



542
2-9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

EL ASPECTO JURIDICO PENAL DEL SIDA



FACULTAD DE DERECHO
SECRETARIA AUXILIAR DE
EXAMENES PROFESIONALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A

Guadalupe Gabriela Moreno Sedano

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" EL ASPECTO JURIDICO PENAL DEL SIDA "

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO PRIMERO: ASPECTOS MEDICOS, ORIGEN Y EVOLUCION DEL SIDA.	
1. ASPECTOS MEDICOS DEL SIDA ...	5
1.1. Denominación de la enfermedad	5
1.2. Definición de caso de SIDA	6
1.3. El virus de la inmunodeficiencia humana como agente causal del SIDA	9
1.4. Formas de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana	14
1.5. Síntomas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	24
1.6. Signos iniciales del SIDA ...	27
1.7. Grupos de alto riesgo para contraer el virus que causa el SIDA	28
1.8. Medidas para prevenir la infección con el virus que causa el SIDA	33
1.9. Las pruebas de detección del SIDA y su significado ...	39

	PAG.
2. ORIGEN DEL SIDA	44
2.1. En Africa	46
2.2. En América	48
2.3. En Europa	50
3. EVOLUCION DEL SIDA	50
3.1. En el Mundo	50
3.2. En México	52

CAPITULO SEGUNDO:

EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO Y SU RELACION CON EL SIDA.

1. CONSIDERACIONES GENERALES	58
1.1. El delito en el Derecho-Positivo Mexicano	58
1.2. Clasificación de los delitos en orden al resultado	59
1.3. Naturaleza jurídica del delito de peligro de contagio	60
1.4. Antecedentes legislativos del tipo 199 bis del C.P. vigente para el D.F.	61
1.5. El delito de peligro de - contagio en el Derecho Po-sitivo Mexicano	65
1.6. Las enfermedades venéreas ...	66
1.7. El SIDA y las enfermedades venéreas	72
1.8. Posible adecuación de la - conducta consistente en po-ner en peligro de contagio venéreo del virus del SIDA, al tipo 199 bis del C.P.	74

	PAG.
2. ESTUDIO DOGMATICO DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO, EN RELACION CON EL- SIDA (ART. 199 BIS)	76
2.1. Presupuesto material de- la conducta	76
2.2. Elementos positivos del- delito	77
2.2.1. Conducta	77
2.2.2. Tipicidad	80
2.2.3. Antijuridicidad	86
2.2.4. Imputabilidad	86
2.2.5. Culpabilidad	87
2.2.6. Condiciones objetivas de punibilidad	90
2.2.7. Punibilidad	90
2.3. Elementos negativos del- delito	92
2.3.1. Ausencia de conducta	92
2.3.2. Atipicidad	94
2.3.3. Causas de justificación	95
2.3.4. Inimputabilidad	96
2.3.5. Inculpabilidad	97
2.3.6. Ausencia de condiciones objetivas de punibilidad ...	97
2.3.7. Excusas Absolutorias	97
3. INTERCRIMINIS	97
3.1. EJECUCION, CONSUMACION Y TENTATIVA EN EL DELITO - DE PELIGRO DE CONTAGIO	98
4. CONCURSO DE DELITOS	100

	PAG.
4.1. Concurso ideal	100
4.2. Concurso real	101
5. CONCURSO DE PERSONAS	101
6. INNECESARIA TIPIFICACION DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO	102

CAPITULO TERCERO:

EL DELITO DE LESIONES Y SU RELACION CON EL SIDA.

1. CONSIDERACIONES GENERALES ..	104
1.1. Naturaleza jurídica del - delito de lesiones	104
1.2. El delito de lesiones en el Derecho Positivo Mexi- cano	104
1.3. Concepto de lesión	104
1.4. El contagio del virus que causa el SIDA, como deli- to de lesiones	105
2. ESTUDIO DOGMATICO DEL DE- LITO DE LESIONES, EN RELACION CON EL SIDA	108
2.1. Elementos positivos del- delito	108
2.1.1. Hecho	108
2.1.2. Tipicidad	112
2.1.3. Antijuridicidad	115
2.1.4. Imputabilidad	115
2.1.5. Culpabilidad	116
2.1.6. Condiciones objetivas de punibilidad	118
2.1.7. Punibilidad	119
2.2. Elementos negativos del	

	PAG.
delito	123
2.2.1. Ausencia de hecho	123
2.2.2. Atipicidad	124
2.2.3. Causas de justificación	125
2.2.4. Inimputabilidad	126
2.2.5. Inculpabilidad	126
2.2.6. Ausencia de condiciones objetivas de punibilidad ...	128
2.2.7. Excusas absolutorias	128
3. CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES ..	129
3.1. Lesiones inferidas en ri- ña o duelo	129
3.2. Lesiones por adulterio	129
3.3. Lesiones contra el co- rruptor del descendien te	129
4. CIRCUNSTANCIAS AGRAVAN TES	130
4.1. Lesiones inferidas en- el ejercicio de la pa- tria potestad o tutela	130
4.2. Lesiones contra el as- cendiente	130
4.3. Lesiones calificadas	130
5. INTERCRIMINIS	133
6. CONCURSO DE DELITOS	135
7. CONCURSO DE PERSONAS	135

CAPITULO CUARTO:

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LE-
GISLACIONES PENALES VIGENTES -
DE CINCO ESTADOS DE LA REPUBLI
CA MEXICANA, EN RELACION CON -
EL SIDA, POR LA COMISION DE --

	PAG.
LOS DELITOS DE PELIGRO DE COM TAGIO Y LESIONES	136
1. Código Penal para el Estado de Jalisco	137
2. Código Penal para el Estado de México	142
3. Código Penal para el Estado de Nuevo León	148
4. Código Penal para el Estado de Coahuila	153
5. Código Penal para el Estado de Baja California	159
APENDICE: PRINCIPALES REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA- DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL - SIDA	163
CONCLUSIONES	169
CITAS BIBLIOGRAFICAS	183
BIBLIOGRAFIA	195

I N T R O D U C C I O N

El cariño al Derecho Penal, como la más apasionante rama del Derecho, ha sido la causa que nos ha llevado a pretender estudiar el aspecto jurídico penal de una enfermedad que por sí misma y por sus implicaciones sociales, - políticas, éticas y legales, reviste una gran importancia y - trascendencia en el mundo actual.

Muy poco o nada se ha escrito sobre el SIDA- en materia penal; por ello, nos hemos tomado el atrevimiento- de abordar su aspecto jurídico penal, es decir, el estudio - de los delitos que en relación con esta enfermedad pueden cometerse, siendo éstos los delitos de peligro de contagio, tipificado en el artículo 199 bis, y el de lesiones, tipificado en el artículo 288, ambos del Código Penal vigente para el -- Distrito Federal.

El hecho de que el tema de nuestra tesis ver se sobre la repercusión del SIDA en el campo del Derecho Penal, así como el que dentro del mismo hagamos el estudio dogmático de los delitos anteriormente citados, no significa que abogemos por una persecución de sidosos, pues en todo caso, - no sólo éstos, sino cualquiera otra persona, esté o no enferma de SIDA, que se coloque en los supuestos previstos por las normas contenidas en los tipos 199 bis y 288, serán penalmente sancionados.

Así pues, la finalidad que persigue nuestro- trabajo de investigación es la de hacer un estudio objetivo - del SIDA en su aspecto jurídico penal, el cual, creemos, muy- poco se ha discutido, no obstante la gran importancia que reviste, dado que, como sabemos, el Derecho Penal persigue dos- fines, uno inmediato que es el de la represión, y otro media-

to que es el de la prevención; es decir, a través de la represión de determinadas conductas que el Derecho tipifica como delitos, se busca la prevención de los mismos. Por ello, si bien el SIDA o cualquiera otra enfermedad, no se previenen únicamente por la represión penal de quienes intencional o imprudencialmente las contagien o pongan en peligro de contagio, creemos que dicha represión ayuda en gran medida a alertar a los enfermos contagiosos, de las consecuencias penales de sus actos, sobre todo en lo sexual.

Aunada a la anterior, otra razón para considerar importante el estudio de la repercusión del SIDA en el campo del Derecho Penal, es la de que, al ser éste un derecho tutelador y sancionador, se convierte en un arma, o mejor dicho, en un instrumento que tiene el Estado para garantizar la paz y orden sociales, a través de normas que tutelan los más altos valores de la sociedad, sancionando penalmente a quienes los lesionen o pongan en peligro. En este sentido, la salud y la integridad corporal son bienes jurídicamente tutelados por el Derecho Penal, a través de normas jurídicas (arts. 199 bis y 288 del C.P.) que imponen sanciones a quienes atenten contra ellos.

El presente trabajo de investigación lo hemos dividido en cuatro capítulos, un apéndice y las conclusiones generales de nuestro estudio.

En el primer capítulo abordaremos los aspectos médicos, origen y evolución del SIDA. En la primera parte estudiaremos los aspectos médicos que nos permitan conocer ampliamente al SIDA, es decir, su etiología, la definición de caso de SIDA que ha propuesto la OMS, las formas de transmisión del virus que causa el SIDA (VIH), los síntomas y signos iniciales del SIDA, los grupos de alto riesgo para contraer el VIH, las formas de evitar la infección con el vi

rus y las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH. En la segunda parte estudiaremos el origen del SIDA, analizando cada una de las teorías que existen al respecto. En la tercera parte trataremos sobre la evolución del SIDA, desde su aparición hasta su situación actual; veremos estadísticas sobre su diseminación, tanto a nivel nacional como internacional.

En el segundo capítulo estudiaremos el delito de peligro de contagio y su relación con el SIDA. En la primera parte veremos aspectos generales de dicho delito, tales como su naturaleza jurídica, su clasificación, sus antecedentes legislativos, etc. En la segunda parte haremos el estudio dogmático del delito de peligro de contagio, en relación con el SIDA, es decir, analizaremos cada uno de los elementos positivos y negativos del delito, relacionándolos con un caso concreto de peligro de contagio del VIH. Por último, emitiremos nuestra opinión con respecto a la tipificación de este delito.

En el tercer capítulo estudiaremos el delito de lesiones y su relación con el SIDA, dentro del cual haremos el estudio dogmático de dicho delito, analizando sus elementos y relacionándolos con un caso concreto de lesiones -- por contagio del VIH.

En el capítulo cuarto haremos un estudio comparativo de las legislaciones penales vigentes de los cinco Estados de la República Mexicana que han reportado a la Secretaría de Salud el mayor porcentaje de casos de SIDA. Veremos de qué manera repercute el SIDA en esos Estados, por la comisión de los delitos de peligro de contagio y de lesiones, conforme a sus legislaciones penales vigentes.

Por último, en el apéndice, analizaremos bre

vemente las principales reformas a la Ley General de Salud, en materia de prevención y control del SIDA.

C A P I T U L O P R I M E R O

"ASPECTOS MEDICOS, ORIGEN Y EVOLUCION DEL SIDA"

1. ASPECTOS MEDICOS DEL SIDA

1.1. DENOMINACION DE LA ENFERMEDAD

A principios del año de 1980 aparece el SIDA, como una enfermedad nueva y desconocida de la que nadie conocía su etiología. Sólo existía la sospecha de que el causante fuera un agente infeccioso. Y así fue, pues a mediados de 1980, un enfermo había muerto en Nueva York a consecuencia de un padecimiento producido por diversas infecciones -- que normalmente combate el cuerpo. Al siguiente año de su fallecimiento se supo que este trastorno era causado por una condición que afectaba el sistema inmunológico; fue así como surgió el nombre de la enfermedad que en español se denomina SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Los Centros para el Control de Enfermedades, un organismo de salud Pública, responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras, fueron los que establecieron la denominación de AIDS (Acquired Immune deficiency Syndrome).

El SIDA es una enfermedad epidemiológica que provoca la pérdida de las defensas contra algunas enfermedades infecciosas y contra algunos tipos de cánceres. Es un cuadro patológico que se caracteriza por el desmoronamiento de las defensas inmunológicas naturales del organismo frente a las enfermedades. Esta falla del sistema inmunológico ocasiona que los pacientes que sufren de SIDA sean vulnerables a una o más infecciones o tipos de cánceres poco comunes que no son peligrosos para ninguna persona cuyo sistema inmunológico funcione normalmente.

En resúmen, la denominación de esta enfermedad como "SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", se basa en los siguientes conceptos:

1.1.1. SINDROME: Porque es un conjunto de trastornos que identifican a una enfermedad en particular. Son las manifestaciones o síntomas clínicos de una enfermedad determinada, en este caso el SIDA.

1.1.2. INMUNODEFICIENCIA: Porque en el SIDA el sistema inmune es deficiente; implica mecanismos de defensa corporal defectuosa contra infecciones.

1.1.3. ADQUIRIDA: Porque el SIDA es una enfermedad adquirida o contraída, en oposición a heredada.

1.2. DEFINICION DE CASO DE SIDA

Con fines de vigilancia epidemiológica, en México se hizo una adaptación de la definición de caso de SIDA recomendada por la O.M.S. para los países cuyos recursos de diagnóstico son limitados. Esta adaptación se adecúa a la infraestructura de la que disponen gran parte de nuestros centros hospitalarios.

El objetivo que se persigue con esta definición es el de poder diagnosticar el síndrome cuando la sintomatología o el cuadro clínico que presenta el paciente se adecúa exactamente a la definición de caso de SIDA, la cual sirve de molde o de patrón para determinar posibles casos de SIDA.

Antes de dar la definición, cabe señalar que, debido al constante estudio e investigación del SIDA, continúan haciéndose revisiones y modificaciones a la defini-

nición original de caso de SIDA.

En virtud de las diferencias que presenta la enfermedad, según la edad de la víctima; se han elaborado -- dos definiciones: la de SIDA Adulto y la de SIDA Infantil.

1.2.1. SIDA ADULTO: (1)

"Se considerará caso de SIDA en adulto si el paciente padece por lo menos dos signos mayores asociados a por lo menos uno menor en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer o desnutrición grave u otras etiologías reconocidas, y tiene serología positiva para VIH - (corroborada mediante prueba confirmatoria).

1.2.1.1. SIGNOS MAYORES:

1.2.1.1.1. Pérdida del 10% o más del peso corporal (sin causa aparente.

1.2.1.1.2. Diarrea crónica mayor de un mes de duración.

1.2.1.1.3. Fiebre prolongada con duración mayor de un mes (intermitente o constante).

1.2.1.2. SIGNOS MENORES:

1.2.1.2.1. Tos persistente por más de un mes.

1.2.1.2.2. Dermatitis pruriginosa generalizada.

1.2.1.2.3. Herpes zoster recidivante.

1.2.1.2.4. Candidiasis orofaríngea.

1.2.1.2.5. Infección por herpes simple crónica progresiva y diseminada.

1.2.1.2.6. Linfadenopatía generalizada.

La presencia de sarcoma de kaposi o meningitis cripto coccica son suficientes por sí mismas para el diagnóstico de SIDA."

1.2.2. SIDA INFANTIL: (2)

"La sospecha de SIDA pediátrico se establece en un niño que presenta cuando menos dos de los siguientes - signos mayores asociados con dos de los signos menores en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia tales como - cáncer, desnutrición severa u otras y tiene serología positiva para VIH (corroborada mediante prueba confirmatoria).

1.2.2.1. SIGNOS MAYORES:

1.2.2.1.1. Pérdida de peso o desarrollo anormalmente -- lento.

1.2.2.1.2. Diarrea crónica de duración mayor de un mes.

1.2.2.1.3. Fiebre prolongada de duración mayor de un -- mes.

1.2.2.2. SIGNOS MENORES:

1.2.2.2.1. Linfadenopatía generalizada.

1.2.2.2.2. Candidiasis orofaríngea.

1.2.2.2.3. Infecciones comunes repetidas (otitis, farin

gitis, etc.).

- 1.2.2.2.4. Tos persistente por más de un mes.
- 1.2.2.2.5. Dermatitis generalizada.
- 1.2.2.2.6. Infección materna por VIH confirmada."

En el SIDA infantil encontramos diferencias trascendentes si lo comparamos con las manifestaciones clínicas de la enfermedad en adultos. En pacientes infantiles el período de incubación es de menor tiempo, su evolución es precipitadamente mortal y la mayor de las veces se presentan infecciones por gérmenes comunes y no oportunistas como en el caso de los adultos. (3)

1.3. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA COMO AGENTE CAUSAL DEL SIDA

En 1983 el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur en Francia, aisló por primera vez el virus causal -- del SIDA, al cual denominaron " Virus Asociado a la Linfadenopatía " (LAV). Posteriormente, en 1984, el Dr. Robert Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer en E.U.A., logró también aislar el mismo virus, bautizándolo con el nombre de -- " Virus T Linfotrópico Humano " (HTLV-III).

Por encontrar características genéticas similares entre ambos microorganismos, en mayo de 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus acordó darles el mismo nombre "Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (VIH).

Posteriormente a esta declaración, pero durante el mismo año, un grupo de investigadores del Instituto Pasteur, describió un virus muy parecido al VIH en Africanos

con SIDA, denominándolo LAV-2.

El origen de los VIH-1 y VIH-2 se sitúa en el continente africano, prevaleciendo el primero en la región central de Africa, y el segundo en la región occidental.

Se sospechó la existencia de este VIH-2 al encontrar que algunos enfermos con SIDA florido resultaban negativos a las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH habitual que se conoció primeramente.

Los estudios que se han hecho de este VIH-2 indican que los mecanismos de transmisión son los mismos que para el VIH-1; sin embargo, estos estudios sugieren que la infección que produce el VIH-2 es más benigna que la del VIH-1.

Por el reciente descubrimiento de este segundo virus, todavía no ha sido suficientemente estudiado e investigado como el VIH-1. Existen pocos casos de SIDA por infección con el VIH-2. Sólo algunos países han reportado pacientes infectados con este último virus (Portugal, Francia, E.U.A., Brasil, Costa de Marfil, Senegal, Mauritania, Guinea y otros países africanos), teniendo estas infecciones su origen en el continente africano, ya sea por haber residido allí o haber tenido contactos sexuales con Africanos infectados del VIH-2.

Debido al reciente descubrimiento de este nuevo virus, no todos los países cuentan con las pruebas de ELISA y WESTERN BLOT específicas para detectar anticuerpos contra el VIH-2. (4)

En virtud de la similitud de causas y efec--

tos entre los VIH-1 y VIH-2, durante todo nuestro trabajo, al referirnos al virus que causa el SIDA, lo haremos denominándolo simplemente "VIH", sin hacer referencia específica al tipo 1 ó 2.

1.3.1. CELULAS ATACADAS POR EL VIH

"El VIH sólo ataca a las células que poseen - en la superficie de su membrana un receptor especial conocido como CD4 u OKT4. Las células que poseen este receptor son -- los linfocitos T colaboradores (T4 o TH) y las células accesorias de la inmunidad. " (5) Estos dos tipos de células tienen como función la regulación de la respuesta inmune.

1.3.2. MECANISMO DE ATAQUE CELULAR

Debido a que el VIH solamente ataca a células con receptor CD4, mientras mayor sea el número de receptores en esas células, mayor probabilidad habrá de que sean reconocidas e infectadas por el virus. (6) Cabe señalar que el número de este receptor en las células depende en parte de la --- existencia de infecciones causadas por agentes virales tales como citomegalovirus (CMV), virus herpes simplex (HVS) y virus Epstein Barr (EBV). Las células de las personas infectadas por éstos, serán más ricas en receptores CD4 y tendrán -- mayor posibilidad de ser atacadas por el VIH.

"El VIH, una vez adherido al receptor CD4, fusiona su envoltura a la membrana de la célula y envía sus dos cadenas de ARN y transcriptasa reversa al citoplasma de la célula atacada para ahí sintetizar dos cadenas de ADN viral (provirus). El ADN proviral...viaja al núcleo de la célula donde permanece libre o se integra al ADN de la célula. Una vez dentro del núcleo puede iniciar la producción de nuevos viriones o permanecer latente durante un tiempo indefinido..." (7)

1.3.3. MECANISMO DE ACTIVACION DEL PROVIRUS

"El provirus integrado al ADN de la célula - puede permanecer latente, sin expresarse, durante meses o -- años...hasta que algún cofactor lo active y lo induzca a pro- ducir nuevos virus. Aún no se conocen los cofactores que ac- túan tanto en la infección inicial del VIH como en su conver- sión de fase latente, o "portador asintomático", a una fase- de infección activa que conduce a un cuadro clínico del "com- plejo relacionado con el SIDA" o al SIDA mismo. Se piensa - que cualquier agente que sea capáz de activar al sistema in- mune (drogas, microorganismos, agentes ambientales, etc.) po- see el potencial de amplificar la infección o la capacidad - de producir la enfermedad." (8)

1.3.4. MECANISMO DE DAÑO CELULAR

"Aún no se conoce con precisión el mecanismo mediante el cual el VIH provoca destrucción celular. Se ha- visto que sólo uno de cada cien mil linfocitos circulantes - en la sangre se encuentra infectado con el virus, cifra muy- baja para explicar la severa depresión de linfocitos con que cursan estos pacientes." (9) Tal vez dentro de los posibles mecanismos que emplea el VIH para producir daño celular, uno de ellos consista en el efecto que el virus ejerza sobre la- propia célula, induciéndola a producir sustancias tóxicas pa- ra ella, o bien, perforando su membrana al salir. (10)

1.3.5. MECANISMO DE LA INMUNODEFICIENCIA

"El ataque del VIH a los linfocitos TH, res- ponsables de controlar las funciones del sistema inmune, ex- plica cómo el daño de un subgrupo relativamente pequeño de - células puede tener efectos tan profundos y extensos en el - sistema inmune. El defecto inmunológico clave de esta en---

fermedad consiste en una deficiencia cuantitativa y cualitativa de las células TH, lo que motiva pérdida del control de la repuesta inmune y deficiencia inmunológica. La inmunodeficiencia motivada por esta razón deja al individuo inerme - siendo presa fácil de infecciones y neoplasias que aprovechan la "oportunidad" para atacar al individuo." (11)

1.3.6. PERIODO DE INCUBACION DEL VIRUS DE LA INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

Cuando la víctima adquiere el virus del SIDA, lo aloja por el resto de su vida; sin embargo, no todas las personas infectadas por el virus desarrollan plenamente el SIDA. Hasta la fecha no se sabe cuáles son los factores que coadyuvan en el desarrollo de la enfermedad (inmunosupresión por sémen, drogas de recreación, etc.).

El período de incubación del VIH es de seis meses a más de seis años, siendo el período promedio de 28 - meses después de la infección con el virus.

Los anticuerpos al VIH generalmente aparecen después de las seis semanas posteriores a la infección; por ello, el sujeto infectado solamente resultará positivo a las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH aproximadamente después de seis u ocho semanas posteriores a la infección. Son extraños los casos que dan resultados negativos - de anticuerpos tres meses después de la infección y ser portadores del virus.

Por otra parte, la aparición de los síntomas del SIDA también puede ir precedida de un período de latencia relativamente prolongado, de varios años, durante el cual el sujeto es infeccioso.

En resumen, las etapas que van desde la infección con el VIH hasta el desarrollo del SIDA son:

1. Infección: x tiempo
2. Presencia de anticuerpos al VIH: 8 semanas
3. SIDA: 5 ó 6 años, aproximadamente.

1.4. FORMAS DE TRANSMISION DEL VIRUS DE LA INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

Para efectos de prevenir el SIDA, es muy importante delimitar las formas de transmisión del VIH, desterrando mitos y creencias infundadas que ocasionen psicosis en la ciudadanía. Como a continuación veremos, el contacto casual no es vía de contagio del virus y mucho menos del SIDA. Por ello, es indispensable que la sociedad conozca las únicas vías de transmisión del virus, para estar en posibilidad de prevenir esta enfermedad a la que por su desconocimiento se le han dado calificativos indignantes e infundados.

