de prestar diversos exámenes médicos periódicos para acompañar la salud de sus trabajadores, a fin de saber si la actividad laboral les está afectando o haciendo algún daño. El contrato de trabajo de Pemex seguía estas directrices. Sin embargo, también hacían pruebas de VIH sin avisar a sus funcionarios, de modo que podía usar el resultado del examen para llevar a cabo medidas discriminatorias y, entre ellas, diversos despidos.

Estas denuncias de abuso y discriminación laboral habían sido comprobadas por el propio secretario de Salud, Jesús Kumate, quien había reconocido las violaciones a los derechos humanos en el marco de una entrevista que concedió al término de la inauguración del III Congreso Nacional sobre SIDA, evento en el que “abundó este tipo de denuncias”. De acuerdo con la nota, el subsecretario de Coordinación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, Fernando Sepúlveda Amor, también había confirmado el aumento de estas violaciones que, según él, se





multiplicaron con el propio crecimiento de la epidemia. El subsecretario afirmó que, desde agosto de 1988, cuando fue creado el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida),

“... se empezaron a publicar en México noticias de actos de violencia en contra de personas infectadas o enfermas, protagonizadas por caseros que corrían a sus inquilinos, patrones que despedían a sus trabajadores y vecinos que incendiaban casas o, literalmente, linchaban a sus vecinos”. Agregó que, a nivel institucional, “fuimos testigos de aislamientos en reclusorios y despidos laborales”.<sup>80</sup>

Un dato fundamental, que no aparece en la nota de *Proceso*, es que muchos de los trabajadores habían sido infectados dentro de los hospitales de Pemex, los cuales utilizaban para sus servicios médicos sangre y hemoderivados provenientes de bancos privados que, a su vez, también fueron afectados por las consecuencias epidemiológicas de las donaciones remuneradas. La cifra de los pacientes infectados con VIH por transfusión en los hospitales de la paraestatal “llegó a 60% de los casos de sida en el hospital”, mientras que “los casos por transfusión a nivel nacional representaron hasta el 18% del total notificado en 1989”. Es decir, el nivel de concentración de la transmisión de VIH en los bancos de sangre utilizados por Pemex era mucho mayor que el propio nivel nacional.

En 1986 la tercera parte de la sangre que se utilizaba en México provenía de estos donadores pagados. En algunas instituciones se consumía casi exclusivamente sangre de donadores familiares y en otras, por el contrario, se consumía principalmente sangre de donadores pagados. Esto explica por qué en algunos hospitales se vieron muchos más casos de sida por transfusión que en otros.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> REDACCIÓN, “El sida”.

<sup>81</sup> VOLKOW, “Efectos de diez años”.

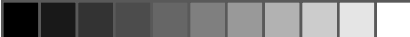




Con la polémica de los bancos de sangre infectados, el sector de servicios médicos de Pemex desarrolló un “Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia humana o sida”, con el que buscaban readecuar los servicios de uso de la sangre y disminuir los contagios en la empresa. Según la dirección responsable, la población clave eran “homosexuales, bisexuales, individuos que con fines terapéuticos reciben sangre o sus derivados, drogadictos e hijos de madres seropositivas”. La nota técnica afirmaba que, en los servicios médicos: “de nuestra institución tenemos conocimiento de dos casos confirmados en los cuales pudo detectarse el antecedente de homosexualismo, y diez sospechosos (seropositivos) en los cuales el antecedente ha sido la transfusión sanguínea”. Los casos de transfusión, sigue la nota, se dieron porque los servicios médicos de Pemex comúnmente utilizaban “sangre de donadores profesionales comprada a bancos privados y la investigación de anticuerpos del sida en esta sangre ha dado resultados alarmantes”. En acatamiento a las disposiciones legales y a las normas técnicas del Sector Salud y del Comité Internacional contra el sida, del cual Pemex formaba parte, se instituyó un programa de detección y control del VIH/sida en los servicios médicos de la institución, el cual comprendía realizar un control epidemiológico a partir de “detección, disminución de riesgos de contagio, educación a la población derechohabiente, investigación epidemiológica de portadores, de casos y tratamiento”. El programa incluía también el control “de la utilización de la sangre y sus derivados con fines terapéuticos” con acciones que buscaban “no utilizar sangre de bancos privados; utilizar sangre de bancos oficiales bien controlados; instaurar bancos de sangre en unidades hospitalarias; promover la donación altruista de la sangre y el control estricto del sida en la sangre y sus derivados”.<sup>82</sup>