Por otra parte, debemos aclarar que el hecho de que una persona esté infectada con el virus que causa el SIDA, no significa que necesaria y seguramente desarrolle la enfermedad. Así, la transmisión del virus no implica la transmisión del SIDA, sino solamente el riesgo de desarrollarlo.

De cualquier forma, por el sólo hecho de estar infectado, el sujeto es susceptible de infectar a otros por cualquiera de las vías que a continuación veremos; por ello, deberá adoptar medidas de precaución para evitar la propagación del virus. La persona portadora del VIH deberá asumir una actitud responsable que le permita obrar prudentemente, sobre todo en su vida sexual, para lo cual habrá que modificar sus prácticas sexuales, así como informarle a su(s) pareja(s) sobre su padecimiento.

1.4.1. POR CONTACTO SEXUAL

El virus del SIDA se transmite en el sémen - durante las relaciones sexuales entre homosexuales, o también entre hombre y mujer cuando alguno de ellos está infectado del VIH. Sin embargo, se ha observado que es muy bajo el riesgo de contagio de una mujer infectada a un varón.

La vía de transmisión más común es a través del contacto sexual con una persona infectada con el virus, - al existir intercambio de líquidos corporales como el sémen - y la sangre. Esto se explica ya que se ha logrado aislar el VIH en sémen, sangre y saliva.

"El sémen de un individuo infectado por el - VIH posee el virus en forma libre y en forma intracelular -- dentro de los linfocitos TH presentes en el sémen. Al depositarse el sémen en una superficie mucosa (vagina, o ano rec tal, por ejemplo) el virus puede pasar a las células con receptores CD4 ahí presentes e infectar al individuo." (12) -- Esta infección puede darse por dos mecanismos diferentes: -- Uno, si la mucosa está erosionada, habrá inflamación local y presencia de linfocitos TH, éstos captarán al virus de las - células TH del sémen mediante la erosión. Otro, si por el -- contrario, la mucosa está sana, los virus del sémen penetrarán por las células de Langerhans del epitelio de la mucosa - a las que infectarán y mantendrán como reservorio y serán -- fuente de transmisión futura a otras células con receptores- CD4 o a otra persona en contactos sexuales futuras. (13)

Las estadísticas demuestran que el mayor por - centaje de los casos de SIDA tuvieron su origen en relacio-- nes homosexuales, siendo la relación sexual anal receptiva - en la que mayor riesgo existe de infectarse con el virus.

El contacto directo de sangre con sémen parece ser necesario para transmitirse el virus. Y en las relaciones anales de los homosexuales la pared del recto es relativamente delgada y la piel del pene es frágil. De tal manera que las lesiones leves permitirán la salida de pequeñas cantidades de sangre y en consecuencia el paso del virus de un compañero sexual a otro.

Algunos investigadores suponen que la gran incidencia de infección en las relaciones anales se da porque "el esperma depositado en el recto tiene un efecto inmuno depresor, lo que no sucede en la vagina debido al mayor número de capas musculares que hacen más difícil la absorción y por tanto la penetración vírica." (14) Se cree también que el ph del flujo vaginal impida la entrada del virus a la vagina de la mujer durante el contacto sexual.

Las relaciones anales receptivas, además de la promiscuidad que se ha observado en un gran grupo de homosexuales, incrementan el riesgo de contraer el VIH. Cabe mencionar que la promiscuidad en las relaciones sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, es un factor de riesgo en los homosexuales y las prostitutas. Algunos homosexuales han declarado tener de 62 a 100 compañeros sexuales al año. (15)

En algunas regiones de Africa el principal mecanismo de transmisión del VIH lo constituyen las relaciones heterosexuales con prostitutas infectadas. Se estima en un 88% el caso de prostitutas infectadas por el virus en E.U.A. (16)

En términos generales, podemos afirmar que todo contacto sexual (homo, bise o heterosexual) con personas infectadas del VIH, será una vía segura de transmisión.-

Asimismo, la inseminación artificial practicada a una mujer con sémen proveniente de una persona infectada, será también vía de transmisión.

1.4.2. POR TRANSFUSION SANGUINEA

Otro importante mecanismo de transmisión del VIH es a través de la transfusión de sangre o de sus derivados, que provengan de donadores infectados por el virus.

Algunos consideran que la vía más directa de transmisión es la hemática, tanto de sangre completa como de algunos de sus componentes (plasma, factor VIII, etc.). Dentro de esta vía hemática queda también comprendida la infección por utilizar material contaminado para practicar inyecciones o cualquier tipo de incisión en la piel (tatuajes, -- acupuntura, pedicure, etc.)

Podemos incluir dentro de la infección por vía hemática a las siguientes personas comprendidas dentro de los grupos de alto riesgo:

1. Drogadictos por vía intravenosa.
2. Hemofílicos.
3. Otros receptores de productos hematólogicos.
4. Receptores de órganos provenientes de personas infectadas.

Los denominados "grupos de alto riesgo" serán también motivo de nuestro estudio más adelante.

Antes de las reformas a la Ley General de Salud, tendientes a prohibir el comercio de sangre, el mayor porcentaje de sangre que se obtenía para abastecer a todos -

los centros hospitalarios de México, procedía de los Bancos de Sangre. Actualmente, el comercio de sangre está prohibido gracias a que se pudo demostrar la gran incidencia de pacientes que adquirieron el SIDA por transfusión de sangre -- contaminada del VIH.

Como anteriormente se señaló, también dentro de la vía hemática quedan comprendidas las infecciones por la utilización de material contaminado para practicar inyecciones o cualquier tipo de incisión en la piel.

En el caso de los tatuajes, por ejemplo, es fácil que se dé la infección cuando el material que se utiliza para tatuar está contaminado por sangre infectada por el VIH de algún cliente que estaba infectado y contaminó el material. Es seguro que el siguiente cliente termine también infectado.

Se ha observado que el común de la gente que se somete al tatuaje lo constituyen los drogadictos, prostitutas y homosexuales, todos ellos pertenecientes a los grupos de alto riesgo. La concurrencia de estas personas, aunada a las nulas medidas higiénicas con que cuentan los lugares donde se practican los tatuajes, implica un mayor riesgo de transmisión del VIH y su propagación.

Otra forma de transmitir el VIH es a través de la acupuntura. La perforación en las orejas, hecha por personal inexperto e insalubre representa también un factor de riesgo de infección. Estas mismas consideraciones también tienen aplicación por lo que respecta a los pedicuristas que trabajan con material contaminado que por no desinfectarlo y no esterilizarlo ponen en peligro de contagio a sus clientes.

En resumen, podemos clasificar las formas -- de transmisión del VIH por vía hemática de la siguiente manera:

1. Por transfusión sanguínea, siendo la forma más directa de transmisión por la cantidad de sangre que se utiliza.
2. Por trasplante de organos infectados.
3. Por el préstamo de agujas contaminadas entre los adictos a drogas por vía intravenosa.
4. Por la utilización de material contaminado para practicar inyecciones o cualquier tipo de incisión en la piel en tatuajes, acupuntura, pedicure, otros.

1.4.3.

POR COMPARTIR AGUJAS O JERINGAS CONTAMINADAS CON EL VIH ENTRE LOS ADICTOS A DROGAS DE ADMINISTRACION INTRAVENOSA

En los adictos a drogas de administración intravenosa, la transmisión se realiza a través de agujas o jeringas mal esterilizadas que comparten con personas infectadas. Es importante resaltar el hecho de que las drogas en sí mismas no causan el SIDA. Sólo hay riesgo de infectarse con el virus cuando la droga se administre por vía intravenosa mediante agujas o jeringas contaminadas de éste.

En E.U.A frecuentemente los toxicómanos se comparten agujas usadas para inyectarse las drogas, llegando a rentarlas en las denominadas "galerías de tiro". (17)-- "El "barboteo" o extracción e inyección repetida de sangre dentro de la jeringa puede aumentar el riesgo de transmisión del SIDA. Un agente infeccioso puede transmitirse con facilidad utilizando agujas contaminadas con sangre para inyectar drogas, en forma similar a la transmisión de la hepati--

tis B." (18)

Entre los reclusos de algunas cárceles es -- muy común el préstamo de agujas y jeringas contaminadas para inyectarse la heroína.

En la ciudad de Nueva York, con el fin de -- prevenir el SIDA, actualmente se les canjean a los drogadic-- tos callejeros las jeringas usadas por nuevas para evitar -- el riesgo de infección.

1.4.4. POR VIA PERINATAL

Otro mecanismo de transmisión del VIH, y tal vez el más cruel e injusto de todos por el daño que causa -- a los niños, es el de la infección por vía perinatal. Esta-- transmisión se puede dar en tres momentos: antes, durante o-- después del parto. Las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitírselos a sus hijos en cualquiera de estos tres mo-- mentos.

1.4.4.1. ANTES DEL PARTO: Se cree que el VIH puede pa-- sar al feto por el mismo mecanismo en que lo hacen las sus-- tancias alimenticias.

1.4.4.2. DURANTE EL PARTO: Posiblemente la transmi--- sión se realice en el canal del parto, donde sí se produce - un contacto íntimo de la sangre de la madre y la del hijo du-- rante la expulsión. (19)

1.4.4.3. DESPUES DEL PARTO: La transmisión del VIH al niño podría darse a través de la leche materna de la madre o por el contacto estrecho después del nacimiento. (20)

1.4.5. OTRAS PRESUNTAS FORMAS DE TRANSMISION DEL VIH

A estas formas de transmisión las hemos denominado "presuntas", en virtud de que no han sido plenamente comprobadas.

El VIH se ha encontrado en algunas secreciones del cuerpo humano, tales como orina, lágrimas, saliva, -- líquido encefalorraquídeo, leche materna, sangre y sémen; sin embargo, sólo se ha comprobado la transmisión del VIH por medio de la sangre y el sémen.

1.4.5.1. TRANSMISION SALIVAL

Muy pocos investigadores aceptan la transmisión salival del VIH por estornudo, tos, mordida y besos húmedos. La mayoría de ellos afirman que tanto el estornudo como la tos no son medios de transmisión del VIH, toda vez que dichos actos quedan comprendidos dentro del contacto casual u ordinario que no propagan el virus.

Nosotros nos adherimos a estas afirmaciones y consideramos vital que la población entienda que por el contacto casual u ordinario con una persona infectada con el VIH no existe el riesgo de infectarse. Afirmar lo contrario sólo traería como consecuencia el pánico infundado de la ciudadanía.

A pesar de haberse aislado el VIH en saliva, hasta la fecha no se ha podido comprobar la transmisión salival del virus del SIDA; sin embargo, vale la pena tomar como medida de precaución el evitar los besos húmedos con personas infectadas, ya que con esto se produce un intercambio abundante de saliva, no así con el estornudo y la tos.

El Dr. Victor G. Daniels, de acuerdo con el aislamiento del VIH en saliva, plantea la posibilidad de que el supuesto agente del SIDA se transmita con el beso o en -- forma aérea por la tos y el estornudo. Menciona, además, -- que hasta la fecha no se han señalado las cifras de virus -- contenidos en la saliva. Admite también que no existen pruebas epidemiológicas que sugieran que los pacientes se hayan infectado por esta vía. (21)

Como muestra del pánico que puede ocasionar la publicidad amarillista que se haga de la transmisión salival del VIH, creemos importante hacer la transcripción de -- los siguientes hechos relatados por el Dr. Daniels: "Al inicio de 1985, en el Reyno Unido había gran preocupación pública y de diversos medios por la posible transmisión del SIDA a través del contacto con saliva infectada. La Fire Brigades Union (Unión de Brigadas para Incendios) entre otros, -- aconsejó a sus miembros no practicar la reanimación boca a boca a posibles homosexuales... Incluso los dirigentes de --- Iglesias han interrogado al gobierno británico sobre la posibilidad de infección con el virus del SIDA por el uso de "cáliz común" en la comunión. Se ha señalado que el riesgo de transmisión del agente del SIDA en estos casos es insignificante." (22)

Por otra parte, en una entrevista hecha al -- Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, se le preguntó sobre la probable localización del VIH en lágrimas, saliva y -- sudor. Al respecto, el Dr. Montagnier contestó: "Los linfocitos están presentes, como ya expresé, en los líquidos --- linfáticos y , tal vez, en menor grado, en saliva; muy poco en el sudor y en lágrimas, ya que éstas son secreciones acelulares. La contaminación puede producirse por el intercambio de saliva, lo cual es muy posible, pero no está comprobado; se sabe que ésta los contiene y que hay virus que se ---

transmiten de ese modo. Pero no ha sido demostrado en el caso del virus del SIDA." (23)

En relación con el riesgo de los besos húmedos, el Dr. Montagnier explicó: "...en la boca fácilmente se encuentran pequeñas lesiones, entonces siempre están presentes los linfocitos, además en la garganta hay órganos linfoides: las amígdalas. Sin embargo, prácticamente no se han encontrado casos de transmisión de virus por vía bucal." (24)

Como comentario final en relación con esta clase de besos, recordemos el pánico de que fueron presas algunas de las actrices que besaron al célebre actor norteamericano Rock Hudson durante la grabación de sus últimas películas, quien falleció en 1985 víctima del SIDA.

Por último y a manera de advertencia, queremos dejar bien claro que el virus que causa el SIDA no se transmite por contacto casual, social u ordinario. Y según información de la Dirección General de Epidemiología, dependiente de la Secretaría de Salud de nuestro país, no existen pruebas de que el VIH se transmita por:

1. Picaduras o mordeduras de insectos.
2. Compartir asientos de excusados, bañeras, lavabos o piscinas.
3. Saludar de mano o por cualquier otro tipo de contactos físicos no sexuales como --- abrazos y besos secos.
4. Compartir utensilios de cocina o alimentos tocados por personas infectadas por el VIH o enfermos de SIDA.
5. Tocar perillas de puertas o pasamanos en los camiones.

6. Usar o tocar ropa de vestir o de cama u otros artículos usados por un enfermo de SIDA.
7. Estornudos, tos, eructos o expectoraciones.
8. La proximidad con un enfermo de SIDA, aun cuando el contacto sea diario.

1.5. SINTOMAS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA - ADQUIRIDA

Según folletos editados por la Secretaría de Salud y distribuidos a la población en general, los síntomas que hacen sospechar que una persona esté enferma de SIDA son los siguientes:

- 1.5.1. Fatiga sin causa aparente, combinada con dolor de cabeza, mareo o vértigo.
- 1.5.2. Fiebre constante que se puede manifestar por sudores nocturnos.
- 1.5.3. Pérdida de más de 5 kilos de peso que no se deba a dieta o a mayor actividad física.
- 1.5.4. Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello o axilas.
- 1.5.5. Tos fuerte y seca que no se deba al cigarro, y que haya durado demasiado tiempo para ser un resfriado o gripe.
- 1.5.6. Aftas (recubrimientos espesos y blanquecinos en la lengua o garganta que pueden ir acompañadas de dolor.

- 1.5.7. Dificultad para respirar.
- 1.5.8. Formación de moretones con mayor facilidad - que la normal.
- 1.5.9. Placas o manchas violáceas o descoloridas en la piel, que suelen aparecer por primera vez en los tobillos y piernas o en las membranas mucosas del interior de la boca.
- 1.5.10. Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio del cuerpo.

Es importante señalar que estos síntomas deben tener una duración mayor de dos semanas, y que no hayan cedido con tratamiento médico.

Todos estos síntomas que anteriormente hemos enumerado quedan comprendidos dentro de una primera fase denominada PRESIDA.

La segunda fase, mucho más grave, sería ya propiamente el denominado SIDA. En esta fase suelen aparecer un gran número de infecciones oportunistas, ya que el sistema inmune del individuo está prácticamente destrozado y no puede reaccionar normalmente ante estas infecciones.

En algunos enfermos no existe la clínica de la primera fase denominada PRESIDA, siendo las infecciones oportunistas los primeros síntomas de la enfermedad. (25)

En puntos anteriores se ha dicho que el SIDA es una enfermedad que provoca la pérdida de las defensas contra algunas infecciones y contra algunos tipos de cánceres.

Las infecciones oportunistas más comunes en-

el SIDA son: (26)

PROTOZOARIOS: Pneumocystis Carinii y Toxo---
plasma Gondii, entre otros.

VIRUS: Herpes Simple, Citomegalovirus, Eps--
tein-Barr.

BACTERIAS: Salmonella y Shigella, entre ----
otras.

HONGOS: Cryptococcus Neoformans y Candida Al
bicans, entre otros.

Dentro del tipo de cánceres más comunes que se presentan en el SIDA se encuentra el Sarcoma de Kaposi.-- Este es un cáncer de la piel y tejidos conjuntivos. La transformación maligna causa graneado de la pared interna de los vasos sanguíneos pequeños con células tumorales en forma de huso. (27) "El crecimiento continuo del tumor puede producir obstrucción linfática y, como resultado, los miembros -- afectados se tornan tumefactos y los órganos pueden conges-- tionarse y crecer. El tumor no da metastasis, es multifocal y afecta numerosos sitios, con predilección por el aparato - digestivo, de la boca al ano." (28)

La esperanza de vida de pacientes con SIDA @ infecciones oportunistas es de unos ocho meses, pues ninguno de los enfermos ha sobrevivido tres años. En los enfermos - de SIDA que presentan Sarcoma de Kaposi la esperanza de vida es del promedio de unos 16 meses y solamente el 25% ha logra do sobrevivir dos años. (29)

Cabe destacar que estos pronósticos de vida - son sólo aproximados y generalizados.

1.6. SIGNOS INICIALES DEL SIDA (30)

Las fases subsecuentes a la infección por el VIH se pueden resumir en:

PRIMERA: Portadores Asintomáticos.

SEGUNDA: Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP).

TERCERA: Complejo Relacionado con el SIDA--- (CRS).

CUARTA: SIDA.

Estos son los cuatro posibles resultados que pueden derivar de la infección por el VIH. El individuo que ha contraído el virus puede atravesar por todas las fases, o sólo por alguna de ellas, no llegando incluso a la cuarta fase que es la del SIDA.

Tanto la Linfadenopatía Generalizada Persistente, como el Complejo Relacionado con el SIDA, son dos padecimientos posteriores a la infección por el VIH, y previos a la manifestación del SIDA. En ambos los síntomas son muy similares a los del SIDA.

Actualmente se cree que un 10% de pacientes con LGP y casi un 25% de enfermos con CRS evolucionan hasta el SIDA pleno.

En estudios recientes se ha observado que -- las personas infectadas del VIH, después de seis años, el 15% desarrolla SIDA; el 27% LGP; el 24% alteraciones hematológicas; y el 39% permanecen sin manifestaciones clínicas (asín-

tomáticos).

1.7. GRUPOS DE ALTO RIESGO PARA CONTRAER EL VI---
RUS QUE CAUSA EL SIDA

En sentido estricto, cualquier persona puede desarrollar SIDA si se expone a sangre infectada con el VIH. Sin embargo, las investigaciones y las estadísticas demuestran que sólo algunas personas corren mayor riesgo de adquirir la enfermedad. Estas personas quedan comprendidas dentro de los denominados "grupos de alto riesgo" que a continuación explicaremos.

1.7.1. VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES CON VIDA -
SEXUAL ACTIVA, GENERALMENTE PROMISCUA

Las estadísticas indican que dentro de este grupo existe un riesgo mayor para contraer el SIDA. En México, según datos de la Secretaría de Salud, el número de casos de SIDA en homosexuales masculinos asciende a 826 (41%) de los 2013 casos registrados hasta el 10. de enero de 1989. El número de casos de SIDA en bisexuales masculinos es un poco menor, 414 casos (20.6%).

El riesgo de contraer el SIDA entre homosexuales se relaciona con la exposición al sémen o sangre durante las relaciones sexuales anales, así como con la multiplicidad de compañeros sexuales casuales o anónimos (más de 50 por año).

Los bisexuales y las prostitutas han sido -- considerados como los causantes de la propagación del virus-- entre la comunidad heterosexual, toda vez que el bisexual, - al quedar infectado del VIH por relaciones homosexuales, infecta a su vez a la compañera sexual, llegando incluso a ---

afectar a un tercero en caso de que la mujer infectada quede en cinta, pues es seguro que el producto contraiga también el virus por vía perinatal, ya sea antes, durante o después del parto.

Las prostitutas infectadas, por su parte, -- pueden también infectar a su cliente y éste a su vez a la esposa o pareja.

Todo ésto explica el porqué la población heterosexual puede adquirir el SIDA por el hecho de exponerse al sémen o sangre de personas infectadas mediante cualquiera de los mecanismos de transmisión anteriormente vistos.

Se ha considerado que el riesgo de adquirir el SIDA entre homosexuales se debe al hecho de que el estilo de vida en las comunidades "gay" incluye:

1. Prácticas sexuales de grupo y costumbres que implican traumatismo a la mucosa rectal.
2. Múltiples compañeros sexuales.
3. El uso de inhalantes de nitrito de amilo- y butilo como potenciadores del orgas----mo. (31)

En un principio se consideró al SIDA como -- una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Esta consideración fue motivada por el gran índice de casos de SIDA en -- este grupo, así como el hecho de haber sido homosexual el -- primer enfermo de SIDA. Esta idea de ligar al SIDA con la homosexualidad contribuyó a la marginación social, ética y religiosa de los homosexuales.

En relación con esta marginación homosexual,

el Profesor Luis González de Alba, promotor de la Fundación de Ayuda a los Enfermos de SIDA, acusa de criminal el señalamiento de un grupo como el responsable de esta enfermedad. - Afirma que no existen diferencias orgánicas, fisiológicas o anatómicas entre heterosexuales y homosexuales que hagan a éstos más susceptibles de adquirir el SIDA, por lo que el señalar a los homosexuales como responsables del SIDA es casi como culpar a la víctima. Según el profesor, incluso entre los médicos es frecuente escuchar el término "víctima inocente" para designar a los niños infectados por el virus, así como a los hemofílicos, lo cual parece indicar que si hay víctimas inocentes, existen también víctimas culpables, preguntándose: ¿quiénes son éstos?, acaso las personas que se infectaron por vía sexual. En opinión de este destacado promotor: "...el riesgo no es exclusivo de un grupo social, sino de toda la población y ...mientras los heterosexuales sigan creyéndose exentos de contraer el SIDA, el riesgo y la prevalencia seguirán aumentando..." (32)

Consideramos muy acertada la opinión de este profesor, toda vez que el creerse exento de riesgo, aumenta las posibilidades de adquirir el SIDA por ignorancia.

1.7.2. TOXICOMANOS QUE UTILIZAN DROGAS POR VIA INTRAVENOSA Y COMPARTEN AGUJAS HIPODERMICAS

Como anteriormente lo mencionamos, las drogas en sí no causan el SIDA. El riesgo de contraer el SIDA por infección del VIH lo representa el hecho de compartirse entre varios toxicómanos jeringuillas y agujas contaminadas con el virus.

El Dr. Daniels considera que el "barboteo" o extracción de inyección repetida de sangre dentro de la jeringa aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

Afortunadamente en nuestro país el número de casos de SIDA en pacientes adictos a drogas de administración intravenosa es sólo de 8 casos (0.4%), según registros de la S.S. hasta el 10. de enero de 1989.

1.7.3. HEMOFILICOS QUE HAN RECIBIDO PRODUCTOS HEMATOLOGICOS INFECTADOS

"Los hemofílicos sufren un defecto hereditario en el mecanismo de coagulación de la sangre ya que faltan uno o dos de los factores esenciales para la formación de coágulos. Como resultado, en un hemofílico incluso lesiones leves pueden causar una hemorragia mortal." (33) En virtud de este trastorno genético de falta de coagulación, para que los hemofílicos puedan llevar una vida relativamente normal, deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que les falta, generalmente el factor VIII.

Para la manufactura de los concentrados del factor VIII que necesitan los hemofílicos, requieren muchísimas donaciones de plasma (varios miles). En consecuencia, una persona hemofílica debe exponerse a decenas de millares de donadores cada año. Si uno de estos donadores es portador del VIH, podrá transmitirlo en la sangre donada. (34)

Lo anterior explica el riesgo mayor para los hemofílicos de adquirir el SIDA en comparación con los receptores de otras transfusiones de sangre que se involucran con relativamente pocos donadores.

En comparación con los homosexuales, los hemofílicos constituyen un porcentaje menor de casos de SIDA en México (el 2.2% con 45 casos de los 2013 registrados hasta el 10. de enero de 1989). Algunos investigadores creen -- que ésto se debe a que el VIH se inactiva en parte durante--

la preparación de los productos hematológicos.

1.7.4. PACIENTES CON TRANSFUSIONES DE PRODUCTOS HEMATOLOGICOS INFECTADOS

En el caso de los pacientes que se someten a transfusiones de sangre hay una remota posibilidad de que -- contraigan el SIDA cuando estas transfusiones son las usuales que se administra en Hospitales.

Sin embargo, y a pesar de ser relativamente-pequeño el número de casos de SIDA por transfusión de sangre (216), actualmente está prohibida la comercialización de la sangre. La donación de sangre debe ser voluntaria y altruista. El donador debe someterse a pruebas de detección - de anticuerpos contra el VIH para efecto de seleccionar las-muestras que puedan ser utilizadas en las transfusiones. Y- de ninguna manera las personas pertenecientes a los grupos - de alto riesgo podrán donar sangre.

Algunos investigadores sostienen que las --- pruebas sugieren que basta la exposición a tan poco como una unidad de sangre para causar la infección. Sin embargo, ésto todavía no ha sido demostrado.

1.7.5. COMPAÑEROS HETEROSEXUALES DE PACIENTES CON-SIDA

Si comparamos el contagio del SIDA por con--tactos heterosexuales con el contagio por contactos homo----sexuales, podremos darnos cuenta de que el riesgo en estos- últimos es mucho mayor. Al respecto, la Secretaría de Salud ha reportado sólo 228 casos de SIDA por contactos heterose--xuales, algo así como el 11.3% del total de casos registra--dos hasta el 10. de enero de 1989.

1.7.6. LACTANTES DE PADRES CON SIDA

En nuestro país, según estadísticas de la Secretaría de Salud, son 18 los casos de SIDA en niños que adquirieron el virus por vía perinatal, comprendiendo solamente el 0.9% del total de casos reportados hasta el 10. de enero de 1989.

1.8. MEDIDAS PARA PREVENIR LA INFECCION CON EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA

1.8.1 POR LO QUE RESPECTA AL CONTACTO SEXUAL: SEXO SEGURO

El mayor índice de casos de SIDA se han dado por transmisión sexual, ya sea homosexual o heterosexual. -- Por ello, para reducir el riesgo de infección con el VIH, es necesario que las parejas adopten cambios en sus prácticas sexuales. Esto no significa la abstención sexual, de ninguna manera. Las parejas que pertenezcan a alguno de los grupos de alto riesgo, deberán observar las siguientes indicaciones, a fin de poder gozar de una vida sexual segura. Las prácticas sexuales podemos clasificarlas en tres categorías:

1.8.1.1. PRACTICAS SEXUALES SIN RIESGO (35)

"Estas incluyen unicamente el contacto de la piel con piel sana, donde no existe intercambio de líquidos corporales, éstas son:

1.8.1.1.1. Masturbación mutua.

1.8.1.1.2. Beso seco (en la mejilla).

1.8.1.1.3. Masaje.

1.8.1.1.4. Abrazos.

1.8.1.1.5. Frotarse cuerpo con cuerpo.

1.8.1.1.6. Actividades sadomasoquistas que no provoquen golpearse ni hagan sangrar.

1.8.1.1.7. No compartir juguetes sexuales (tampoco navajas de rasurar, cepillos de dientes, ni otros artículos que puedan contaminarse con sangre)."

1.8.1.2. PRACTICAS DE MEDIANO RIESGO (36)

"El riesgo que se corre en este tipo de prácticas es el intercambio de líquidos corporales como sangre y sémen.

1.8.1.2.1. Coito anal usando condón. El riesgo de transmitir el virus de una persona infectada a otra sana, es mínimo si el condón (preservativo) no se rompe y el sémen no se derrama en el recto; por lo que al sacar el pene del ano, el preservativo se debe sujetar para que no se zafe.

1.8.1.2.2. Chupar el pene pero sin eyaculación en la boca. El que introduce el pene en la boca debe informar a su compañero cuando vaya a eyacular para no hacerlo dentro de la boca y así evitar exponerse a grandes cantidades de sémen. Si existen heridas en el interior de la boca (mucosa) o en los genitales, el riesgo es mayor. Cualquier acción brusca que cause daño en la boca o genitales aumenta el riesgo de intercambiar líquidos corporales.

1.8.1.2.3. Besos con intercambio de saliva. Se sabe --

que la saliva puede contener el VIH, pero no se ha demostrado como un mecanismo de transmisión eficiente.

1.8.1.2.4. Contacto con la orina. Si la orina toca únicamente la piel sana, es decir la piel que no tenga heridas el riesgo es menor. No se debe permitir que la orina penetre en los ojos, nariz, boca o ano."

1.8.1.3. PRACTICAS DE ALTO RIESGO (37)

"En estas actividades se puede producir daño a la piel y mucosas (recubrimiento interno de la boca y el ano), provocando intercambio de líquidos corporales como la sangre y el semen de personas infectadas con el VIH a personas que no lo están. Estas prácticas tienen alto riesgo, a menos que la pareja haya sido monógama y saludable por más de cinco años.

1.8.1.3.1. Coito anal sin preservativo (condón). Es una de las prácticas de más alto riesgo. Durante el coito anal, la mucosa del recto se daña, permitiendo el contacto directo de semen y sangre. Por lo que el riesgo de infección es alto tanto para el penetrado como para el que penetra.

1.8.1.3.2. Contacto ano/mano. Cuando esta práctica se realiza antes o después del coito anal, implica riesgo para las dos personas, ya que la mucosa del recto se daña durante esta práctica, lo que permite el paso directo de semen a la sangre; por otra parte, la piel de la mano está expuesta a la sangre y microbios que penetran a través de pequeñas heridas.

1.8.1.3.3. Eyaculando en la boca y tragando el semen. El riesgo es alto, el VIH se encuentra presente en el semen

de personas infectadas. La infección se lleva a cabo a través de la mucosa (recubrimiento interno de la boca), especialmente cuando existen heridas. El riesgo se reduce evitando eyacular dentro de la boca.

1.8.1.3.4. Contacto ano-boca. El virus que causa el SIDA se transmite a través del excremento contaminado con sangre. Además esta práctica permite la transmisión de parásitos y otro tipo de microbios. Si existen heridas en el interior de la boca el riesgo aumenta."

1.8.2. POR LO QUE RESPECTA A LA TRANSFUSION SANGUINEA

Debemos reconocer que la medida preventiva del SIDA más eficaz, en cuanto a la transfusión sanguínea, fue la de reformar la Ley General de Salud para prohibir la comercialización de la sangre, entre otras.

Se piensa que la mayoría de los casos de SIDA por transfusión sanguínea corresponde a sangre captada de donadores remunerados.

Junto con las reformas, la Secretaría de Salud dictó una norma técnica mediante la cual se hace obligatoria la realización de pruebas en sangre para detectar contaminación por VIH, a efecto de desechar la sangre contaminada, evitando con ello el riesgo de contagio.

Por lo anterior, los donadores voluntarios de sangre o plasma no deberán pertenecer a ninguno de los grupos de alto riesgo; de lo contrario, sus unidades de sangre serán desechadas.

Consideramos, y en muchos hospitales ya se -

está llevando a cabo, que la autodonación de sangre es la alternativa más segura de evitar la propagación del VIH. Sin embargo, el gran número de emergencias que se presentan en los hospitales hace imposible la autodonación como medida -- preventiva. Es conveniente que, a excepción de los anémicos, cualquiera que va a someterse a una cirugía, done varias unidades de sangre en el período anterior a la operación. Con ello tendrá la seguridad de que en caso de necesitarlo, será transfundido con su propia sangre.

Se recomienda la autodonación en operaciones en las que el paciente puede perder una gran cantidad de sangre como en cirugía de corazón y ortopédica.

Para terminar, vale la pena aclarar que de ninguna manera los donadores pueden contraer el SIDA al do--nar sangre, toda vez que todos los materiales para obtenerla son estériles y sólo se utilizan una vez.

1.8.3. POR LO QUE RESPECTA AL PRESTAMO DE AGUJAS O--
JERINGAS ENTRE LOS ADICTOS A DROGAS DE ADMI-
NISTRACION INTRAVENOSA

A pesar del deseo que tiene la sociedad de -- erradicar por completo el problema de la drogadicción, no po demos apartarnos de la realidad de este hecho que aniquila -- poco a poco a nuestra juventud.

Afortunadamente, en nuestro país, en comparagción con otros, el índice de drogadictos por vía intravenosa es relativamente pequeño. Sin embargo, a pesar del pequeño índice de casos, es importante orientar a los drogadictos del riesgo que corren al compartir agujas y jeringas infectadas.

En definitiva, la única medida preventiva del

SIDA entre los toxicómanos es la de utilizar agujas y jeringas desechables para inyectarse la droga sin ningún riesgo de infección.

En relación con esta medida preventiva, el -- profesor Luc. Montagnier sostiene que una jeringa infectada que se hierva a 100°C estará completamente esterilizada, en virtud de que el calor a 100°C destruye el virus en muy poco tiempo. (38)

1.8.4. POR LO QUE RESPECTA A LA VIA PERINATAL

Sin lugar a dudas, la medida más efectiva de prevenir el SIDA por vía perinatal es la de evitar el embarazo en las mujeres infectadas por el VIH o pertenecientes a -- los grupos de alto riesgo.

Es importante que las mujeres infectadas o -- con riesgo de infectarse tomen conciencia del peligro que re presenta un embarazo en esas condiciones, pues es seguro que el producto de la concepción se infecte con VIH, ya sea antes, durante o después del parto. Por ello, también es im-- portante que las mujeres pertenecientes a los grupos de alto riesgo se sometan a pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH, a fin de conocer su estado de salud y poder llevar una vida sexual responsable.

En caso de que por ignorancia o negligencia la mujer quedara embarazada, es necesario y urgente que se -- lleven a cabo medidas preventivas durante la atención del -- parto, así como el seguimiento clínico, tanto de la madre co mo del niño.

En nuestra opinión, no aceptamos el aborto ni aun en estas circunstancias, así como tampoco en ninguna otra.

1.9. LAS PRUEBAS DE DETECCION DEL SIDA Y SU SIGNIFICADO

1.9.1. LA PRUEBA DE ELISA PARA DETECTAR INFECCION - POR EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA

"En febrero de 1985, la Food and Drug Administration (FDA) del gobierno de E.U.A., aprobó una prueba comercial para identificar sangre contaminada con anticuerpos contra el virus del SIDA." (39)

Esta prueba se conoce con el nombre de ELISA (del inglés Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay; valoración de inmunoabsorbencia ligada a enzima) y sólo descubre los anticuerpos que ha producido el donador en respuesta a una infección con virus del SIDA. (40)

Desafortunadamente, la prueba de ELISA no es de una seguridad absoluta, ya que en algunos casos detecta anticuerpos cuando otros estudios indican lo contrario. Esto se conoce como resultado positivo falso y se cree que ocurre en 1.0% de todas las pruebas. Por el contrario, puede darse el caso de que la prueba no detecte anticuerpos cuando otros estudios indiquen su existencia. Esto se conoce como resultado negativo falso. Con estas equivocaciones es posible que se cuelen algunos donadores de sangre infectados, cuyo resultado de la prueba haya salido falso negativo. (41)

Las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH sólo indican si el enfermo se ha expuesto al virus, no significa que necesariamente el paciente vaya a desarrollar el SIDA. El diagnóstico de la enfermedad se hace con base en una revisión médica completa. El resultado positivo de la prueba indica solamente que la persona ha sido contagiada con el VIH, ya que cuando se producen anticuerpos

(defensas) contra este virus es porque existió o existe infección.

El anticuerpo contra el VIH es una proteína producida en forma natural en la sangre, como respuesta a la presencia de este virus en el cuerpo de una persona infectada por él.

1.9.2. RAZONES QUE DEBEN CONSIDERARSE PARA PRACTICARSE LA PRUEBA DE DETECCION

Es razonable que las personas que aconsejablemente deben someterse a la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH son las pertenecientes a los grupos de alto riesgo, así como el personal médico, paramédico, de laboratorio e intendencia en peligro de contaminación por el manejo de sangre o la introducción accidental por heridas o pinchazos con material contaminado.

La Secretaría de Salud recomienda que las personas que preferentemente deben someterse a estas pruebas son las que se encuentran en algunos de los siguientes grupos:

1. Hombres homosexuales o bisexuales con múltiples compañeros (as).
2. Personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas posiblemente contaminadas.
3. Hemofílicos.
4. Hombres o mujeres que se dediquen a la prostitución.
5. Personas adictas a drogas de administración intravenosa.
6. Personas que vendieron su sangre entre 1980 y 1987.

7. Hombres y mujeres heterosexuales que tengan varias compañeras (os) sexuales.
8. Compañeros (as) sexuales e hijos (nacidos después de 1980) de personas pertenecientes a los grupos anteriores.

Con el objeto de que los resultados sean veraces y confiables, son cuatro las pruebas que se practican para detectar anticuerpos contra el VIH:

INICIALES	ELISA
	ELISA EVANCORE
CONFIRMATORIAS	WESTERN BLOT
	INMUNOFLORESCENCIA

1.9.3. EL PROCEDIMIENTO PARA PRACTICARSE LA PRUEBA (42)

Las personas con riesgo de infección pueden practicarse la prueba de detección gratuitamente, llamando a los teléfonos 525-24-24 y 533-36-47 de lunes a viernes de -- 10 a 14 hrs. para concertar una cita, sin necesidad de dar su nombre. Si una vez concertada, la persona decidiera no someterse a la prueba, su decisión será respetada pues las pruebas de detección son voluntarias.

Si la persona decide someterse a la prueba, le será asignado un número clave para identificar los datos obtenidos con su muestra de sangre. Este número no revela su identificación personal. Dos semanas después de realizada la prueba, la persona solicitará nuevamente por teléfono una cita para acudir por el resultado de su examen, el cual

le será dado en privado por un profesional capacitado que le explicará las implicaciones del resultado de su prueba.

El Centro Nacional de Información del CONASIDA (CNI-CONASIDA), lugar donde se realizan las pruebas de -- detección en la Ciudad de México, cuenta con personal capaci-- tado y especializado en las diferentes profesiones que le -- darán asesoría médica, psicológica, sexual y jurídica a to-- das aquellas personas que acudan a dicho centro, ubicado en la calle de Flora # 8, Col. Roma, así como en la calle de Co-- mercio y Administración # 35, Col. Copilco Universidad, am-- bos en la Ciudad de México.

Por razones de ética profesional, se garanti-- za el anonimato en el sistema de análisis en cualquiera de -- los centros de prueba de detección. La persona que acude a someterse a una prueba de éstas o a recibir información no -- tiene que proporcionar su nombre, ni ningún otro dato perso-- nal de identificación.

Estas pruebas también son practicadas en va-- rios hospitales e institutos en toda la República Mexicana.

1.9.4. LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA Y LO QUE SIGNIFI-- CAN

1.9.4.1. UN RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA (43)

Significa que la muestra de sangre ha sido -- analizada varias veces para confirmar su positividad. Un -- resultado positivo indica que los anticuerpos están presen-- tes en la sangre del examinado, significando con ello que el cuerpo ha producido anticuerpos por haber sido contagiado -- con el VIH.

Un resultado positivo de la prueba no significa que la persona tenga SIDA o que necesariamente lo vaya a desarrollar; sin embargo, la persona deberá tomar medidas preventivas para reducir el riesgo de adquirir el SIDA, así como de evitar contagiarse a otras.

1.9.4.1.1. MEDIDAS PREVENTIVAS CUANDO EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES POSITIVO (44)

1.9.4.1.1.1. Evitar nuevos contactos con el VIH.

1.9.4.1.1.2. Utilizar preservativos durante las relaciones sexuales.

1.9.4.1.1.3. Informar a su médico y a su dentista del resultado positivo de la prueba, para que tomen precauciones y eviten la transmisión del VIH.

1.9.4.1.1.4. No donar sangre, plasma, esperma, órganos del cuerpo u otros tejidos.

1.9.4.1.1.5. Evitar el uso de drogas y bebidas alcohólicas.

1.9.4.1.1.6. Procurar una alimentación balanceada.

1.9.4.1.1.7. Evitar la fatiga y la tensión emocional.

1.9.4.2. UN RESULTADO NEGATIVO DE LA PRUEBA (45)

El resultado negativo de la prueba significa que no se han encontrado anticuerpos contra el VIH en la sangre del examinado; sin embargo, y como lo veremos a continuación, un resultado negativo de la prueba no garantiza en forma absoluta la salud del examinado.

1.9.4.2.1. POSIBLES EXPLICACIONES DE UN RESULTADO NEGATIVO DE LA PRUEBA DE DETECCION (46)

1.9.4.2.1.1. Que la persona no ha sido contagiada con el virus del SIDA.

1.9.4.2.1.2. Que la persona ya estuvo en contacto con el virus que causa el SIDA, pero no se ha contagiado, por este motivo no ha producido anticuerpos. Sin embargo, el contacto repetido con el VIH aumentará la probabilidad de que la persona se contagie.

1.9.4.2.1.3. Que la persona está infectada con el virus que causa el SIDA pero todavía no ha producido anticuerpos. Recordemos que el tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos es de 2 a 8 semanas. De cualquier forma, es importantísimo que aun cuando el resultado de la prueba sea negativo, la persona adopte -- las medidas preventivas adecuadas, o de lo contrario, podrá adquirir la infección.

2. ORIGEN DEL SIDA

Las investigaciones indican que el SIDA apareció entre los años de 1980 y 1981. Se cree que por primera vez se presentó en 1979, pero llamó la atención de la comunidad médica hasta 1981.

El primer caso de SIDA fue informado por el Center for Disease Control en Atlanta, Georgia, E.U.A. Este informe describía los casos de cinco homosexuales jóvenes, -- hospitalizados en Los Angeles, California, ellos presentaban una infección pulmonar rara: Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC) Esta enfermedad es causada por un protozoario que

parasita los pulmones y como resultado dificulta mucho la -- respiración. Generalmente esta infección sólo ataca a aquellas personas cuyo sistema inmunológico está muy deteriorado a consecuencia, entre otras cosas, de transplantes de órganos. Por todo esto, la característica rara de estos cinco -- casos de homosexuales fue la infección de NPC en individuos -- antes sanos. Al mismo tiempo, en 1981 se informó de otros -- 26 homosexuales previamente sanos, atendidos en Nueva York y California, que habían desarrollado una forma grave de un -- cáncer maligno raro llamado Sarcoma de Kaposi. El surgimiento de estos dos trastornos, NPC y SK, anteriormente restringido a un grupo específico de personas, y que ahora afectaba a hombres jóvenes y sanos, planteó la posibilidad del surgimiento de una nueva entidad patológica. La característica -- común entre estos dos trastornos era, primero, que a quienes atacaba era a homosexuales; segundo, causaban una deficiencia en el sistema inmunológico de los enfermos. (47)

Cabe señalar que, aun cuando los primeros -- casos de SIDA fueron detectados en E.U.A., esto no significa que el origen de esta enfermedad se encuentre en E.U.A. Al parecer, y como lo veremos más adelante, el virus que causa el SIDA se originó en Africa. Se cree que los primeros casos aparecieron en esta región a partir de 1975, pero no fueron diagnosticados como SIDA por carecer de información médica para identificarlos.

"Los investigadores que trabajaban en los -- centros epidemiológicos norteamericanos calculan que las --- primeras infecciones de SIDA podrían datar de los años 70, -- pero a diferencia de otras patologías, que evolucionan rá--- pidamente matando en cuestión de semanas o meses, el virus -- del SIDA lo hace de una forma lenta y solapada en un principio, con síntomas muy ambiguos que pueden confundir o disimular la enfermedad durante años." (48)

Lo anterior explica el hecho de que, aun --- cuando los primeros casos detectados de SIDA en E.U.A. fue-- ron en el año de 1981, su origen se remonte probablemente a la década de los años 70, tiempo en el que ocurriría la in-- fección con el VIH.

2.1. EN AFRICA

Al parecer, los resultados epidemiológicos y de laboratorio acumulados tienden a pronunciarse por un origen animal y africano del SIDA.

La primera observación fue hecha en un Cen-- tro de Investigación Médica sobre Primates en Boston. Los - investigadores pudieron observar que algunos macacos de cría presentaban síntomas de SIDA, igual al SIDA humano, llegando incluso a morir de infecciones oportunistas como el hombre.

Así, se logró aislar de la sangre de estos - monos de cría un virus parecido al HATLV-3 (Human T Leukemia Virus), que por homología fue llamado STLV-3 o SIV. (49)

Después, otras investigaciones en Africa so-- bre otra clase de primates salvajes (monos verdes) con bue-- na salud, lograron comprobar que la sangre de estos primates contenía anticuerpos que reconocían las proteínas del virus-- del SIDA humano. Estos monos verdes estaban infectados por-- un virus muy semejante al humano, pero algo diferente al vi-- rus encontrado en el macáco. Esto mismo ocurrió en otro pri-- mate africano, el mono mangabeys. Con todas estas investiga-- ciones, la existencia de un virus de mono pudo se demostra-- da. (50)

"Por medio de reacciones serológicas cruza-- das y de análisis moleculares, se estableció el parentesco -

entre el virus humano del SIDA que se encuentra en Africa -- Occidental y el virus descubierto en el mono. (51)

2.1.1. TRANSMISION DEL VIH DEL MONO AL HOMBRE

En una entrevista hecha al Dr. Luc Montagnier, investigador del Instituto Pasteur, señaló que existen varias hipótesis en relación a la transmisión del mono al -- hombre. Una de estas hipótesis indica que la transmisión -- pudo ocurrir por una mordedura del mono al hombre. Otra hipótesis sería la de que la transmisión se haya dado por la -- absorción de cecina de mono, ya que este tipo de carne es -- vendida en los mercados de Africa. El Dr. Montagnier señaló: "El virus en estado seco resiste más tiempo. Es posible que un individuo con una lesión en la boca haya sido contaminado en esa forma. Sin embargo, hoy día no se encuentran casos de seropositivos entre los cazadores de monos del Senegal, ni entre los pigmeos cazadores del mono verde. No es de excluir tampoco que los dos virus hayan estado presentes en el hombre desde hace ya muchos años, entre pequeños -- grupos de poblaciones aislados, provocando casos de SIDA --- realmente no detectables." (52)

2.1.2. DISEMINACION DEL SIDA

Según el Dr. Montagnier, en relación con el posible pasaje desde Africa, primer continente afectado, a -- Occidente señala: "...los estadounidenses, la Fuerza de Paz de la ONU, fueron a Zaire, después de la independencia del -- país (1960), algunos pudieron haber sido contaminados por el virus en ese momento. Llegaron también Haitianos a Zaire, -- que luego regresaron a Haití. Otra posibilidad más reciente es el de los viajes por avión a partir de contactos entre homosexuales aeromozos con zaireños, suponiendo que estos--- últimos estuvieran en el origen de ese virus, lo cual, no --

obstante, queda todavía por demostrarse." (53)

Otras investigaciones sugieren que hasta --- principios de los 70 empezó a diseminarse la infección en la región de Africa Central, de Africa pasó a Haití, E.U.A. y - Europa a finales de los 70.