<sup>82</sup> Guillermo SOBERÓN, Jesús KUMATE y José LAGUNA, *La salud de México, comp., La salud en México: Testimonios 1988, Tomo III. Desarrollo Institucional*, (México: Fondo de Cultura Económica, 1988), 145.





## CONCLUSIÓN

En este texto busqué presentar el impacto de la infección de VIH en los bancos de sangre y servicios de transfusión en México, un tema que ha sido poco valorado en la historia de esta epidemia en el país. La transmisión sanguínea ocasionada en centros de plasmaféresis y bancos de sangre privados durante los primeros años de la epidemia, sobre todo entre 1986 y 1991, fue un fenómeno que produjo consecuencias drásticas a grupos de personas que no necesariamente son asociadas con la historia de la epidemia: migrantes y personas con antecedentes de residencia en Estados Unidos; donadores remunerados de sangre, sobre todo hombres marginados; mujeres transfundidas; y trabajadores usuarios de bancos de sangre. Más que pensar en poblaciones clave predeterminadas y analizar la epidemia a partir de ellas, se propuso que un análisis sobre la constitución del propio sistema-sangre, las prácticas económicas y sociales, sobre todo médicas, y las tecnologías de recolección, distribución y mantenimiento de la sangre durante el periodo, puede contribuir para una comprensión más amplia del impacto de la transmisión y la producción social de la sangre con estado seropositivo durante los primeros años de la epidemia.

Según Guillermo Soberón, titular de la Secretaría de Salud en 1986, como ocurrió con los propietarios de bancos de sangre, los donadores remunerados se sintieron igualmente perjudicados por la prohibición del comercio sanguíneo, sobre todo porque para muchos era su *modus vivendi* y la mayoría pensaba que jamás les tocaría algún tipo de infección. Falta un estudio más profundo sobre el impacto político y económico que tuvo la prohibición de la venta de sangre en México, pues muchos empresarios del ramo alegaban que la prohibición atentaba contra la libre empresa y tuvo que llevarse a cabo un gran trabajo legislativo para contar con el apoyo de los actores políticos involucrados. A largo plazo, las estrategias de control de





la transmisión sanguínea parecen haber tenido éxito.<sup>83</sup> Pese a que aún exista un comercio subrepticio de la sangre que merece un estudio más pormenorizado debido a la subnotificación, el impacto positivo de las medidas de control, sobre todo la obligatoriedad del tamizaje fue muy grande: la prevalencia de donadores remunerados quedó por debajo del 1% y, según estudios epidemiológicos, entre 1987 y 1994 se evitaron 4,500 casos de sida.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Parte de las inversiones gubernamentales analizadas aquí a partir de los años noventa y llevadas a cabo por el gobierno mexicano provenían del Programa de Modernización de la Regulación Sanitaria, sector de salud del Plan de Desarrollo de 1989-1994. Una crítica sobre el modelo sanitario de control de salud impuesto en este periodo se puede ver en Mercedes JUAN, “Modernización de la regulación sanitaria en México”, *Salud Pública de México*, vol. 33(4), (1991): 373-77.

<sup>84</sup> Guillermo Soberón, entrevistado por Lilia Rubio el 9 de mayo de 1997. Lilia RUBIO, “Guillermo Soberón y el control de la sangre”, *Letra S*, (1997), [<https://www.jornada.com.mx/1997/05/09/ls-Texto1.html>].