Con respecto a esta diseminación del SIDA, - se cree que la transmisión inicial del VIH a México está asciada con viajes realizados a E.U.A. Esta suposición se basa en el hecho de que todos los casos ocurridos en nuestro - país entre 1981 y 1983 correspondieron a personas de buen nivel económico que tuvieron relaciones homosexuales en E.U.A., posteriormente a esas fechas, se han reportado casos de SIDA- ya de transmisión interna. Esto indica que las personas con trajeron la infección en este país y no en otro.

2.2. EN AMERICA: HAITI Y E.U.A.

La frecuencia elevada de SIDA en haitianos - que viven allí mismo o en quienes han emigrado a E.U.A., Ca- nadá o Francia, ha sugerido que Haití haya sido el primer -- país de América en propagar el SIDA.

"Una hipótesis señala que es posible que Hai- tí haya sido la fuente real de la epidemia de SIDA. Sin em- bargo, en opinión de investigadores experimentados en ese -- país, en esta isla no se observaron casos de SIDA hasta 1979, un año después que comenzó la epidemia actual. En consecuen- cia, parece probable que el SIDA se haya presentado antes en E.U.A. que en Haití." (54)

Hasta el momento no se sabe cómo se introdu- jo el virus del SIDA a Haití. Posiblemente las relaciones -

homosexuales de norteamericanos en esa isla haya sido la ---
puerta de entrada del VIH. Se sabe que en Haití existen ---
prostitutos varones homosexuales que recurren a esta activi-
dad para complementar sus ingresos. (55)

Por nuestra parte, nos adherimos a la hipóte-
sis de que el continente de origen del SIDA fue el Africano,
diseminándose después al Americano y por último al Europeo.-
Esta hipótesis la podemos ilustrar de la siguiente manera:

PRIMERO: AFRICA.- Diversas investigaciones -
demuestran que el origen del SIDA se encuentra en Africa, es
pecialmente en Zaire.

SEGUNDO: Haití.- Los miles de haitianos que-
emigraron a Zaire pudieron haberse contagiado del virus del-
SIDA por cualquiera de los mecanismos de transmisión. El re-
greso de haitianos infectados a su país de origen ocasionó -
la entrada del SIDA a esa isla.

TERCERO: E.U.A.- Para los turistas norteamer-
icanos, Haití ha representado el prostíbulo perfecto para -
sus festividades homosexuales. Se cree que la introducción-
del SIDA en E.U.A. haya sido causada por los homosexuales -
norteamericanos que regresaron a su país infectados del VIH-
por relaciones homosexuales con prostitutos haitianos.

CUARTO: EUROPA.- La entrada del SIDA en este
continente pudo haberse dado por tres hechos. Primero, por-
el contagio de africanos a europeos mediante cualquier vía -
de transmisión. Segundo, por el contagio de norteamericanos
a europeos. Tercero, por el contagio de haitianos a euro---
peos.

2.3. EN EUROPA

Las investigaciones sugieren que el último continente en el que entró el SIDA fue en el Europeo, no obstante el gran índice de casos de SIDA registrados ultimamente en países como Francia, Italia y España.

Se cree que los primeros países de Europa en presentar casos de SIDA fueron Francia y Bélgica. Entre los casos ocurridos en estos dos países hay un grupo relativamente grande relacionado con Zaire (antes Congo Belga) u otros países del Africa Central.

Según el Dr. Daniels, "en el Reyno Unido y Europa se ha descubierto un nuevo grupo de riesgo, los pacientes originarios de Zaire u otros países de Africa Central y quienes visitan estas áreas. Muchos de los casos informados en Francia y Bélgica eran individuos de origen africano. También se ha sugerido que es posible que en Africa haya existido un trastorno como el SIDA, sin identificarse debido a las instalaciones médicas relativamente sencillas que existen en ese continente, y que posteriormente haya llegado a América y Europa por el incremento de viajes intercontinentales." (56)

3. EVOLUCION DEL SIDA

3.1. EN EL MUNDO (57)

3.1.1. SITUACION ACTUAL

Hasta el 31 de diciembre de 1988 fueron reportados a la OMS 132,976 casos de SIDA, distribuidos de la siguiente manera: América: 93723; Africa: 20905; Europa: 16-

883; Oceanía: 1180; Asia: 285.

En E.U.A., Canadá, Haití y Brasil se han registrado la gran mayoría de casos de SIDA en América. Esto se explica por el alto índice de homosexuales que viven en estos países. Tanto Haití como Brasil constituyen para los turistas de todo el mundo un sitio de festividades homosexuales. Además, en E.U.A., ciudades como San Francisco y Nueva York también han sido fuertemente atacadas por el SIDA en -- virtud de la congregación de un gran número de homosexuales.

La incidencia de SIDA en Nueva York, según algunos, se debe a que esta ciudad tiene una de las comunidades haitianas más grandes en E.U.A. Cabe mencionar que en un principio se pensó que Haití era la cuna del SIDA.

3.1.2. ESTADISTICAS

Según el "Weekly Epidemiological Record", -- una publicación de la Organización Mundial de la Salud, hasta el 31 de diciembre de 1988, los 25 países que reportaron el mayor número de casos de SIDA fueron:

PAIS	Nº. DE CASOS
E.U.A.	80538
UGANDA	5508
FRANCIA	4874
BRASIL	4436
TANZANIA	3055
KENIA	2732
MALAWI	2586
R.F.A.	2580
ITALIA	2556
CANADA	2181

PAIS	Nº. DE CASOS
REYNO UNIDO	1862
ESPAÑA	1850
HAITI	1661
MEXICO	1642
BURUNDI	1408
CONGO	1250
AUSTRALIA	1079
ZAMBIA	1056
RWANDA	987
NETHERLANDS	676
SUIZA	605
REPUBLICA DOMINICANA	566
REPUBLICA CENTROAFRICANA	432
BELGICA	405
ZAIRE	355

3.2. EN MEXICO (58)

3.2.1. SITUACION ACTUAL

Hasta el 10. de enero de 1989 el número de casos de SIDA notificados a la Secretaría de Salud es de 2013. Los primeros diez lugares los ocupan, en orden descendiente, las siguientes entidades federativas: Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Coahuila, Baja California, Puebla, Veracruz, Michoacán y Yucatán.

A nivel mundial, México ocupa el 14o. lugar. Y en relación con el futuro del SIDA en nuestro país, se cree que para el año 1991 existan de 22 a 23 mil casos de SIDA, según el ritmo de crecimiento que ha ocurrido durante los seis años anteriores.

3.2.2. ESTADISTICAS

Todas las estadísticas que a continuación veremos, fueron tomadas del Boletín Mensual del SIDA, números-11 y 12, correspondientes a los meses de noviembre y diciembre de 1988, editado por el CONASIDA.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1989		
AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. Semestre	1	1
2do. Semestre	1	2
1982		
1er. Semestre	3	5
2do. Semestre	8	13
1983		
1er. Semestre	18	31
2do. Semestre	18	49
1984		
1er. Semestre	18	67
2do. Semestre	54	121
1985		
1er. Semestre	79	200
2do. Semestre	141	341
1986		
1er. Semestre	156	497
2do. Semestre	296	793
1987		
1er. Semestre	417	1210
2do. Semestre	352	1562
1988		
1er. Semestre	353	1915
2do. Semestre	98	2013
T O T A L :	2013	

DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA POR OCUPACION
MEXICO, HASTA EL 1° DE ENERO DE 1989.

OCUPACION	Nº	%
1. TRABAJADOR DE SERVICIOS PUBLICOS O PERSONALES	159	17.1
2. EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	149	16.0
3. TRABAJADOR DE LA EDUCACION	79	8.5
4. PROFESIONALES	78	8.4
5. ESTUDIANTE	55	5.9
6. OBRERO INDUSTRIAL	54	5.8
7. AMA DE CASA	60	6.5
8. COMERCIANTE O VENDEDOR	50	5.4
9. TRABAJADOR DE LA SALUD	44	4.7
10. TRABAJADOR DEL ARTE Y ESPECTACULOS	38	4.1
11. CHOFER	29	3.1
12. TECNICO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	28	3.0
13. CAMPESINO O TRABAJADOR AGRICOLA	26	2.8
14. EMPLEADO DOMESTICO	20	2.2
15. DESEMPLEADO	20	2.2
16. TRABAJADOR DE VIGILANCIA	15	1.6
17. VENDEDOR AMBULANTE	14	1.5
18. PROSTITUTA (o)	9	1.0
19. RECLUSO	3	0.3
T O T A L :	930	100.0

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1989 (HASTA EL 1° DE ENERO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO			
Distrito Federal	673	67.8	33.6
Subtotal	673	67.8	33.6
REGION NORTE			
Nuevo León	100	33.7	5.0
Coahuila	74	41.0	3.7
Baja California	57	42.9	2.8
Chihuahua	29	13.2	1.4
Tamaulipas	25	11.5	1.2
Sonora	19	11.5	0.9
Baja California Sur	3	10.7	0.1
Subtotal	307	24.6	15.3
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	277	55.7	13.8
Michoacán	52	16.1	2.6
Guerrero	42	17.3	2.1
Sinaloa	27	12.3	1.3
Durango	23	28.3	1.1
Nayarit	23	17.3	1.1
San Luis Potosí	21	11.0	1.0
Colima	13	32.6	0.6
Aguascalientes	7	11.1	0.3
Zacatecas	7	5.7	0.3
Subtotal	492	25.7	24.5
REGION CENTRO ORIENTE			
Mexico	184	18.1	9.2
Puebla	58	15.1	2.9
Veracruz	55	8.8	2.7
Morelos	50	43.1	2.5
Guanajuato	16	4.7	0.8
Hidalgo	15	8.6	0.7
Flaxcala	9	14.2	0.4
Querétaro	3	3.4	0.1
Subtotal	390	13.9	19.5
REGION SUR			
Yucatán	51	41.5	2.5
Oaxaca	24	9.3	1.2
Chiapas	21	8.8	1.0
Tabasco	11	9.0	0.5
Campeche	7	13.1	0.3
Quintana Roo	6	18.1	0.3
Subtotal	120	14.5	6.0
EXTRANJERO			
Subtotal	22		1.1
SE IGNORA			
	9		
TOTAL	2013	25.8	100.0

* TASA X 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1° DE ENERO DE 1989

EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL %		RAZON HOM/MUJ
	N°	%	N°	%			
-15	57	3.2	18	8.8	75	3.7	3/1
15-24	231	12.8	35	17.2	266	13.2	7/1
25-44	1235	68.3	114	55.9	1349	67.0	11/1
45-64	235	13.0	26	12.7	261	13.0	9/1
65y +	16	0.9	7	3.4	23	1.1	2/1
SE IGNORA	35	1.9	4	2.0	39	1.9	9/1
T O T A L	1809	100.0	204	100.0	2013	100.0	9/1

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	TASA*	
	N°	TASA*	N°	TASA*			
-15	57	3.6	18	1.2	75	2.4	
15-24	231	26.9	35	4.2	266	15.7	
25-44	1235	131.9	114	12.3	1349	72.4	
45-64	235	58.5	26	6.2	261	31.9	
65y +	16	13.0	7	4.8	23	8.5	
SE IGNORA	35		4		39		
T O T A L	1809	46.2	204	5.3	2013	25.8	

* TASA X 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1° DE ENERO DE 1989

CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS POR SEXO						
CATEGORIA DE TRANSMISION	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
	N°	%	N°	%		
HOMOSEXUALES MASC.	824	53.9			824	48.4
BISEXUALES MASC.	414	27.1			414	24.3
CONTACTOS HETEROSEXUALES	174	11.4	53	31.0	227	13.3
TRANSMISION SEXUAL	1412	92.3	53	31.0	1465	86.0
TRANSFUSION	72	4.7	118	69.0	190	11.2
HEMOFILICOS	21	1.4			17	1.0
DROGADICTOS (I.V)	8	0.5			8	0.5
TRANSMISION SANGUINEA	101	6.6	118	69.0	219	12.9
HOMOSEXUALES DROGADICTOS I.V.	17	1.1			17	1.0
SUBTOTAL	1530	100.0	171	100.0	1701	100.0
		(87.3)		(91.9)		(87.8)
NO DOCUMENTADO		222		15		237
		(12.7)		(9.2)		(12.2)
T O T A L	1752	100.0	186	100.0	1938	100.0

CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS		
CATEGORIA DE TRANSMISION	N°	%
HEMOFILICOS	24	33.8
TRANSFUSION	26	36.6
TRANSMISION SANGUINEA	50	70.4
HOMOSEXUAL MASCULINO	2	2.7
HETEROSEXUAL FEMENINO	1	1.3
TRANSMISION SEXUAL	3	4.0
PERINATAL	18	24.0
NO DOCUMENTADO	4	5.3
T O T A L	75	100.0

C A P I T U L O S E G U N D O

"EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO Y SU RELACION CON EL SIDA"

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. EL DELITO EN EL DERECHO POSITIVO MEXICANO

El Código Penal vigente para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, en su artículo 7º, establece: "Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales." Como expresa el distinguido maestro Celestino Porte Petit, a primera vista parece ser que el Código Penal, de acuerdo a su artículo 7º, define al delito conforme a una concepción bitómica, toda vez que de tal definición se desprenden sólo dos elementos: conducta y punibilidad, siendo el delito una conducta punible. Según este autor, relacionando el artículo 7º, con el propio ordenamiento podemos encontrar los elementos siguientes: conducta o hecho, tipicidad, antijuridicidad, imputabilidad, culpabilidad, condiciones objetivas de punibilidad y punibilidad. (1)

Habrà una conducta típica, cuando exista una total adecuación de una acción u omisión (humana) a alguno de los tipos que describe el Código Penal. Esa conducta típica será antijurídica cuando el sujeto no esté amparado por alguna de las causas de justificación que se señalan en las fracciones III, IV, V, VII y VIII del artículo 15. Esta conducta típica y antijurídica será imputable al agente que la realiza, cuando al momento de cometer el delito no se encuentre en cualquiera de los casos previstos en la fracción II del artículo 15. La culpabilidad será dolosa o culposa, según lo preceptuado por los artículos 8 y 9. La conducta típica, antijurídica, imputable y culpable estará sometida a

condiciones objetivas de punibilidad cuando la propia ley lo establezca y según el delito de que se trate. Por último, - concurrirá la punibilidad cuando no se presente alguna de - las excusas absolutorias contempladas en la ley. (2)

Con la explicación anterior creemos dejar - precisados los siete elementos que integran el delito.

Cabe señalar que no todos los autores admi-- ten como siete a los elementos del delito. Para los penalistas Edmundo Mezguer y Fernando Castellanos Tena son cuatro - los elementos (conducta, tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad). Para el profesor Jiménez de Asúa son siete: con-- ducta, tipicidad, antijuridicidad, imputabilidad, culpabilidad, algunas veces las condiciones objetivas de punibilidad, y la punibilidad. Por último, para los maestros Francisco - Pavón Vasconcelos y Eugenio Cuello Calón son cinco los ele-- mentos del delito (conducta, tipicidad, antijuridicidad, cul pabilidad y punibilidad).

Por nuestra parte, nos adherimos a la opi- nión de los dos últimos autores, pues consideramos que la im putabilidad no es un elemento del delito, sino un presupes- to de la culpabilidad. Tampoco aceptamos como elemento a - las condiciones objetivas de punibilidad, toda vez que las - mismas constituyen un mero requisito de procebilidad.

1.2. CLASIFICACION DE LOS DELITOS EN ORDEN AL RE- SULTADO

Para la mejor comprensión de la naturaleza - jurídica del delito de peligro de contagio que estudiaremos en este capítulo, así como del de lesiones que veremos en el tercer capítulo, hemos estimado pertinente dar primero la - clasificación de los delitos en orden al resultado.

1.2.1. DELITOS DE DAÑO Y DELITOS DE PELIGRO

En los primeros se lesiona en forma directa y efectiva el bien jurídicamente tutelado por la norma violada. La lesión puede ir, desde la alteración o disminución, hasta la destrucción del bien jurídico. En los segundos no hay lesión, sino únicamente una situación de peligro en la que se colocan los bienes jurídicos, y de la cual sólo deriva la posibilidad de causación de un daño. (3) Es decir, por la sola razón de que una conducta ponga en peligro la existencia de un bien jurídicamente protegido por el derecho, se hará acreedora a una sanción; o sea, se castiga el peligro en razón de la posibilidad que implica de causar un daño.

1.2.2. DELITOS MATERIALES Y DELITOS FORMALES

En los primeros, "el tipo exige, además del movimiento corporal del agente, un resultado externo." (4) - A estos delitos también se les ha denominado de resultado. - En los segundos, "el tipo penal se agota en el movimiento corporal o en la omisión del agente, no siendo necesario para su integración la producción de un resultado externo." - (5) A estos delitos también se les ha denominado de mera conducta, pues se sanciona la acción u omisión en sí misma.

1.3. NATURALEZA JURIDICA DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO (ART. 199 BIS)

Como lo veremos más adelante, hasta 1943 las enfermedades venéreas eran incurables y hasta mortales. El gran auge de dichas enfermedades propició que en 1940 los legisladores crearan un tipo de peligro, mediante el cual se sancionara a aquellas personas que, sabiéndose enfermas de un mal venéreo en período infectante, pusieran en peligro de

contagio la salud de otros por medio de relaciones sexuales.

Así, la figura delictiva en cuestión, surge de una necesidad de profilaxis social, que impone la obligación de considerar como delito el hecho de que una persona - exponga a otra el contagio de una enfermedad grave y fácilmente transmisible como son las enfermedades venéreas.

Con fundamento en todo lo anterior, creemos que la naturaleza jurídica del delito de contagio es la siguiente: Se trata de un delito de peligro efectivo, toda vez que el legislador, para estructurar el tipo, sólo lo toma en cuenta la posibilidad de que la salud, bien jurídicamente tutelado, pueda resultar dañada o lesionada por la conducta del agente. Es decir, para la consumación del delito no se requiere que el sujeto activo altere la salud del sujeto pasivo, sino que solamente se ponga en peligro.

En relación con la naturaleza jurídica de este delito, los juristas Pavón Vasconcelos y Vargas López - afirman: "La redacción del precepto revela que la manifiesta intención del legislador fue la creación de un delito de peligro concreto, en el que el contagio venéreo constituye un resultado ajeno a la estructura del tipo y que caería, de - acontecer, dentro de la figura delictiva del artículo 288 - del Código, tipificadora del delito de lesiones. Ello da, - al tipo penal del artículo 199 bis, el carácter de delito - formal o de mera conducta, puesto que su punición es independiente del contagio venéreo que como resultado pueda producirse." (6)

1.4.

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL TIPO 199 BIS -
DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FE
DERAL

En este punto hemos considerado pertinente - abarcar unicamente el período comprendido de 1871 a 1940, para buscar en éste los antecedentes legislativos del tipo 199 bis, revisando en los Códigos Penales de 1871, 1929 y 1931, - incluyendo, además, la reforma del 26 de enero de 1940 a este último.

1.4.1. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS-
FEDERALES DE 1871 (7)

En este Código no se encuentra tipificado el delito de peligro de contagio, ni en el título segundo que - trata de los delitos contra las personas, cometidos por los particulares; ni en el título séptimo, relativo a los delitos contra la salud pública.

En el artículo 511 del referido título segundo, se tipifica el delito de lesiones, dentro del cual podemos incluir al contagio como delito de lesiones cuando por dicho contagio se altere la salud de otra persona; pero en tal caso, las lesiones por contagio constituyen un delito de daño y no de peligro. Por lo tanto, no encontramos en este título segundo, ni en el séptimo, ningún antecedente del delito de peligro de contagio.

1.4.2. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS-
FEDERALES DE 1929 (8)

En este Código, dentro de su Título Séptimo- (De los delitos en contra de la salud), Capítulo II (Del contagio sexual y del nutricio), se encuentran tipificados el - delito de contagio de enfermedades venéreas (Arts. 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533 y 534) y el delito de propagación de enfermedades (Art. 535, párrafo 2º, fracción I).

Como podemos ver, en este Código encontramos en el delito de propagación de enfermedades, un antecedente del delito del peligro de contagio.

Aun cuando el delito de peligro de contagio, tipificado en el artículo 199 bis del Código Penal vigente, es un tipo de formulación causuística, toda vez que hace referencia específica al elemento subjetivo, al medio de comisión, al tipo de enfermedad y a su período temporal de infección, creemos que el delito de propagación de enfermedades, tipificado en la fracción I, párrafo 2° del artículo 535 del Código Penal de 1929, puede también considerarse como un delito de peligro de contagio, pero cuyo tipo es de formulación amplia o libre. Quizás la diferencia más importante entre estos dos tipos sería la de que, mientras en el primero, el sujeto pasivo del delito es personal e individual; en el segundo el sujeto pasivo es impersonal y colectivo.

Consideramos que quien propaga una enfermedad, pone en peligro de contagio la salud de otros. Sin embargo, creemos que la palabra "propague", empleada en el artículo 535, resulta más confusa e inadecuada que las de "ponga en peligro de contagio la salud de otro", empleadas en el artículo 199 bis.

1.4.3. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS-FEDERALES DE 1931 (9)

Este Código Penal que actualmente nos rige, no tipificó el delito de peligro de contagio sino hasta 1940, fecha en la que fue adicionado para incluir al tipo 199 bis, el cual fue insertado por decreto del 26 de enero de 1940, publicado en el Diario Oficial el 14 de febrero del mismo año.

La incursión del mencionado artículo obedeció a la opinión sugerente que antes de la citada reforma - hiciera el penalista Francisco González de la Vega, quien - mencionaba: "...creemos indispensable la erección de un tipo de delito de estado de peligro, para prevenir las actividades sexuales de los enfermos venéreos, sancionándolas - en sí mismas con independencia de que consumen contagio... los actos sexuales de loéticos o gonocócicos deben prohibirse y penarse, sin aguardar a la consumación del perjuicio..." (10)

El penalista antes citado consideraba que - cuando los contactos sexuales dolosos de los enfermos venéreos no causaban contagio, caían dentro del grado de tentativa. Por el contrario, los contactos sexuales imprudentes de los enfermos venéreos que no causaban contagio, escapaban de represión penal. En virtud de lo anterior, el maestro González de la Vega propuso la creación de un tipo de - peligro que sancionara tanto las cópulas intencionales como imprudenciales de los enfermos venéreos cuando no se causara contagio. (11)

El propósito de este maestro no fue claramente entendido por los legisladores, toda vez que el tipo 199 bis que fue adicionado a nuestro Código, de ninguna manera admite configuraciones culposas, por ello escapan de - represión penal las cópulas imprudentes de los enfermos venéreos cuando no se produce el contagio.

El propio penalista, inconforme con la redacción del tipo aludido, propuso otra pero de mayor alcance: "El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante o de una enfermedad grave y - fácilmente transmisible, tenga relaciones sexuales, amante o de cualquier otra manera directa ponga en peligro de -

contagio la salud de otro, será recluso en establecimientos adecuados por todo el tiempo necesario, hasta obtener la curación o la inocuidad del sujeto." (12)

Como se puede apreciar, la redacción anterior es de mayor alcance que la del tipo 199 bis, toda vez que no se refiere únicamente a las enfermedades venéreas, -- las cuales no necesariamente son más graves y contagiosas -- que otras; además, tampoco se contempla como único medio de comisión a las relaciones sexuales, sino cualquier medio directo para poner en peligro de contagio la salud de otro. -- Otra diferencia importante es la referente a que en la redacción propuesta por el citado maestro, se contempla como consecuencia del delito la aplicación de una medida de seguridad y no una pena privativa de la libertad como señala el tipo 199 bis.

Pese a que la redacción propuesta por el penalista González de la Vega, supera en mucho a la contenida en el tipo de referencia, creemos que dicha redacción tampoco cumple con el propósito que este autor buscaba, ya que al contener nuevamente al elemento subjetivo, consistente en el conocimiento que el sujeto activo tiene de su enfermedad, se hace imposible la configuración culposa del delito que nos ocupa.

1.5. EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO EN EL DERECHO POSITIVO MEXICANO (13)

Antes de hacer el estudio dogmático del delito de peligro de contagio, del cual nos ocuparemos en la segunda parte de este capítulo, consideramos pertinente dar -- dentro de este punto, la ubicación que del tipo delictivo en cuestión hace el Código Penal vigente para el D.F. Dicho -- ordenamiento sitúa a este ilícito dentro de los delitos con-

tra la salud; delitos que como su nombre lo indica, tutelan la salud de los ciudadanos, como un bien jurídicamente protegido por el Derecho Penal a través de la sanción a conductas que atenten contra él, ya sea lesionándolo o poniéndolo en peligro. Así, el Código Penal vigente para el Distrito Federal, ubica al delito de peligro de contagio de la siguiente manera:

LIBRO SEGUNDO
TITULO SEPTIMO
DELITOS CONTRA LA SALUD
CAPITULO I

De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de estupefacientes y psicotrópicos.

CAPITULO II

Del peligro del contagio

"Art. 199 bis.- El que, sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

Cuando se trate de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido."

1.6. LAS ENFERMEDADES VENEREAS (14)

Etimológicamente, la palabra "venéreo" proviene del latín venus, que significa amor o deseo sexual.

Según el Dr. James Leslie Mc Cary, la fuente habitual de las enfermedades venéreas es el coito, pues casi siempre se adquieren por contacto sexual directo.

Hasta 1943 las enfermedades venéreas eran -

prácticamente incurables; pero gracias al descubrimiento de los antibióticos, todos estos padecimientos dejaron de ser graves y mortales.

A continuación estudiaremos algunas de las enfermedades venéreas más importantes.

1.6.1. GONORREA

La gonorrea es una inflamación catarral contagiosa de la mucosa genital, casi siempre se adquiere durante el coito con una persona infectada o también puede ser congénita (oftalmía gonocócica).

1.6.1.1. ORGANISMO CAUSATIVO Y PERIODO DE INCUBACION

La gonorrea la produce un parásito denominado gonococo. Su período de incubación es de dos a siete días después del coito infectante.

1.6.1.2. MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES EN EL HOMBRE

Las complicaciones de la gonorrea son menos graves en el hombre.

1.6.1.2.1. URETRITIS AGUDA

Sensación de urgencia y frecuencia para orinar, algunas veces con inflamación del pene y ardor en la punta del mismo, pudiendo ser éste el primer síntoma.

1.6.1.2.2. EPIDEMITIS

Esta complicación de la gonorrea consiste en

la inflamación del epidídimo, que es una estructura internamente adherida a los testículos. En los casos graves de epididimitis, puede estar tumefacto y doloroso todo el testículo, llegándose incluso a la esterilidad.

1.6.1.3. MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES EN LA MUJER

Un gran porcentaje de mujeres infectadas de gonorrea son asintomáticas.

La enfermedad se manifiesta a través del flujo, provocando inflamación y enrojecimiento de la vulva. - Hay urgencia y frecuencia para orinar, acompañada de dolor y sensación escaldante.

1.6.1.3.1. INFLAMACION DE LAS GLANDULAS DE BARTHOLIN

Produce la tumefacción y adolorimiento de las glándulas de la vulva, formando un absceso o quiste que requiere drenaje quirúrgico.

1.6.1.3.2. INFLAMACION DE LAS TROPAS DE FALOPIO

Puede producirse un absceso tubario en cualquiera de las trompas, el cual puede desencadenar en dolor cólico abdominal agudo, irregularidades menstruales, invalidez crónica y esterilidad.

1.6.1.4. MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES EN LOS NIÑOS

La gonorrea infantil es la llamada "gonorrea congénita". La oftalmía gonocócica produce ceguera en el recién nacido. Por fortuna, actualmente este padecimiento ha-

sido erradicado por la aplicación que se hace al recién nacido de gotas de una solución de nitrato de plata al 1% o penicilina en los ojos.

1.6.2. SIFILIS

Es considerada como la más peligrosa de las enfermedades venéreas. El organismo que la produce es una espiroqueta (*Treponema Pallidum*) y puede adquirirse por contagio o ser congénita.

1.6.2.1. ETAPAS DE LA SIFILIS ADQUIRIDA

1.6.2.1.1. SIFILIS TEMPRANA

La sífilis detectada tempranamente es más fácil de curar; sin embargo, es en este período cuando la enfermedad es más contagiosa.

La etapa primaria de la sífilis temprana se identifica por una lesión o chancro que aparece en la zona anogenital, 10 a 40 días después del coito infectante. La etapa secundaria de la sífilis temprana se caracteriza por una erupción no pruriginosa que generalmente aparece sobre el tronco del cuerpo en un lapso de tres meses.

1.6.2.1.2. PERIODO LATENTE

Esta tercera etapa de la sífilis no tratada comienza 2 años después del coito infectante. Este período resulta ser muy engañoso pues los síntomas desaparecen, pero la enfermedad puede seguir latente por años.

1.6.2.1.3. SIFILIS TARDIA

Las lesiones producidas por la sífilis tardía suelen aparecer en la boca, garganta y sobre la lengua, produciendo engrosamiento del tejido o la aparición de úlceras destructivas (gomas sifilíticas). Los síntomas y lesiones de la sífilis tardía pueden aparecer 30 años después de la infección inicial.

La sífilis no tratada, produce efectos invalidantes, desfigurantes y mutilantes irreparables, tales como la Neurosífilis y la Parálisis General Progresiva. La primera, suele ocurrir en casi el 25% de los casos de sífilis no tratada, siendo sus principales síntomas: dolor de cabeza, mareo, náusea, convulsiones epileptiformes, inquietud, retardo mental, irritabilidad, ansiedad, depresión, delirio leve o intenso, demencia, etc. La segunda, es un trastorno sifilítico crónico progresivo, generalmente aparece de 10 a 20 años después de la lesión sifilítica inicial; en la mayoría de los casos se observa entre los 30 y 50 años de edad, más frecuentemente en hombres que en mujeres.

1.6.2.2. SIFILIS CONGENITA

Durante los dos primeros años de su infección, una mujer sifilítica embarazada puede transmitirle la enfermedad al feto; pero si la madre es tratada antes del cuarto mes de embarazo, hay posibilidad de que el producto no adquiera la enfermedad.

1.6.3 CHANCROIDE

El agente causal de este padecimiento es el estreptobacilo de Ducrey. Se identifica por la ulceración local de los genitales externos. En el hombre la úlcera se forma sobre el glande, el surco balano prepucial, el frenillo y la piel del escroto; en la mujer, sobre los labios ma-

yores, vestíbulo o clítoris.

Los primeros síntomas aparecen de 12 a 16 horas después del coito infectante. El chancroide se puede adquirir al mismo tiempo que otras enfermedades venéreas.

1.6.4. GRANULOMA INGUINAL

Este padecimiento se identifica por la ulceración, cicatrización y deformidad de la parte afectada (pene, labios mayores, ano, recto, ingle, etc.), abarcando piel y tejidos subcutáneos.

1.6.5. LINFOGRANULOMA VENEREO

Esta enfermedad la produce un virus que invade los tejidos en la zona anogenital. La lesión primaria -- aparece unos cuantos días después del coito infectante, bajo la forma de una vesícula indolora que en muy poco tiempo cura sin dejar tejido cicatrizal.

1.6.6. CARACTER SEXUAL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

En un principio estas enfermedades recibieron el calificativo de "venéreas" por el significado sexual de la palabra. Actualmente los médicos, sexólogos y psicólogos las han denominado "enfermedades de transmisión sexual", por ser la relación sexual la vía perfecta para su transmisión.

Algunos autores consideran que estas enfermedades no sólo se transmiten por contacto sexual directo, sino también indirectamente. Sin embargo, la gran mayoría de los investigadores sólo aceptan el coito como vía directa y efectiva de transmisión. Dentro de esta última postura se -

encuentran los doctores Grover y Grace, quienes según su --- opinión: "...estas enfermedades son tan especializadas que - son contraídas solamente a través del contacto caliente, húmedo e íntimo de las mucosas, condiciones perfectamente reunidas durante el coito..." (15)

En virtud de lo anterior, sólo queremos expresar que desde nuestro particular punto de vista, cual----quier enfermedad que se transmita por vía sexual, aun admitiendo otros medios de contagio, puede ser calificada de venérea cuando en el caso concreto de contagio la vía haya sido sexual.

1.7. EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Como lo señalamos en el primer capítulo de - este trabajo, el SIDA es causado por un virus llamado: "virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)", el cual se transmite básicamente por tres vías: sexual, sanguínea y perinatal.

Estas tres formas de transmisión le quitan - al SIDA la categoría exclusiva de enfermedad venérea, ya que el virus que causa dicho síndrome no se contrae únicamente - por vía sexual. En el punto anterior vimos que las enfermedades venéreas son las que habitualmente se transmiten por - contacto sexual; sin embargo, el SIDA no sólo se transmite - por esta vía.

El artículo 134 de la Ley General de Salud, - que enumera las enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica, prevención y control, fue reformado por Decreto del 28 de abril de 1987, para incluirse dentro de éstas al SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). Este artículo 134 con 14 fracciones, que antes de la citada refor

ma enumeraba solamente 13, contempla separadamente, como dos padecimientos distintos, a las enfermedades sexualmente ---- transmisibles (fracc. VIII) y al SIDA (fracc. XIII).

El hecho de que no se hubiera incluido al SIDA en la fracc. VIII, relativa a las enfermedades sexualmente transmisibles como la sífilis, sino en una fracción aparte, nos hace suponer que el legislador no le dio el caracter de enfermedad venérea por no ser de transmisión exclusivamente sexual.

Haciendo una revisión minuciosa de la información documental que amablemente nos fue proporcionada por la Dirección General de Epidemiología y por el CONASIDA, ambos especialistas en el estudio del SIDA, pudimos notar que en ninguna de las publicaciones de estas instituciones se califica de venéreo o no al SIDA.

Por otra parte, en muchas de las enciclopedias médicas y libros sobre venerología que consultamos, se señala que las enfermedades venéreas son aquellas que "general o habitualmente" se transmiten por relaciones sexuales.- Este "general o habitualmente" parece indicar que excepcionalmente pudiera contraerse una enfermedad venérea por otra vía no sexual, como podría ser el caso de la oftalmía gonocócica (ceguera infantil), que se da por la transmisión perinatal de la gonorrea, así como el caso del granuloma inguinal, que es un padecimiento considerado venéreo, pero que no necesariamente se contrae mediante relaciones sexuales.

En el siguiente punto analizaremos la posible adecuación de la conducta consistente en poner en peligro de contagio venéreo del VIH, al tipo 199 bis; para ello, es necesario, primero, determinar si el SIDA es o no un "malvenéreo."

Respecto a la aludida reforma del artículo - 134 de la Ley General de Salud, consideramos que si el legis- lador no incluyó al SIDA dentro de la fracción VIII, relativo a las enfermedades sexualmente transmisibles, es porque, - simple y sencillamente, el SIDA no se adquiere únicamente -- por vía sexual. Sin embargo, este hecho no significa que no pueda considerarse al SIDA como una enfermedad venérea o sexualmente transmisible cuando se adquiriera por contacto se- - xual.

Consideramos que el SIDA es una enfermedad - transmisible, ya sea por vía sexual, sanguínea o perinatal. - Por la existencia de estas tres vías de transmisión, no pode- mos calificar al SIDA de venéreo; sin embargo, cuando en un- caso concreto este padecimiento se adquiere por el contagio- sexual del VIH, se convierte entonces en una enfermedad vené- rea o sexualmente transmisible.

1.8. POSIBLE ADECUACION DE LA CONDUCTA CONSISTEN- TE EN PONER EN PELIGRO DE CONTAGIO VENEREO DEL VIRUS DEL SIDA, AL TIPO 199 BIS DEL C.P.

Del carácter venéreo del SIDA depende su re- lación con el artículo 199 bis, pues sólo en el caso de con- siderar al SIDA como un "mal venéreo", podrá sancionarse pe- nalmente a la persona que, sabiendo que es portadora del VIH, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de - relaciones sexuales.

Precisamente del calificativo de "venéreo" - del SIDA, derivan una serie de cuestionamientos que parecen- no tener una respuesta unitaria. Tal vez para efectos médi- cos no sea tan trascendente el diferenciar si el SIDA es o - no un mal venéreo; sin embargo, para efectos legales, y espe- cíficamente para el penal, resulta sumamente indispensable -

definir y clasificar ampliamente esta enfermedad, a efecto de no dejar lugar a dudas sobre su naturaleza, ya que de --- ello dependerá que la conducta de quien, sabiéndose infectado del virus del SIDA, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, se adecúe exactamente al tipo 199 bis (tipicidad).

Como lo señalamos en páginas anteriores, nosotros sostenemos el carácter venéreo del SIDA cuando éste es adquirido por contagio sexual del VIH; por ello, también sostenemos que sí hay una exacta adecuación de la conducta antes descrita, al tipo 199 bis.

En virtud de que el mismo tipo 199 bis exige que el medio de comisión del delito lo sean las relaciones sexuales, practicadas por quienes, sabiendo que padecen un mal venéreo en período infetante, ponen en peligro de contagio la salud de otro, consideramos que no existe impedimento legal para interpretar extensivamente el término "mal venéreo" descrito en el tipo, incluyendo dentro de él al SIDA, como un padecimiento análogo al venéreo, sólo cuando dicho síndrome es producido por el contagio sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Por todo lo anterior, podemos afirmar que -- más que una mera posibilidad, es todo un hecho la adecuación del acto que pone en peligro de contagio venéreo del VIH, al tipo 199 bis. Y en razón de esta adecuación, procederemos a hacer el estudio dogmático del delito de peligro de contagio, en relación con el SIDA; es decir, analizaremos los elementos positivos y negativos de este delito, relacionándolos -- con un caso concreto de peligro de contagio del virus del SI DA.

2. ESTUDIO DOGMATICO DEL DELITO DE PELIGRO DE -
CONTAGIO, EN RELACION CON EL SIDA (ART. 199-
BIS DEL C.P.).

Debemos hacer la aclaración de que el hecho-
de que hagamos este estudio no significa de ninguna manera -
que estemos proponiendo que se castigue a aquellas personas-
que, sabiendo que son portadoras del VIH, tengan relaciones-
sexuales. Si hacemos este estudio dogmático, es simple y --
sencillamente por la naturaleza del tema sobre el que versa-
nuestro trabajo.

En resumen, nuestra intención no es la de --
proponer sanciones, sino la de demostrar la repercusión del-
SIDA en el campo del Derecho Penal, por la comisión de algún
delito como el de peligro de contagio (Artículo 199 bis) y -
el de lesiones (Artículo 288).

2.1. PRESUPUESTO MATERIAL DE LA CONDUCTA

Según la opinión de los maestros Pavón Vas--
concelos y Vargas López: "La relación sexual constitutiva de
la conducta típica en el delito, sólo adquiere relevancia en
cuanto concurre con ella una situación de hecho, anterior, -
que indudablemente integra un presupuesto de aquélla...re---
quíérese que el sujeto activo se encuentre enfermo de sifi--
lis o de un mal venéreo en estado infectante..."(16)

Adhiriéndonos a la opinión de estos autores,
consideramos que el presupuesto material de la conducta en -
el delito de peligro de contagio es la enfermedad venérea --
que debe aquejar al sujeto activo al momento de realizar la-
conducta. Es decir, la relación sexual sólo tendrá trascen-
dencia penal cuando el agente del delito la practique estan-
do enfermo de un mal venéreo en período infectante.

2.2. ELEMENTOS POSITIVOS DEL DELITO

2.2.1. CONDUCTA

La conducta descrita en el tipo consiste, según nosotros, en "poner en peligro de contagio la salud de otro."

No deben confundirse la conducta típica y el medio de comisión. El tipo 199 bis prevé que la relación -- sexual sea el único medio a través del cual el sujeto activo, sabiéndose enfermo de un mal venéreo en período infectante, realice la conducta consistente en poner en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo.

Por su parte, los distinguidos penalistas, - Mariano Jiménez Huerta, Francisco Pavón Vasconcelos y G. Vargas López, consideran que la conducta descrita en el tipo -- 199 bis es la relación sexual. El primero sostiene que este delito "es formal o de simple comportamiento, pues para su - integración basta que el sujeto activo realice la conducta - descrita, esto es, tenga relaciones sexuales..." (17) Los - dos últimos no distinguen entre la conducta típica y el me- dio de comisión, ya que consideran que "la conducta típica, - o sea la relación, acceso carnal o acto sexual constituye el medio eficaz que pone en peligro de contagio la salud del pa- ciente del delito, siendo consecuencia ese padecimiento, del estado infeccioso del mal venéreo padecido por el autor." (18)

Por nuestra parte, consideramos que la con- ducta típica es la de "poner en peligro de contagio la salud de otro", y el mismo tipo muy claramente señala que el medio por el cual se origine este peligro sea la relación sexual.- Sin embargo, objetivamente ese "poner en peligro de contagio" se va a materializar a través de las relaciones sexuales, las

que por ser el único medio de comisión previsto por el tipo para poner en peligro de contagio, puede ser fácilmente confundidas con la conducta.

Por otra parte, si como el propio maestro Pavón Vasconcelos manifiesta: "...el núcleo del tipo lo constituye la acción u omisión trascendentes para el Derecho, expresado generalmente por un verbo y excepcionalmente por un sustantivo..." (19), no vemos la razón por la cual se pretende considerar a la relación sexual como conducta, si en este caso la palabra "poner" corresponde al verbo núcleo del tipo; es decir, a la conducta.

2.2.1.1. ELEMENTOS DE LA CONDUCTA

FISICO: La actividad del sujeto activo, consistente en poner en peligro de contagio por medio de relaciones sexuales (movimientos corporales).

PSIQUICO: La voluntad del sujeto activo de realizar esos movimientos corporales (relaciones sexuales) para poner en peligro de contagio al sujeto pasivo.

JURIDICO: La actividad voluntaria de poner en peligro de contagio la salud de otro, quebranta el deber-jurídico de no hacer, contenido en una norma penal (art. 199 bis). Esta norma prohibitiva es violada por esa actividad voluntaria.

2.2.1.2. CLASIFICACION EN ORDEN A LA CONDUCTA

2.2.1.2.1. ACCION: Es un delito de acción porque, al ser la relación sexual el único medio de comisión, sólo podría ponerse en peligro de contagio la salud de otro por medio de un movimiento corporal voluntario, consistente en la-

relación sexual. En este caso, la naturaleza positiva (acción) del medio de comisión (relación sexual) le da también la naturaleza positiva (acción) a la conducta (poner en peligro de contagio).

2.2.1.2.2. UNISUBSISTENTE O PLURISUBSISTENTE: La conducta consistente en poner en peligro de contagio puede integrarse por uno o más actos sexuales que originen ese peligro que constituye la conducta.

2.2.1.3. CLASIFICACION DEL DELITO EN ORDEN AL RESULTADO

2.2.1.3.1. FORMAL: Porque basta que el sujeto activo realice la conducta descrita en el tipo, sin ser necesaria la producción de un resultado externo. (20)

2.2.1.3.2. DE PELIGRO: Porque la salud, que es el bien jurídicamente protegido, no se lesiona, sólo se pone en peligro. "Es un delito de peligro que se sanciona por las simples relaciones, sin que sea necesario que se produzca el daño de contagio; cuando esto acontece el delito es de lesiones." (21)

Con respecto a la naturaleza del peligro en este delito, el maestro Mariano Jiménez Huerta afirma: "...se trata de un peligro efectivo, pues en cada caso concreto debe ser afirmado y probado que el agente, al tener relaciones sexuales con otro, puso la integridad corporal de éste en riesgo de sufrir un daño." (22)

En relación específica con el SIDA, en el caso de que una persona infectada del VIH, tenga relaciones sexuales con otra, independientemente de que se cause o no el contagio, el peligro de infección en que se pone a la perso-

na siempre es efectivo, ya que la relación sexual, según comprobaciones médicas, es una de las vías más seguras de transmisión.

2.2.1.3.3. INSTANTANEO: Porque la consumación y agotamiento de la conducta se dan instantáneamente.

2.2.2. TIPICIDAD

Para que se dé el delito de peligro de contagio, deberá existir una exacta adecuación o encuadramiento de la conducta al tipo descrito en el artículo 199 bis del C.P. Y en relación específica con el SIDA, habrá tipicidad cuando el sujeto activo, sabiendo que es portador del VIH, ponga en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo por medio de relaciones sexuales.

2.2.2.1. ELEMENTOS DEL TIPO

2.2.2.1.1. OBJETO JURIDICO PROTEGIDO

La salud individual es el bien jurídicamente tutelado por el Derecho Penal a través del delito de peligro de contagio. En este mismo sentido opina el maestro Jiménez Huerta, quien considera que la conducta descrita en este tipo afecta directamente a una persona determinada y no a la colectividad. Es un delito contra la salud individual o personal y no pública. (23)

Nos adherimos a la opinión de este penalista; sin embargo, específicamente por lo que respecta al SIDA, las relaciones sexuales practicadas por quien es portador del VIH, ponen en peligro no sólo la salud del sujeto pasivo, sino también la de un tercero, como podría serlo el producto de la concepción en el caso de que siendo mujer el

sujeto pasivo estuviera embarazada. En este caso que ponemos como ejemplo, no tan sólo se pone en peligro la salud -- del sujeto pasivo, sino también la de su descendencia.

2.2.2.1.2. OBJETO MATERIAL

El sujeto pasivo es el objeto material sobre el cual recae directamente la conducta del sujeto activo.

2.2.2.1.3. SUJETOS (24)

El sujeto activo es la persona que pone en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo. Es exclusivo porque no cualquier persona puede ser sujeto activo de este delito, sino sólo aquella que esté enferma de sífilis o de un mal venéreo en período infectante. Esta calidad especial hace que el sujeto activo sea propio o exclusivo. Es unisubjetivo porque el tipo sólo requiere de una persona que realice la conducta de poner en peligro de contagio.

El sujeto pasivo es la persona a la que se pone en peligro de contagio. Es personal y sin calidad especial porque debe tratarse de "cualquier persona física." Es unisubjetivo porque con un solo sujeto al que se ponga en peligro de contagio se integra el tipo.

En otro orden de ideas, en virtud de que el tipo no especifica que la relación sexual sea heterosexual, pudiendo ser homosexual, consideramos que el sujeto de este delito puede ser hombre o mujer, así como el pasivo puede -- ser también hombre o mujer. Así, cuando el sujeto activo -- sea hombre, el pasivo podrá ser hombre o mujer; y cuando el sujeto activo sea mujer, el pasivo podrá ser hombre o mujer.

2.2.2.1.4. ELEMENTO SUBJETIVO DEL INJUSTO

Para que se tipifique la conducta no es suficiente que el sujeto activo, enfermo de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, sino que además el tipo exige que al momento de realizar la conducta el agente actúe sabiéndose enfermo del mal venéreo en período infectante.

Tal y como lo sostiene el maestro Jiménez -- Huerta, consideramos que el elemento subjetivo consiste en el conocimiento que tiene el sujeto activo: 1). De la realidad patológica que afecta a su salud, y 2). De que su enfermedad es contagiosa por hallarse en período infectante. No habrá tipicidad si al momento de la relación sexual no tiene el sujeto activo este doble conocimiento. Por lo que respecta al sujeto pasivo, este autor opina: "... es intrascendente en la integración típica, el hecho de que el sujeto pasivo hubiere tenido conocimiento del peligro que corría, pues el consentimiento es inoperante ante peligros que, como el de contagio venéreo tienen trascendencia social." (25)

Cuando estudiemos la culpabilidad veremos de qué manera este elemento subjetivo determina la naturaleza exclusivamente dolosa de la culpabilidad en este delito.

Específicamente en relación con el SIDA, para que se dé este elemento típico, el sujeto infectado del VIH, que teniendo relaciones sexuales con otro, lo pone en peligro de contagio, debe necesariamente saber que es portador del virus, y para saberlo es necesario que se someta a una prueba de detección de anticuerpos contra el virus.

2.2.2.1.5. MEDIO DE COMISION

Como lo indicamos en el punto relativo a la conducta, el tipo 199bis señala muy claramente a la relación

sexual como el medio por el cual el sujeto activo pone en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo.

En cuanto al significado de la relación sexual, los autores han emitido variadas opiniones, de las cuales nos ocuparemos a continuación.

Los maestros Pavón Vasconcelos y Vargas López opinan que el acto o relación sexual en sentido amplio se puede entender como "la penetración del órgano genital, masculino o femenino, por vía normal o anormal en persona de cualquier sexo, independientemente de que se llegue o no a la eyaculación o seminatío." (26)

Por su parte, el distinguido profesor Raúl Carrancá y Trujillo sostiene que uno de los elementos típicos es precisamente que el sujeto activo "tenga relaciones sexuales (una o más cópulas) y otros actos eróticos sexuales (besos, tocamientos idóneos para producir el contagio, etcétera)." (27)

Una tercera opinión la sostiene el penalista René González de la Vega, quien señala: "La relación sexual... no reviste los caracteres de la cópula, en cuanto a los elementos requeridos (introducción viril) pues bastará cualquier acto erótico sexual capaz de producir el contagio." (28)

El maestro Sebastián Soler define los actos eróticos sexuales como "acciones corporales de aproximación o tocamiento, inverecundo, realizados sobre el cuerpo de otra persona." (29)

La eminente penalista Marcela Martínez Roaro, considera a la relación sexual como una conducta sexual bi-subjetiva, en la que el sujeto requiere de otro u otros suje

tos para satisfacer sus apetitos sexuales, satisfaciéndolos mediante la cópula (normal o anormal) u otras conductas (anormales) como la fellatio in ore, cunnilingus, etc.). (30)

Adhiriéndonos a la opinión de los maestros - René González de la Vega y Raúl Carrancá y Trujillo, y tomando como base la opinión de la maestra Marcela Martínez Roaro, consideramos que las relaciones sexuales a que alude el artículo 199 bis comprenden tanto la cópula (normal o anormal) como cualquier acto erótico sexual que ponga en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo.

La relación sexual la podemos representar mediante el siguiente cuadro sinóptico;

RELACION SEXUAL	COPULA	Normal:	Introducción del pene en la vagina : S.A./Hombre S.P./Mujer.
		Anormal:	Introducción del pene o cualquier sustituto de éste en el ano: S.A./ Hombre o Mujer S.P./ Hombre o Mujer
	ACTOS EROTICOS SEXUALES		Caricias, tocamientos o manejos - realizados en las zonas genitales. Sexo Oral (Fellatio in ore, cunnilingus). Sadismo.

Como lo mencionamos en nuestro primer capítulo, son muchas las vías por las que se puede poner en peligro de contagio o contagiar el VIH; sin embargo, específicamente en el caso previsto por el artículo 199 bis, sólo podrá sancionarse penalmente a la persona infectada del virus-

que por medio de relaciones sexuales pone en peligro de contagio la salud de otro. De tal manera que aquellos infectados que por cualquier otro medio (préstamo de agujas y jeringas infectadas, tatuajes, etc.) pongan en peligro de contagio no serán sancionados penalmente, a no ser que directa y efectivamente se causara dicho contagio, sancionándoseles en este caso por el delito de lesiones.

2.2.2.1.6. REFERENCIA TEMPORAL

El tipo hace referencia temporal de la enfermedad venérea padecida por el sujeto activo; es decir, la relación sexual que pone en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo, debe verificarse cuando la enfermedad venérea del agente se encuentre precisamente en período infectante, pues si no es en ese período, la relación sexual no pondrá en peligro de contagio.

En virtud de que en algunas de las enfermedades venéreas hay períodos en los que son infecciosas y otros en los que no lo son, en el tipo se hace referencia al período de tiempo en el cual debe estar comprendida la enfermedad, o sea, en período infectante. Sin embargo, en el caso del SIDA, resulta intrascendente la verificación de esta referencia temporal, toda vez que el portador del VIH o el enfermo de SIDA siempre lo están en período infectante, y por lo tanto, en posibilidad de contagiar o poner en peligro de contagio a otros.

2.2.2.2. CLASIFICACION DEL TIPO

El tipo es fundamental y autónomo porque no deriva de ningún otro tipo, teniendo vida propia.

Es anormal porque dentro de los elementos --

constitutivos figura un elemento subjetivo, consistente en el conocimiento que tiene el sujeto activo de la existencia del mal venéreo en período infectante que padece. (31)

Es simple porque el único bien jurídico que protege es la salud personal.

Es de formulación casuística porque se señala "casuísticamente" la actividad productora del resultado típico, haciéndose, entre otras cosas, referencia a las relaciones sexuales como medio de comisión y al período infectante de la enfermedad.

2.2.3. ANTIJURIDICIDAD

La conducta consistente en "poner en peligro de contagio la salud de otro" es contraria a derecho porque viola una norma penal prohibitiva contenida en el artículo 199 bis del C.P. Esta conducta será antijurídica cuando, además de ser típica, no esté amparada por alguna causa de justificación.

2.2.4. IMPUTABILIDAD

El profesor Castellanos Tena define a la imputabilidad como "el conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales en el autor, en el momento del acto típico penal, que lo capacitan para responder del mismo." El citado maestro resume la imputabilidad en "la capacidad de entender y de querer en el campo del Derecho Penal." (32) Esto significa que la imputabilidad implica que el agente del delito tenga, al momento de cometerlo, la capacidad mental e intelectual de comprender la ilicitud de su conducta, así como la capacidad de elegir esa conducta ilícita, aun teniendo la capacidad de elegir no realizarla.

En este orden de ideas, al sujeto que sabiéndose enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, sólo le será imputable esa conducta típica y antijurídica cuando al momento de realizarla, tenga las condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales que lo capaciten para responder de ella.

2.2.5. CULPABILIDAD

Desde el punto de vista de la teoría psicologista de la culpabilidad, el sujeto activo del delito será culpable cuando, conociendo lo antijurídico de su conducta (elemento intelectual), la quiere o acepta (elemento volitivo). (33)

Desde el punto de vista de la teoría normativa de la culpabilidad, el sujeto que realiza la conducta descrita en el tipo 199 bis, será culpable cuando, siendo imputable, el orden normativo le pueda exigir una conducta diversa a la realizada. (34)

2.2.5.1. FORMA DE LA CULPABILIDAD: DOLOSA

En el delito de peligro de contagio la culpabilidad es dolosa, pudiendo presentarse tanto el dolo eventual como el directo.

Los maestros Pavón Vasconcelos y Vargas López, en relación con la naturaleza dolosa de este delito --- afirman: "...es reveladora de la naturaleza dolosa del delito, el conocimiento que el agente tiene de la enfermedad que padece y de su estado infectante, referencias del tipo integradoras de un elemento subjetivo que cae en el ámbito de la culpabilidad por ser manifiestas alusiones al carácter dolo-

so de la conducta." (35) En este mismo sentido opina el profesor Francisco González de la Vega, quien dice: "...el delito es necesariamente intencional pues el actuante ha de conocer su dolencia al practicar las relaciones sexuales." (36)

Por su parte, el maestro Mariano Jiménez --- Huerta, niega que este delito admita configuraciones culposas, ya sea con o sin representación, ya que si lo que la ley penal sanciona es simplemente la relación sexual practicada por quien sabiéndose enfermo de un mal venéreo en período infectante, pone en peligro de contagio la salud de otro, resulta intrascendente que el agente se hubiere representado o no la posibilidad de producir el resultado, por no requerirse ésta para la adecuación típica. (37)

El autor antes citado considera que el elemento subjetivo contenido en el tipo 199 bis, hace imposible que el delito en él tipificado admita configuraciones culposas. "Estas configuraciones culposas serían plenamente viables, a pesar de dichos elementos subjetivos, si para la integración del delito se requiriera la realización del resultado, ésto es, la causación del contagio, pues pudiera acontecer que el sujeto activo hubiere copulado con conocimiento de la enfermedad venérea que en período infectante sufría y que por especiales circunstancias no se hubiere representado la posibilidad de producir el contagio o, ante esta representación, la hubiere rechazado con la esperanza de que no se produjera, fundado en que ya en otras ocasiones había copulado sin contagiar el mal." (38)

2.2.5.1.1. DOLO EVENTUAL

Con respecto al dolo eventual, nos parece de sumo interés la significación que de él da el distinguido -- maestro Luis Jiménez de Asúa, quien dice: "...hay dolo even-

tual cuando el sujeto se representa la posibilidad de un resultado, que directamente no se tiene intención de ejecutar; pero cuya producción se ratifica en última instancia..." (39)

Tomando en consideración las palabras de este autor, y adecuándolas al delito de peligro de contagio -- que estamos estudiando, creemos que la culpabilidad en este delito se manifiesta a través de un dolo de peligro, pudiendo ser directo y eventual. El hecho de que el agente tenga conocimiento de la enfermedad venérea que en período infectante le aqueja, implica necesariamente que éste se represente el peligro de contagio al que expone a su pareja si con ella tiene relaciones sexuales. En este caso hay dolo eventual de peligro porque el sujeto activo se representa el peligro de contagio al que expone al sujeto pasivo, peligro -- que directamente no se tiene intención de crear, pero cuya creación o producción se ratifica en última instancia por tener relaciones sexuales estando enfermo de un mal venéreo en período infectante. Como diría el maestro Castellanos, en el dolo eventual el agente no quiere directamente poner en peligro de contagio a su pareja, pero tampoco deja de quererlo, puesto que tiene relaciones sexuales con ella; esto en última instancia equivale a aceptar ese peligro.

2.2.5.1.2. DOLO DIRECTO

El distinguido maestro Ignacio Villalobos define al dolo directo como "aquél en el que la voluntad se encamina directamente al resultado o al acto típico." (40) -- Con base en esta definición, estimamos admisible la configuración del dolo directo en el delito de peligro de contagio, pues no sería raro que quizás por motivos de venganza un sífilítico encaminara directamente su intención a poner en peligro de contagio la salud de su pareja por medio de relacio

nes sexuales.

2.2.6. CONDICIONES OBJETIVAS DE PUNIBILIDAD

Por disposición expresa del tipo 199 bis, la punición del delito de peligro de contagio, habido entre cónyuges está condicionada a la petición o querrela del ofendido.

Esta condición objetiva de punibilidad o requisito procedimental (querrela) la impone la ley, según opina Antonio de P. Moreno, "para no intervenir, necesariamente, en las intimidaciones del hogar, sino tan sólo a iniciativa del ofendido." (41)

El maestro René González de la Vega opina -- que esta condición objetiva de punibilidad beneficia a la integración familiar, pero perjudica a la descendencia y a la especie. (42)

Nosotros consideramos que este requisito procedimental no perjudica a la descendencia y sí beneficia a la integridad familiar, ya que sólo le atañe al cónyuge ofendido la decisión de que se ejerza acción penal en contra del cónyuge culpable, teniendo en todo caso la opción de adoptar como medida más sana y efectiva el divorcio, invocándose como causal del mismo la enfermedad venérea del cónyuge (artículo 267, fracc. VI del C.C.).

Cabe señalar que en algunos Códigos Penales, -- como en los de los Estados de México, Tabasco y Tlaxcala, la querrela opera tanto entre cónyuges como entre concubinos. (43)

2.2.7. PUNIBILIDAD

La punibilidad expresada en el tipo 199 bis consiste en; "prisión hasta de tres años y multa hasta de -- tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio."

Con respecto a esta imposición de una doble-sanción cuando el contagio se produzca, el profesor Mariano-Jiménez Huerta opina: "...representa una notoria aberración-jurídica...pues existe una excluyente relación valorativa en tre dos tipos autónomos que protegen el mismo bien jurídico-en instantes diversos de su lesión." (44)

Los penalistas Pavón Vasconcelos y Vargas López consideran que "la solución lógica del aparente concurso de tipos se encuentra en la aplicación de la norma de mayor-entidad valorativa." (45)

Por nuestra parte, consideramos inadmisibilel sancionar tanto la relación sexual que pone en peligro de contagio como el el contagio mismo, que por alterar la salud integra el delito de lesiones. Al igual que el profesor Jiménez Huerta, estimamos violatorio de garantías la imposición de dos penas a una misma conducta antijurídica lesiva - del mismo bien jurídico. Nos inclinamos por la solución que para el caso de lesiones por contagio venéreo dan los penalistas Pavón y Vargas: aplicar la norma de mayor entidad valorativa, que es la contenida en el artículo 288 en relación -- con el 315 (lesiones premeditadas por contagio venéreo). -- Igualmente nos adherimos a la opinión del maestro Raúl Carrancá y Trujillo, quien califica de errónea la acumulación de penas a que se contrae el artículo 64, por expreso mandamiento del tipo 199 bis; "...sin perjuicio de la pena que--- corresponda si se causa el contagio." (46) Resulta aberrante esto, toda vez que el contagio integra el delito de lesiones consumado, debiéndose, en este caso, sancionarse única--

mente la lesión y no el peligro, ya que el delito de lesiones absorbe al de peligro de contagio. En todo caso, además de las prevenciones de los artículos 51 y 52, el juez sólo - deberá tomar en cuenta el peligro de contagio para moverse - dentro de los límites mínimo y máximo de la pena que corresponda a las lesiones causadas por el contagio.

En otro orden de ideas, creemos que la pena privativa de libertad que consigna el artículo en estudio es inconveniente, pues en el caso de un delincuente sifilítico - que pone en peligro de contagio a otro, lo más prudente y razonable sería aplicarle una medida de seguridad como la de - su hospitalización bajo tratamiento médico hasta su curación o inocuidad. De hecho, la redacción propuesta por el penalista Francisco González de la Vega contemplaba en lugar de la pena una medida de seguridad como la antes citada.

Por lo que respecta al SIDA, podemos expresar su gravedad en tan sólo tres palabras: transmisible, incurable y mortal. Como podemos ver, a diferencia de las enfermedades venéreas clásicas, el SIDA, aun con tratamiento - médico, es incurable. Por ello, creemos todavía más justificable la medida de seguridad antes aludida, pues la persona - portadora del VIH que comete el delito tipificado en el artículo 199 bis, pondrá más en peligro de contagio a las personas si es enviada a un Centro Penitenciario, en el que no habrá los recursos humanos, materiales y financieros para darle la atención médica debida y evitar la propagación del SIDA.

2.3. ELEMENTOS NEGATIVOS DEL DELITO

2.3.1. AUSENCIA DE CONDUCTA

Los maestros Pavón Vasconcelos y Vargas Ló--

pez opinan que la vis maior y la vis absoluta no pueden funcionar como hipótesis de ausencia de conducta en el delito de peligro de contagio, "...pues éllo supondría el puro movimiento corporal del ayuntamiento sexual sin el coeficiente psíquico de la voluntad, lo que resulta a todas luces imposible." (47) Estos autores sólo aceptan como hipótesis de ausencia de conducta al hipnotismo; es decir, cuando el sujeto activo, enfermo de sífilis, realiza el ayuntamiento sexual sin voluntad, por encontrarse en estado hípnic. En este caso existe el coeficiente físico pero no el psíquico.

Por su parte, la maestra Marcela Martínez -- Roaro opina que son tres las formas de ausencia de conducta: vis maior, vis absoluta y actos reflejos. (48)

Nosotros nos adherimos a la opinión anterior, pero con excepción de la vis maior. Salvo la respetable razón que pudiera dar nuestra maestra para sostener a la vis maior como una hipótesis de ausencia de conducta en el delito que nos ocupa, creemos imposible que un fenómeno natural o un animal pudieran obligar materialmente a un sifilitico a tener, en contra de su voluntad, relaciones sexuales con otra persona, poniéndola en peligro de contagio.

Por la naturaleza misma del medio de comisión exigido por el tipo, consideramos como únicas hipótesis de ausencia de conducta a la vis absoluta y a los actos reflejos.

Por lo que respecta al sueño, hipnotismo y sonambulismo, creemos que son un aspecto negativo del delito, pero no por constituir ausencias de conducta, sino por ser causas o estados de inimputabilidad. Al igual que en la vis maior, vis absoluta y actos reflejos, en el sueño, hipnotismo y sonambulismo existe el coeficiente físico, pero no -

el psíquico; sólo que en los tres primeros, aun no habiendo voluntad, el sujeto activo nunca pierde la capacidad de entender y querer en el campo del Derecho Penal.

2.3.2. ATIPICIDAD

La atipicidad se puede presentar por la ausencia de los siguientes elementos típicos: 1). Objeto Jurídico protegido, 2). Calidad en el sujeto activo, 3). Elemento subjetivo del injusto, 4). Medio de comisión, 5). Referencia temporal.

La atipicidad por ausencia del objeto jurídico, se presentaría en el caso de que el sujeto pasivo también estuviera infectado del mismo mal que el sujeto activo, ya que no existiría el objeto jurídico protegido que es la salud del sujeto pasivo.

La atipicidad por ausencia de calidad en el sujeto activo, se podría dar en el caso de que éste no estuviera enfermo de un mal venéreo.

La atipicidad por falta del elemento subjetivo, se presentaría en el caso de que el sujeto activo no tuviera conocimiento de la enfermedad venérea que le aqueja, y de que ésta se encuentra en período infectante (referencia temporal).

En virtud de que el mismo tipo exige como medio de comisión a la relación sexual, si no es por ésta por la que se ponga en peligro de contagio, habrá una atipicidad por falta del medio de comisión.

Consideramos de gran acierto la redacción -- que los Códigos Penales de Durango, Hidalgo y Tabasco hacen

del delito de peligro de contagio, toda vez que en éstos se hace mención específica a la presunción del elemento subjetivo; es decir, se presume el conocimiento de la enfermedad -- cuando el agente del delito presenta lesiones o manifestaciones externas de la enfermedad, fácilmente perceptibles. - Desgraciadamente, nuestro Código Penal vigente no contempla dicha presunción.

Específicamente por lo que respecta al SIDA, creemos que esta presunción es de suma importancia, ya que -- por lo complejo de este padecimiento, resulta más complicado demostrar el elemento subjetivo cuando el sujeto activo que debe tener conocimiento de su dolencia, está enfermo de SIDA; es decir, por lo difícil que resulta identificar esta enfermedad y por lo lento de su manifestación, será mucho más difícil probar que el sujeto activo tenía conocimiento de ella, que en el caso de que fuera otra la enfermedad que padeciera. Y es que la persona portadora del virus que causa el SIDA puede permanecer muchos años asintomática, de tal manera que si no se somete a una prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, no tendrá manera de saber que está infectada del virus; y por lo tanto, tampoco podrá prever las consecuencias de una relación sexual.

2.3.3. CAUSAS DE JUSTIFICACION

Por la naturaleza misma del delito en estudio, creemos que en éste son inoperantes todas las causas de justificación. Ni aun en el caso de que un cónyuge, sabiéndose enfermo de sífilis, "ejerza su derecho" al ayuntamiento sexual con su pareja, derecho que le da el matrimonio y el propio "consentimiento" de su consorte, quien también conoce la enfermedad y la acepta en caso de que se contagie. Cabe señalar que independientemente de la inoperancia de todas -- las causas de justificación, para que pueda ejercerse acción

penal en contra del sujeto activo por el delito de peligro de contagio, será necesaria la querrela de su cónyuge. De tal manera que si éste no satisface dicho requisito procedimental, la conducta del sujeto activo será antijurídica, pero no sancionada.

Por su parte, la maestra Martínez Roaro considera como única causa de justificación al consentimiento del ofendido.

Adhiriéndonos a la opinión del profesor Mariano Jiménez Huerta, creemos que este consentimiento es inoperante, toda vez que la salud es un bien no disponible. -- Además, cabe señalar que actualmente, con la aparición del SIDA, sería todavía más inadmisibile que en el delito de peligro de contagio operara el consentimiento del ofendido como causa de justificación, ya que al ser el SIDA una enfermedad incurable, mortal, transmisible y hereditaria, el consentimiento que el sujeto activo diera para practicar la relación sexual con un sidoso, sería inoperante, toda vez que el consentir la relación sexual implicaría la posibilidad de un -- contagio, que en caso de verificarse, por ejemplo, en una mujer embarazada, afectaría no sólo a ésta, sino también al -- producto de la concepción.

2.3.4. INIMPUTABILIDAD

En términos generales la inimputabilidad se -- traduce en una incapacidad de entender y querer en el campo del Derecho Penal.

Consideramos que las dos hipótesis de inimputabilidad previstas por la segunda fracción del artículo 15- del C.P. son operantes en el delito de peligro de contagio.- Asimismo, podemos concebir al sueño, hipnotismo y sonambulismo como estados de inimputabilidad operantes en este delito.

2.3.5. INCULPABILIDAD

Al igual que nuestra maestra Martínez Roaro, opinamos que la inculpabilidad se puede presentar por:

1. Error de hecho esencial e invencible
2. No exigibilidad de otra conducta
 - a. Vis compulsiva

2.3.6. AUSENCIA DE CONDICIONES OBJETIVAS DE PUNIBILIDAD

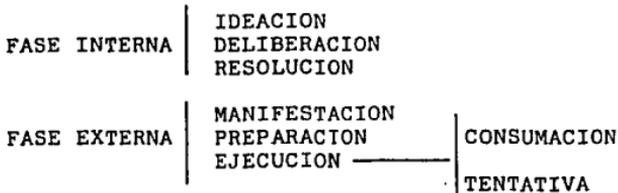
Como lo señala el propio artículo 199 bis -- del Código Penal: "...Cuando se trate de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido." De tal manera -- que si el sujeto pasivo no se querrela, no podrá ejercerse -- acción penal en contra del sujeto activo por la ausencia de -- la condición objetiva de punibilidad.

2.3.7. EXCUSAS ABSOLUTORIAS

En el delito de peligro de contagio no se -- presentan excusas absolutorias.

3. INTERCRIMINIS

Las fases del intercríminis en el delito de -- peligro de contagio son, según nuestra opinión:



Por ser la ejecución, consumación y tentativa, las fases más importantes del intercríminis, a continuación las estudiaremos más detalladamente.

3.1. EJECUCION, CONSUMACION Y TENTATIVA EN EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO

Como lo mencionamos en páginas anteriores, - el penalista René González de la Vega considera a la relación sexual como acto consumativo del delito de peligro de contagio. Nosotros contradecimos su opinión, pues creemos - que la relación sexual es sólo el acto de ejecución, que se consuma cuando pone en peligro de contagio, por lo tanto, la consumación de este delito es poner en peligro de contagio - la salud de otro; peligro que se "consume" cuando se "ejecuta" la relación sexual. Así, la conducta consistente en poner en peligro de contagio se consuma cuando se ejecuta el - medio de comisión consistente en la relación sexual.

Pensamos que el hecho de que la mayoría de - los autores consideren a la relación sexual como conducta tí pica, y no al poner en peligro de contagio, ha sido la causa para que también se confundan la consumación con la ejecución en este delito.

Como veremos más adelante, para poder sostener la tentativa en el delito que nos ocupa, es necesario di ferenciar entre ejecución y consumación.

Los penalistas Marcela Martínez Roaro, María no Jiménez Huerta, Francisco Pavón Vasconcelos y G. Vargas - López opinan que la conducta consistente en poner en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, constituye, según el artículo 12 del C.P., una tentativa de lesiones. De esta manera, al negarle autonomía jurí dica

ca a esta figura delictiva descrita en el tipo 199 bis, también está negándose que puede admitir la tentativa; es decir, si se considera al delito de peligro de contagio como una tentativa de lesiones, entonces no podremos admitir un delito de peligro de contagio en grado de tentativa, pues sería inconcebible hablar de una tentativa de tentativa.

Desde el punto de vista doctrinal, nos adherimos a los autores antes citados, pues creemos que la conducta de "quien sabiéndose enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales", constituye una tentativa del delito de lesiones, ya que dicha conducta está encaminada directa e inmediatamente a la realización o consumación del delito de lesiones. También coincidimos en que si desde el punto de vista doctrinal le negamos autonomía al delito de peligro de contagio, entonces no podremos hablar de tentativa del delito de peligro de contagio, por ser éste una tentativa del delito de lesiones.

Pese a nuestro punto de vista doctrinal, tenemos que aceptar que legalmente el delito de peligro de contagio es una figura delictiva autónoma, tanto, que por disposición expresa del artículo 199 bis que lo tipifica, su sanción será sin perjuicio de la que corresponda si se causa el contagio.

Considerando desde el punto de vista legal a este ilícito como una figura autónoma, entonces también podremos considerar procedente la tentativa en este delito.

Un supuesto del delito de peligro de contagio en grado de tentativa, sería aquel en el que la conducta de poner en peligro de contagio no se consumara porque el acto de ejecución consistente en la relación sexual no creara-

ningún peligro de contagio, siendo por causas ajenas a la voluntad del agente. Un ejemplo de ésto sería el siguiente caso: Si una mujer sana, por precaución, (independientemente de que conozca o no la enfermedad del sujeto activo, pues el conocimiento o desconocimiento de la mujer es indiferente para la integración típica) al momento de tener relaciones sexuales con su novio sifilítico, se unta en la vagina y/o ano -- una pomada efectiva que elimine totalmente todo peligro de - infección, no se va a consumir el delito de peligro de contagio porque por causas ajenas a la voluntad del sujeto acti--vo, la relación sexual, aun verificándose, no pone en peli--gro de contagio la salud del pasivo.

Cabe señalar que, independientemente de que el delito no se consuma, de conformidad con los artículos 12 y 63 esta tentativa es punible.

Por otra parte, si la relación sexual no pone en peligro de contagio al sujeto pasivo por causas pro---pias del agente, éste no será sancionado en virtud de su ---arrepentimiento.

4. CONCURSO DE DELITOS

De conformidad con la definición que el art. 18 del C.P. da sobre el concurso de delitos, creemos que en el de peligro de contagio pueden presentarse ambas clases de concursos.

4.1. CONCURSO IDEAL

El concurso ideal homogéneo se presenta cuando el delincuente, con una sola conducta, comete varios delitos iguales. El concurso ideal heterogéneo se presenta, en el caso específico del delito que nos ocupa, cuando el de---

lincuente, con la sola conducta descrita en el tipo 199 bis, comete, además, o tros delitos diversos al de peligro de contagio. Por ejemplo, si una persona, sabiéndose enferma de un mal venéreo en período infectante, tiene relaciones sexuales con otra, no sólo poniéndola en peligro de contagio, sino efectivamente contagiándola, habrá cometido dos delitos - distintos con una sola conducta. (Ver crítica en la pág. 91)

4.2. CONCURSO REAL

El concurso real se presenta cuando con varias conductas el sujeto comete varios delitos, siendo homogéneo el concurso cuando los delitos cometidos son iguales; y siendo heterogéneo cuando los delitos son diferentes entre sí. En el primer caso el sujeto activo comete varios delitos de peligro de contagio, por ejemplo, ejecutados todos ellos en actos distintos. En el segundo caso el agente comete delitos diferentes entre sí, rapto y peligro de contagio, por ejemplo, ejecutados en actos distintos.

5. CONCURSO DE PERSONAS

Por la naturaleza monosubjetiva del delito de peligro de contagio, es factible que en el mismo se presente el concurso eventual de sujetos o participación, el cual se da por la voluntaria cooperación de varios individuos en la realización de este ilícito, sin que el tipo requiera esa pluralidad de sujetos.

Consideramos que en el delito que estudiamos es procedente la concurrencia de todos o algunos de los grados de participación señalados en el artículo 13 del C.P., el que a la letra dice: "Son responsables del delito: I. Los que acuerden o preparen su realización; II. Los que lo realicen por sí; III. Los que lo realicen conjuntamente; IV. Los que-

lo llevan a cabo sirviéndose de otro; V. Los que determinen intencionalmente a otro a cometerlo; VI. Los que intencionalmente presten ayuda o auxilien a otro para su comisión; VII. Los que con posterioridad a su ejecución auxilien al delincuente, en cumplimiento de una promesa anterior al delito; y VIII. Los que intervengan con otros en su comisión aunque no conste quién de ellos produjo el resultado.

6. INNECESARIA TIPIFICACION DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO

Como lo señalamos en la primera parte de este capítulo, el tipo 199 bis fue adicionado a nuestro Código Penal en el año de 1940, a instancias de Francisco González de la Vega. Este autor propuso la creación de un tipo de peligro de contagio, con la finalidad de sancionar las cópulas intencionales o imprudenciales de los enfermos venéreos que ponen en peligro de contagio la salud de otros, con independencia del contagio que en su caso se cause. Sin embargo, - el tipo 199 bis no cumple con esa finalidad, ya que por el elemento subjetivo que contiene, el delito no admite configuraciones culposas. De tal manera que resulta innecesaria su tipificación, ya que, de conformidad con los artículos 12 y 288 del C.P., las relaciones sexuales intencionales de los enfermos venéreos que, sin causar contagio, sólo ponen en peligro la salud de otros, constituyen una tentativa del delito de lesiones.

Por su parte, el penalista Mariano Jiménez - Huerta considera que la creación del tipo 199 bis no puede responder a una necesidad jurídica de proteger la salud o integridad humana en algún aspecto desprovisto de protección penal antes de su creación, ya que el peligro para estos bienes, ínsito en la conducta descrita en el tipo, estaba ya abarcado por el amplificador típico de la tentativa conteni-

da en el artículo 12. Según este autor, otra razón más que hace innecesaria la tipificación del delito en cuestión es la de que por no admitir configuraciones culposas no cumple con la finalidad para la que fue creado. Según Jiménez Huer^{ta}, a pesar del elemento subjetivo, la configuración culposa sería viable si para la integración del delito se requiriera la realización del resultado, es decir, la causación del con^{ta}gio. (49)

El maestro Jiménez de Asúa opina que este de^lito admitiría configuraciones dolosas y culposas si el elemento subjetivo se hubiere expresado de la siguiente manera: "sabiéndose en período de contagio o debiendo suponer que se halla en esa fase de la enfermedad." (50)

Nuestra distinguida maestra, Marcela Martí^{ne}z Roaro, también considera innecesaria la tipificación de este delito, pues al ser la salud el bien jurídico protegido por el artículo 199 bis, ésta queda protegida ya en el capítulo de lesiones o en el artículo 12 cuando es en grado de ^{te}ntativa. (51)

Adhiriéndonos a la opinión de los dos ante^{ri}ores maestros, creemos que el artículo 199 bis está de más en el Código Penal, ya que, aun sin que éste existiera, las relaciones sexuales intencionales de los enfermos venéreos^{que}, conociendo su padecimiento y sin causar contagio, pon^{gan} en peligro de contagio la salud de otro, se sancionarán como lesiones en grado de tentativa. Otra razón más para ^{co}nsiderar innecesaria la tipificación de este delito es la de la imposibilidad de que admita configuraciones culposas ^{por} contener el tipo un elemento subjetivo.

C A P I T U L O T E R C E R O

"EL DELITO DE LESIONES Y SU RELACION CON EL SIDA"

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. NATURALEZA JURIDICA DEL DELITO DE LESIONES

Es un delito material y de daño; es material porque la alteración de la salud personal del sujeto pasivo-provoca una mutación en el mundo externo; es de daño porque la salud al ser alterada es lesionada en forma directa y --- efectiva.

1.2. EL DELITO DE LESIONES EN EL DERECHO POSITIVO MEXICANO

El Código Penal vigente para el D.F. ubica a las lesiones dentro del Título Decimonoveno, relativo a los delitos contra la vida y la integridad corporal, ocupando el primer capítulo de los siete que conforman el citado título.

1.3. CONCEPTO DE LESION

El artículo 288 del C.P. tipifica o define al delito de lesiones en los siguientes términos: "Bajo el nombre le lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración a la salud y cualquier otro daño - que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa."

En términos generales, podemos definir a la lesión como una alteración a la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo, esto es, como un daño

a la salud o al cuerpo.

1.4. EL CONTAGIO DEL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA COMO
DELITO DE LESIONES

Como lo señalamos en el primer capítulo de este trabajo, el SIDA es una enfermedad causada por un virus (VIH) que ataca a dos tipos de células (linfocitos T colaboradores y células accesorias de la inmunidad), las cuales -- tienen como función la regulación de la respuesta inmune. El ataque del VIH a estas células provoca la pérdida del control de la respuesta inmune y deficiencia inmunológica, dejando al individuo desprovisto de las defensas inmunológicas naturales de su organismo frente a las enfermedades (infecciones y neoplasias).

Es importante destacar que la infección con el VIH no mata o lesiona directamente a la persona, sino que la inmunodeficiencia causada por el virus, deja al organismo vulnerable a infecciones oportunistas que el cuerpo, en esas condiciones, no va a ser capaz de combatir eficazmente.

Dentro del mismo capítulo también se dijo -- que la infección con el virus del SIDA puede tener diversos resultados; éstos, según la fase o nivel de evolución son:

1. Portadores Asintomáticos
2. Linfadenopatía Generalizada Persistente
3. Complejo Relacionado con el SIDA
4. SIDA

Una persona infectada con el VIH puede que-- dar en la primera fase (P.A), subir a la segunda (LGP), a la tercera (CRS) o a la cuarta (SIDA). Sin embargo, sólo a par tir de la segunda fase, la infección habrá realmente altera-- do su salud.

Consideramos que con la sola infección del VIH no se altera propiamente la salud del infectado, para -- que éste sufra dicha alteración, deberá presentar sintomatología clínica de LGP, CRS o SIDA. Cuando el infectado es solamente un "portador asintomático" del virus, su salud no sufre ninguna alteración fisiológica, anatómica o psíquica, ya que el VIH se encuentra inactivo en su organismo, pudiendo - permanecer latente, sin expresarse, durante meses o años (po)siblemente toda la vida del individuo). Así, la persona infectada sólo verá alterada su salud cuando pase, de una fase latente o de portador asintomático, a una fase de activación del virus, en la que ya habrá una manifestación clínica de - LGP, CRS o SIDA, y por lo tanto, también habrá una altera--ción real y efectiva de su salud, tipificándose esta alteración de la salud como delito de lesiones.

Creemos que el contagio del VIH sólo será -- constitutivo de lesiones cuando el sujeto infectado no solamente sea portador del VIH que se le transmite, sino que además presente sintomatología clínica, ya sea de SIDA, LGP, -- CRS o de cualquier otra enfermedad o trastorno provocado por la infección con el virus del SIDA, siempre que dichos trastornos le alteren la salud o le dejen huella material en el cuerpo.

Cabe resaltar que muy por encima de nuestra opinión, está el dictámen médico que en el caso concreto determine y clasifique la lesión causada por el contagio del - VIH, pues en todo caso es al médico legista a quien compete certificar la existencia de las lesiones y su clasificación- (levisimas, leves, graves y gravísimas) de conformidad con - los artículos 289, 290, 291, 292 y 293 del C.P.

Al intervalo de tiempo que va desde el momento de la infección con el VIH hasta la manifestación plena -

del SIDA se le denomina "período de incubación", el cual es de cinco a seis años, aproximadamente. El hecho de que sea el VIH el que se transmite y no el SIDA, así como el hecho de que el período de incubación sea tan largo, representan también un intervalo de tiempo muy prolongado entre la realización de la conducta (infectar o contagiar) y la producción del resultado (alteración de la salud), pues mientras el sujeto infectado sea un simple portador asintomático del VIH, no habrá alteración de su salud, ni tampoco huella material en su cuerpo, aun cuando exista la posibilidad de que en un período de uno a seis años desarrolle el SIDA. De tal manera que mientras el infectado sea portador asintomático, no podrá ejercerse acción penal en contra de quien lo infectó, hasta en tanto no desarrolle LGP, CRS, SIDA o cualquier otro trastorno provocado por la infección y que pueda calificarse como lesión.

Los datos estadísticos revelan que la posibilidad de que una persona infectada con el VIH desarrolle --- el SIDA no es muy grande. Se ha observado en personas infectadas que después de 6 años el 46% presentan padecimientos previos al SIDA (LGP, CRS, etc.); el 39% permanecen sin manifestaciones clínicas (portadores asintomáticos) y sólo el -- 15% desarrollan SIDA. El 100% de las personas en las que se manifiesta plenamente el SIDA mueren, generalmente en un período de dos años, contados a partir de la fecha en la que se les diagnostica la enfermedad.

En virtud de todo lo anterior, y con fundamento en los artículos 288 y 315 del C.P., consideramos que el contagio del virus del SIDA se tipificará como delito de lesiones sólo cuando con la infección se le cause un daño a la salud o al cuerpo del sujeto pasivo, si esos efectos son producidos por una causa externa. Estas lesiones serán ca--

lificadas cuando el contagio del VIH sea venéreo (lesiones - presuncionalmente premeditadas).

2. ESTUDIO DOGMATICO DEL DELITO DE LESIONES, EN RELACION CON EL SIDA (ART. 288 DEL C.P.)

Es importante advertir que en virtud de que ya han sido muchos los estudiantes y tratadistas penalistas que han hecho el estudio dogmático del delito de lesiones, - nuestro estudio lo enfocaremos básicamente a su relación con el SIDA; es decir, analizaremos cada uno de los elementos positivos y negativos del delito de lesiones, haciendo referencia a un caso concreto de lesiones por contagio del VIH.

2.1. ELEMENTOS POSITIVOS DEL DELITO

2.1.1. HECHO

En el delito de lesiones el elemento material consiste en un hecho, el cual se integra cuando el sujeto activo, en cualquier forma y por cualquier medio, le causa al sujeto pasivo algún daño de los comprendidos en las hipótesis que prevé el artículo 288 del C.P. (heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, y en general, toda alteración a la salud y/o cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano) existiendo entre la causa externa (conducta) y el daño (resultado) un nexo causal.

2.1.1.1. ELEMENTOS DEL HECHO

Son tres los elementos del hecho: 1. Una conducta; 2. Un resultado; y 3. Un nexo causal que los una.

2.1.1.1.1. CONDUCTA

En el delito de lesiones la conducta será -- cualquier actividad o inactividad voluntaria que produzca como resultado la alteración de la salud del sujeto pasivo; -- siendo por actividad, el delito será de acción; siendo por inactividad, el delito será de comisión por omisión.

Según el penalista René González de la Vega, la "causa externa" a la que alude el artículo 288, debe interpretarse como la actividad humana ajena al sujeto pasivo. (1) En el mismo sentido opina el maestro Francisco González de la Vega, quien considera que esta "causa externa" o "actividad humana ajena al sujeto pasivo" puede consistir -- en: Acciones positivas (golpes contundentes, puñaladas, disparo de arma, etc.); Omisiones (abandono, privaciones de alimentos, cuidados o medicinas, etc.); Acciones Morales (amenazas, estados de terror, contrariedades, etc.). (2)

Cabe señalar que por ser las lesiones un delito de resultado material, lo que se tipifica en los artículos 288 y ss. es el resultado o efectos y no la conducta, pudiendo ser ésta cualquiera que produzca un daño en la salud o en el cuerpo del sujeto pasivo.

Consideramos que en un caso de SIDA por contagio del VIH, la conducta consiste en "infectar o contagiar" del virus al sujeto pasivo, y el resultado lo constituye "la alteración a la salud" que se le provoca con el contagio. -- Creemos que en este caso la infección sólo podrá darse mediante acción, es decir, por un movimiento corporal que cause el daño a la salud, pues dada la naturaleza de los mecanismos de transmisión del VIH, éste sólo podrá contagiarse mediante acción.

2.1.1.1.2. RESULTADO

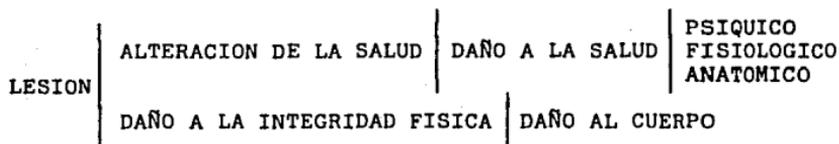
Para el maestro Porte Petit, el resultado -- consiste en la alteración de la salud, ya sea desde el punto de vista anatómico, fisiológico o psíquico. (3)

Francisco González de la Vega considera que el resultado lo constituye cualquier daño, interior o exterior, en el cuerpo, en la salud o en la mente del hombre. (4)

El penalista J. Ramón Palacios Vargas sostiene que el resultado en el delito de lesiones se traduce en un menoscabo de la salud del sujeto pasivo. (5)

El profesor Raúl F. Cárdenas, de conformidad con lo preceptado por el artículo 288, opina que el resultado puede consistir en un daño al cuerpo (alteración de la integridad física) y/o en una alteración de la salud. (6)

Resumiendo las opiniones de cada uno de los autores antes citados, el resultado del delito de lesiones lo expresaremos mediante el siguiente esquema:



Por otra parte, en el caso específico de contagio del VIH, el resultado consistente en la alteración de la salud o en el daño al cuerpo, no se verifica hasta en tanto el portador del virus no manifieste alguna sintomatología clínica de la infección (SIDA, LGP, CRS, etc.).

2.1.1.1.3. NEXO CAUSAL

Para la integración del delito de lesiones tiene que existir un nexo causal entre la conducta del agen-

te y el resultado acontecido; es decir, se deberá comprobar que la conducta del sujeto activo es una conditio sine qua non de la alteración anatómica, fisiológica o psíquica que presenta el sujeto pasivo. Además, hay que verificar si el nexo que liga a la conducta y al resultado es racionalmente adecuado para producir ese resultado típico, es decir, que el resultado se halle dentro de la línea de peligro que la conducta del agente inició y es su efecto normal y ordinario, dadas las circunstancias del caso concreto. (7) Así pues, para que la lesión se configure, deberá probarse el nexo causal entre la causa externa (conducta) y el efecto producido (resultado).

Particularmente por lo que se refiere a la infección con el VIH, creemos que establecer el nexo causal entre la conducta y el resultado ofrece una mayor dificultad que en el contagio de cualquier otra enfermedad. Pensemos, por ejemplo, en lo difícil que sería establecer el nexo causal en el siguiente caso:

El 5 de mayo de 1985, Blanca asiste a una fiesta en la que conoce a un bisexual, con el cual tiene relaciones sexuales, las que practican sin el uso de un preservativo (condón). El 30 de junio, después de someterse a una prueba de embarazo, el médico le comunica que está embarazada. El 28 de julio ella decide someterse a un aborto, para lo cual acude ese mismo día al consultorio insalubre de un charlatán que se ostenta como médico y que con material dudosamente esterilizado le practica un legrado, durante éste pierde mucha sangre, siendo necesario su internamiento inmediato en un sanatorio particular para someterla a una transfusión sanguínea. A los tres años de haber ocurrido el lamentable y doloroso aborto, Blanca es pedida en matrimonio por un ex compañero de la secundaria, para ello se someten ambos a los conocidos "Análisis Clínicos Prenupciales". Cuan

do Blanca y su prometido reciben los resultados, a ella le notifican que es portadora del virus que causa el SIDA y que además presenta signos iniciales de SIDA. En su afán de dar con el responsable de su contagio, Blanca se entera que el sujeto con el que copuló en aquella fiesta, actualmente está enfermo de SIDA. Investigando, se entera también que el charlatán que le practicó el legrado, habitualmente también se los practica a prostitutas, algunas infectadas no sólo de sífilis, sino también del virus del SIDA. Por último, en los periódicos ve publicada la noticia de que en el hospital donde se le transfundió sangre, fueron detectados varios lotes de sangre contaminada por el VIH.

Después de haber relatado este caso, sería difícil dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál de todas las conductas fue la que produjo el resultado ?

Tal vez el ejemplo antes citado resulte un tanto dramático; sin embargo, es un caso que puede suceder o suceda frecuentemente en cualquier país del mundo.

2.1.1.2. CLASIFICACION DEL DELITO DE LESIONES (8)

2.1.1.2.1. EN ORDEN A LA CONDUCTA

1. Acción
2. Omisión (comisión por omisión)
3. Unisubsistente

2.1.1.2.2. EN ORDEN AL RESULTADO

1. Instantáneo con efectos permanentes
2. Material
3. De daño

2.1.2. TIPICIDAD

Habr  tipicidad cuando el hecho se adecúe al tipo, es decir, cuando el hecho realizado por el sujeto activo se adecúe a la descripción del tipo 288 del C.P.

2.1.2.1. CLASIFICACION DEL TIPO

1. Fundamental o Básico
2. Autónomo
3. De formulación libre
4. Normal

2.1.2.2. ELEMENTOS DEL TIPO

2.1.2.2.1. BIEN JURIDICO PROTEGIDO

Para el maestro Mariano Jiménez huerta, el bien jurídico tutelado en el delito de lesiones es el de la integridad humana, la cual comprende tanto la salud corpórea como la salud mental. (9) Asimismo, el penalista Antonio de P. Moreno opina que el objeto de la tutela penal en este delito es la protección de la integridad personal. (10)

El maestro Celestino Porte Petit sostiene -- que la salud personal es el bien jurídicamente tutelado en este delito. (11) Por nuestra parte, nos adherimos a la opinión de este autor.

2.1.2.2.2. OBJETO MATERIAL

En las lesiones, el objeto material del delito es la persona, identificándose por ello el objeto material con el sujeto pasivo, pues sobre él recae directamente la conducta del sujeto activo.

2.1.2.2.3. SUJETOS

El sujeto activo puede ser cualquier persona, con excepción del propio lesionado. Por no exigir el tipo - una pluralidad de sujetos activos, ni tampoco alguna calidad especial en el agente, las lesiones son un delito monosubjetivo y de sujeto común o indiferente. (12)

El sujeto pasivo también puede serlo cualquier persona, siendo un delito impersonal. (13) Es, además, un delito monosubjetivo.

En las lesiones causadas por infección con el VIH, el sujeto activo del delito es quien infecta y el sujeto pasivo es a quien se le altera su salud con esa infección.

2.1.2.2.4. MEDIOS

El maestro Porte Petit considera que el medio de comisión se desprende de la redacción del propio artículo 288, pues dentro de la frase "producidas por una causa externa", se abarcan todos los medios con los que pueda producirse la lesión. Atinadamente, el profesor opina que a veces el medio empleado tiene relevancia para calificar presuncionalmente el delito de lesiones, pues de conformidad con lo preceptuado por el artículo 315, párrafo final del C.P., cuando las lesiones se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquier otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad, dichas lesiones serán calificadas por la presunción de premeditación, integrándose con ellas un tipo presuncionalmente complementado. (14)

Como lo vimos en el primer capítulo de este-

trabajo, dos de las vías de transmisión del VIH son la sexual y la sanguínea. La vía sexual de transmisión se da a través de la relación sexual, ya sea por la realización de la cópula o por cualquier acto erótico-sexual capaz de producir la infección. Para que la transmisión del virus sea sexual se requiere que quien contagie el virus (sujeto activo) esté también infectado, es decir, que sea portador del virus.

La vía sanguínea o hemática de transmisión del VIH puede darse por: transfusión sanguínea, compartir agujas hipodérmicas entre adictos a drogas de administración intravenosa, transplantes de órganos, tatuajes, acupuntura, y en general, por cualquier incisión que se cause en el cuerpo del sujeto pasivo, en la cual haya un contacto directo entre la sangre de la víctima y la sangre infectada de algún portador del virus. Para que se dé esta vía de transmisión-sanguínea del VIH no es absolutamente necesario que quien transmita el virus sea también portador del mismo.

Cabe resaltar que de acuerdo con lo preceptuado en el último párrafo del artículo 315 del C.P., sólo cuando la infección se realice por contagio venéreo, las lesiones que resulten de ese contagio se considerarán presuntamente premeditadas.

2.1.3. ANTIJURIDICIDAD

El hecho consistente en alterarle la salud (anatómica, fisiológica o psíquicamente) al sujeto pasivo es contrario a derecho porque viola una norma penal prohibitiva, contenida en el artículo 288 del C.P. Este hecho será anti-jurídico cuando, además de ser típico, el sujeto activo no esté amparado por alguna causa de justificación. (15)

2.1.4. IMPUTABILIDAD

De conformidad con la definición que de imputabilidad da el maestro Castellanos Tena, el sujeto activo - será imputable cuando, al momento de realizar la conducta, - reúna las condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales, que lo capaciten para responder de su acto, es decir, cuando el agente tenga la "capacidad de entender y de querer en el campo del Derecho Penal." (16) De tal manera que el sujeto - que le cause a otro un daño en su salud o en su cuerpo, sólo será responsable cuando, al momento de realizar la conducta - típica, reúna las condiciones mínimas antes aludidas.

2.1.5. CULPABILIDAD

Según el maestro Porte Petit, la culpabili--dad en el delito de lesiones puede ser dolosa, culposa o pre--terintencional. (17)

Por su parte, el profesor Raúl Carrancá y -- Trujillo sólo admite la configuración dolosa y culposa de es--te delito. (18)

Adhiriéndonos a la opinión del maestro Porte Petit, analizaremos a continuación las tres formas de culpa--bilidad operantes en el delito de lesiones.

2.1.5.1. LESIONES DOLOSAS

"Una lesión es dolosa, cuando se quiere cau--sar una alteración en la salud personal y se acepta dicho re--sultado en caso de que se produzca, abarcándose en esta defi--nición las lesiones con dolo directo y con dolo eventual." -- (19)

Según el penalista René González de la Vega, en el caso de las lesiones cometidas dolosamente, es preciso

determinar si en el sujeto activo existió un simple animus - laedendi (intención o ánimo de lesionar) o si las lesiones - se causaron con un animus necandi (intención o ánimo de matar), en cuyo caso existirá una tentativa inacabada de homicidio, la cual absorberá al delito de lesiones. (20)

2.1.5.2. LESIONES CULPOSAS

Las lesiones son culposas cuando el agente - le causa al sujeto pasivo una alteración a su salud, habiendo previsto el resultado, con la esperanza de que no se produciría (culpa con representación) o no habiéndolo previsto, - teniendo el deber de hacerlo (culpa sin representación). -- Asimismo, las lesiones son culposas cuando se causa una alteración en la salud personal, violando un deber de cuidado -- que personalmente le incumbía al sujeto activo. (21)

Para el maestro Francisco González de la Vega, las lesiones imprudenciales se integran con tres elementos constitutivos: 1) el daño de lesiones; 2) la existencia de un estado subjetivo de imprudencia que se traduce al exterior en acciones u omisiones imprevisoras, negligentes, imprecisas, irreflexivas o faltas de cuidado; y 3) la relación de causalidad entre esta imprudencia y el daño de lesiones. (22)

Por lo que respecta al contagio del virus del SIDA, consideramos que en el caso específico de las lesiones causadas por dicho contagio, la culpabilidad más frecuente - sería la culposa, sin desear, desde luego, la configuración dolosa y preterintencional de estas lesiones por contagio -- del VIH.

2.1.5.3. LESIONES PRETERINTENCIONALES

"Las lesiones son preterintencionales, cuan-

do se causa una alteración en la salud personal de mayor entidad que la querida.

Los requisitos de las lesiones preterintencionales, son: a) Animus laedendi; b) Una lesión de mayor entidad; y c) Que la lesión producida se haya previsto teniendo la esperanza de que no se produciría, o bien, que no habiendo sido prevista haya sido previsible." (23)

Por último, consideramos de gran utilidad hacer la transcripción de las hipótesis que, según el maestro-Porte Petit, pueden presentarse en orden a la culpabilidad y con relación a las lesiones:

- 1º Lesión, con animus laedendi: lesiones.
- 2º Lesión, con animus mecandi u occidendi: homicidio frustrado o tentativa acabada de homicidio.
- 3º Homicidio, con animus laedendi: homicidio preterintencional, ultraintencional o con exceso en el fin.
- 4º Lesión, con animus laedendi, produciéndose una de mayor gravedad que la que se quiso inferir: lesiones preterintencionales.
- 5º Lesión, sin dolo ni culpa: lesiones casuales o caso fortuito. (24)

2.1.6.

CONDICIONES OBJETIVAS DE PUNIBILIDAD

Reiteramos nuestra opinión en el sentido de ubicar a las condiciones objetivas de punibilidad dentro del campo del Derecho Penal, como un requisito procedimental para el ejercicio de la acción penal, y no como un elemento del delito.

Con fundamento en el artículo 289, las lesiones que no pongan en peligro la vida del ofendido y tarden -

en sanar menos de quince días, se perseguirán por querrela - del ofendido.

2.1.7. PUNIBILIDAD

La punibilidad en el delito de lesiones está reglamentada en los artículos 289, 290, 291, 292 y 293, según la clase de lesión inferida, siempre que sea simple.

Antes de proceder al estudio de esta punibilidad, estimamos de gran importancia señalar las consideraciones que en torno a esta punibilidad ha hecho el maestro - Jiménez Huerta, quien opina: "Son plurales las transformaciones anatómicas y los trastornos funcionales que en el delito de lesiones puede producir la acción del culpable...Esta pluralidad de resultados o, de otra manera dicho, estas distintas formas de exteriorizarse el resultado penalmente relevante, no engendra diversos tipos de lesiones, sino simplemente registra las diversas consecuencias materiales que el delito produce en la vida real. No existen tantos delitos de lesiones como consecuencias se ocasionen en el mismo contexto de acción. El delito de lesiones es una sola entidad jurídica que abarca múltiples consecuencias fácticas lesivas para la integridad personal." (25) Este autor considera que la causación en un mismo contexto de acción de varios de los resultados previstos en los artículos 290, 291 y 292, no engendra otros tantos delitos acumulables entre sí, ya que el resultado de lesiones más grave que la conducta del agente produce, absorbe y consume el de menor gravedad. Sin embargo, -- por expreso mandato del artículo 293, se exceptúa de esta -- no acumulación, el caso de que en el mismo contexto de acción se infieran lesiones que pongan en peligro la vida y -- contemporáneamente produzcan algunos de los resultados previstos en los artículos 290, 291 y 292, pues en este caso sí habrá acumulación de sanciones.

El penalista Francisco González de la Vega, afirma que nuestro C.P. vigente "adopta un sistema eminentemente casuista y principalmente objetivo para la graduación de las penas aplicables a las lesiones." (26)

La doctrina ha clasificado a las lesiones -- según su importancia en: levisimas, leves, graves y gravísimas. Consideramos que nuestro Código adopta esta clasificación, toda vez que la penalidad que señalan los artículos -- 289, 290, 291, 292 y 293 está basada objetivamente en el daño material causado por el sujeto activo.

Para el maestro Jiménez Huerta, son lesiones levisimas, las previstas en la primera parte del artículo -- 289; leves, las descritas en la segunda parte del mismo artículo; graves, las mencionadas en los artículos 290 y 291; y gravísimas, las que señalan los artículos 292 y 293. (27)

Como lo mencionamos al principio de este capítulo, el estudio dogmático del delito de lesiones lo haremos en relación con el SIDA, analizando las lesiones causadas por contagio del VIH. Y en virtud de que el contagio de este virus puede producir algunos de los efectos previstos -- en los artículos 292 y 293, sólo de éstos haremos un análisis más profundo, en tanto que de los artículos 289 a 291 sólo lo haremos su transcripción.

2.1.7.1. LESIONES LEVISIMAS

Son levisimas las lesiones comprendidas en la primera parte del primer párrafo del artículo 289, es decir, la lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días.

La punibilidad en esta clase de lesiones es-

de tres días a cuatro meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez. Estas lesiones sólo se perseguirán a petición de la parte ofendida (querella).

2.1.7.2. LESIONES LEVES

Son leves las lesiones comprendidas en la segunda parte del primer párrafo del artículo 289, es decir, aquellas que no pongan en peligro la vida del ofendido y tarden en sanar más de quince días.

La punibilidad en esta clase de lesiones es de cuatro meses a dos años de prisión y multa de cincuenta a cien pesos.

2.1.7.3. LESIONES GRAVES

Son graves las lesiones comprendidas en los artículos 290 y 291.

El artículo 290 establece una punibilidad de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.

El artículo 291 establece una punibilidad de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquiera otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

2.1.7.4. LESIONES GRAVISIMAS

Son gravísimas las lesiones comprendidas en los artículos 292 y 293.

El artículo 292, en su primer párrafo, establece una punibilidad de cinco a ocho años de prisión, cuando de la lesión inferida resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible. El segundo párrafo del mismo artículo establece una punibilidad de seis a diez años de prisión, cuando a consecuencia de la lesión inferida resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

El artículo 293 establece una punibilidad de tres a seis años de prisión cuando las lesiones inferidas -- pongan en peligro la vida, esta punibilidad es sin perjuicio de las sanciones que correspondan conforme a los artículos 290, 291 y 292, es decir, habrá acumulación de sanciones --- cuando cualquiera de las lesiones previstas en estos tres artículos pongan en peligro la vida.

Como lo señalamos al principio de este capítulo, sólo cuando el sujeto infectado con el VIH manifieste alguna sintomatología clínica como LGP, CRS o SIDA, habrá -- una alteración de su salud; por lo tanto, consideramos que -- las lesiones causadas por estos tres padecimientos, y en general, por cualquier otro trastorno causado por el contagio del VIH, pueden calificarse de gravísimas, ya que son de las comprendidas en los artículos 292 y 293.

Sin lugar a dudas, la LGP, el CRS y el SIDA-

son enfermedades seguras y probablemente incurables (por lo menos hasta el año 2000), causadas por el contagio del VIH. Además, en cualquiera de estos tres padecimientos el sistema inmunológico sufre una inmunodeficiencia, lo que provoca la pérdida de las defensas naturales del organismo contra infecciones y neoplasias; es decir, la función orgánica del sistema inmunológico queda perjudicada para siempre. Todos estos efectos producidos por la infección con el VIH, quedarían -- comprendidos dentro del primer párrafo del artículo 292, en el cual se establece una punibilidad de cinco a ocho años de prisión.

Cabe destacar que estudios médicos recientes indican la existencia de otra alteración causada por la infección con el VIH, se trata de la encefalopatía, también -- llamada "demencia asociada al SIDA". Esta alteración, según nosotros, quedaría comprendida dentro de las lesiones previstas en el segundo párrafo del artículo 291, por tratarse de una enajenación mental, estableciéndose para esta clase de lesión una punibilidad de seis a diez años de prisión.

Por último, podemos afirmar que todas las lesiones causadas por la infección con el VIH son mortales, -- pues todas ponen en peligro la vida. De tal manera que, de conformidad con el artículo 293, a la sanción que resulte de las lesiones causadas, se acumulará la de tres a seis años, -- prevista por el artículo 293.

2.2. ELEMENTOS NEGATIVOS DEL DELITO

2.2.1. AUSENCIA DE HECHO

Para el penalista Raúl F. Cárdenas son cuatro las hipótesis de ausencia de hecho que pueden presentarse en el delito de lesiones: 1) Vis absoluta; 2) Vis maior; --

y 4) Caso fortuito. (28)

Otros autores consideran que son ocho las hipótesis que pueden presentarse como aspecto negativo del hecho en el delito de lesiones: 1) Vis absoluta; 2) Vis maior; 3) Movimientos reflejos; 4) Sueño; 5) Embriaguez del sueño; 6) Sonambulismo; 7) Hipnosis; y 8) Narcosis. (29)

Para nosotros, sólo habrá ausencia de hecho en los siguientes supuestos: 1) Vis absoluta; 2) Vis maior; y 3) Actos reflejos, instintivos y habituales. Creemos que en el caso fortuito no hay ausencia de conducta, como lo afirma el maestro Raúl F. Cárdenas, sino una causa de inculabilidad. En cuanto al sueño, sonambulismo, hipnotismo y narcosis, consideramos que son causas de inimputabilidad por que anulan la capacidad de entender y querer del sujeto activo.

Por lo que respecta a las lesiones causadas por el contagio del VIH, pensamos que probablemente la vis absoluta sería la ausencia de hecho que más fácilmente podría presentarse. Dada la naturaleza de los específicos medios de transmisión del virus, creemos que muy difícilmente, más no imposible, podrían operar la vis maior o los actos reflejos como ausencias de conducta. Sin embargo, en un caso concreto de lesiones por contagio del virus de SIDA, deberá probarse la existencia de la vis maior, vis absoluta o acto-reflejo que se invoque, para que puedan funcionar como circunstancias excluyentes de responsabilidad penal.

2.2.2.

ATIPICIDAD

En virtud de que el tipo fundamental de lesiones no exige una calidad especial en los sujetos, ni tampoco hace referencia al medio, modo, tiempo o lugar, el maes

tro Porte Petit opina que en este delito sólo "podría presentarse una atipicidad por falta de objeto, ya sea material o jurídico, como por ejemplo, cuando queriéndose lesionar a -- una persona no se encuentra en el lugar, o bien, no está con vida..., originándose una tentativa imposible." (30)

El penalista Raúl F. Cárdenas sostiene que -- no comparte la opinión del maestro Porte Petit, pues en el -- ejemplo que da éste, no hay lesiones, y por lo tanto, no podemos referir la atipicidad a un hecho que no produce resultado, así como tampoco se puede sostener la falta de tipicidad en el delito imposible. (31)

Nos adherimos a la opinión de este último penalista, pues como él sostiene, también nosotros consideramos que en el delito de lesiones no se presenta el aspecto -- negativo de la tipicidad, es decir, la atipicidad.

2.2.3. CAUSAS DE JUSTIFICACION

Las lesiones que el sujeto activo infiera estando amparado por alguna causa de justificación, no serán -- antijurídicas, y por lo tanto, tampoco serán punibles.

Las excluyentes de responsabilidad penal que señala el artículo 15 del C.P. y que pueden operar como causas de justificación o licitud del delito de lesiones son:

1. Legítima defensa (fracc. III)
2. Estado de necesidad (fracc. IV)
3. Cumplimiento de un deber (fracc. V)
4. Ejercicio de un derecho (fracc. V)
5. Obediencia Jerárquica (fracc. VII)
6. Impedimento legítimo (fracc. VIII)

Para la doctrina, el consentimiento del ofen

dido es también una causa de justificación cuando el consentimiento no esté expresado en el tipo, se refiera a bienes jurídicos disponibles y sea anterior o previo a la realización de la conducta o hecho. La mayoría de los autores coinciden en que, al ser la vida y la salud bienes jurídicos no disponibles, el consentimiento del ofendido no puede funcionar como causa de justificación en los delitos de lesiones y homicidio.

En relación con un caso concreto de lesiones por contagio del virus del SIDA, creemos que, dada la naturaleza de los mecanismos de transmisión, las únicas causas de justificación que podrían operar serían : el estado de necesidad, el ejercicio de un derecho y la obediencia jerárquica.

2.2.4. INIMPUTABILIDAD

Habrá inimputabilidad cuando al momento de inferir la lesión, el sujeto activo se encuentre en los supuestos que prevé la fracción segunda del artículo 15 del C. P. De conformidad con este artículo, el agente será inimputable cuando, al momento de cometer la infracción, padezca trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en los que el propio sujeto activo haya provocado la incapacidad intencional o imprudencialmente (ACCIONES LIBERAE IN CAUSA).

De acuerdo con las causas de inimputabilidad que reconoce la doctrina, creemos que en el delito de lesiones pueden operar las siguientes: sueño, sonambulismo, hipnotismo, narcosis y miedo grave.

2.2.5. INCULPABILIDAD

Creemos que las causas de inculpabilidad -- que pueden presentarse en este delito son:

1. Error de hecho esencial e invencible
 - a. Eximentes putativas
2. No exigibilidad de otra conducta
 - a. Vis compulsiva
 - b. Temor fundado
 - c. Estado de necesidad (bienes de igual valor)
3. Caso fortuito

En relación con el SIDA, en un caso concreto de lesiones por contagio del VIH, podría presentarse como -- causa de inculpabilidad el error de hecho esencial e invenible. Como ejemplo de ésto, podemos citar el siguiente caso: En 1981, año en el que todavía no era prohibido el comercio de sangre, ni obligatorias las pruebas de detección en san-- gre de anticuerpos contra el VIH, un joven es sometido a una transfusión sanguínea en la que, sin saberlo, es contagiado con el virus del SIDA. A los tres meses de la transfusión -- conoce a una muchacha y tienen relaciones sexuales, conta--- giándola con el virus que él adquirió cuando fue transfundi-- do.

Creemos que en el ejemplo antes citado, el - agente no obró con dolo, tampoco culposamente, ya que el con-- tagio se produjo por un error de hecho esencial e invencible, que le impidió al sujeto activo conocer la naturaleza crimi-- nal de su conducta, siendo invencible porque el agente no te-- nía manera de salir de su error, pues en el tiempo en el que ocurrieron la transfusión y la relación sexual, ni los pro-- pios médicos sabían de la existencia del SIDA y de los meca-- nismos de transmisión del VIH, así como tampoco existían to-- davía las pruebas de detección .

En las lesiones por contagio del VIH, tam---

bién podría operar la vis compulsiva como causa de inculpabilidad por la no exigibilidad de otra conducta; pensemos por ejemplo en el siguiente caso: Un portador del virus del SIDA, bajo amenaza de muerte, es obligado a copular con otra persona, contagiándola con el virus.

Igualmente podría funcionar como causa de inculpabilidad el caso fortuito, si por ejemplo, en un laboratorio de análisis clínicos, un químico, al estar manipulando sangre contaminada con el virus, lo contagia por mero accidente a un compañero de trabajo, sin haber dolo o culpa de su parte, habiendo tomado todas las precauciones debidas en el manejo de la sangre que estaba analizando.

2.2.6. AUSENCIA DE CONDICIONES OBJETIVAS DE PUNIBILIDAD

Habrá ausencia de condiciones objetivas de punibilidad cuando, de conformidad con el artículo 289 del C. P., el ofendido no presente su querrela, siempre que las lesiones no pongan en peligro la vida y tarden en sanar menos de quince días.

Pensamos que, siendo estas condiciones un requisito procedimental para el ejercicio de la acción penal, la ausencia de ellas no altera en nada el carácter delictivo del hecho, provocando únicamente la imposibilidad de ejercer acción penal en contra del del sujeto activo, y por lo tanto, de aplicarle la sanción.

2.2.7. EXCUSAS ABSOLUTORIAS

En el delito de lesiones no se presentan excusas absolutorias.

3. CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES

3.1. LESIONES INFERIDAS EN RIÑA O DUELO

De conformidad con el artículo 297, las sanciones que correspondan a las lesiones inferidas en riña o en duelo, "podrán disminuirse hasta la mitad o hasta los cinco sextos, según se trate del provocado o del provocador, y teniendo en cuenta la mayor o menor importancia de la provocación y lo dispuesto en los artículos 51 y 52."

3.2. LESIONES POR ADULTERIO

El artículo 310 impone una sanción de "tres días a tres años de prisión al que, sorprendiendo a su cónyuge en el acto carnal o próximo a la consumación, mate o lesione a cualquiera de los culpables, o a ambos, salvo el caso de que el matador haya contribuido a la corrupción de su cónyuge. En este último caso se impondrán al homicida de cinco a diez años de prisión."

3.3. LESIONES CONTRA EL CORRUPTOR DEL DESCENDIENTE

El artículo 311 impone la misma sanción que el artículo anterior, "al ascendiente que mate o lesione al corruptor del descendiente que esté bajo su potestad, si lo hiciere en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo a él, si no hubiere procurado la corrupción de su descendiente con el varón con quien lo sorprenda, ni con otro."

Es evidente que ninguna de las circunstancias atenuantes anteriormente citadas, podrían operar en un caso concreto de lesiones por contagio del virus del SIDA.

4. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES

4.1. LESIONES INFERIDAS EN EL EJERCICIO DE LA PATRIA POTESTAD O TUTELA

Por expreso mandato del artículo 295, "al -- que ejerciendo la patria potestad o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, - suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos."

4.2. LESIONES CONTRA EL ASCENDIENTE

El artículo 300 prevé: "Si el ofendido fuere ascendiente del autor de una lesión, se aumentarán dos años- de prisión a la sanción que corresponda..."

4.3. LESIONES CALIFICADAS

A la luz del artículo 315, "las lesiones y - el homicidio son calificadas, cuando se cometen con premeditación, con ventaja, con alevosía o a traición."

En el caso de las lesiones calificadas, es -- el artículo 298 el que fija la sanción: "Cuando concorra una sola de las circunstancias a que se refiere el artículo 315, se aumentará en un tercio la sanción que correspondería, si- la lesión fuere simple; cuando concurren dos, se aumentará - la sanción en una mitad, y si concurren más de dos de las -- circunstancias dichas, se aumentará la pena en dos terceras- partes."

4.3.1. LA PREMEDITACION EN LAS LESIONES

El segundo párrafo del artículo 315 estable-

ce: "Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer."

El tercer párrafo de este mismo artículo establece la presunción de que las lesiones y el homicidio son premeditados cuando se cometen por:

1. INUNDACION
2. INCENDIO
3. MINAS
4. BOMBAS
5. EXPLOSIVOS
6. VENENOS
7. CUALQUIER OTRA SUSTANCIA NOCIVA A LA SALUD
8. CONTAGIO VENEREO
9. ASFIXIA
10. ENERVANTES
11. RETRIBUCION DADA O PROMETIDA
12. TORMENTO
13. MOTIVOS DEPRAVADOS
14. BRUTAL FEROCIDAD

Con respecto a esta presunción de premeditación, el maestro Francisco González de la Vega opina: "Esa presunción debe interpretarse como *juris tantum*, porque el supuesto legal puede ceder lógicamente ante el conocimiento exacto de la ausencia de espíritu reflexivo previamente deliberado." (32)

Por lo que se refiere al contagio venéreo como presunción de premeditación, el penalista Jiménez Huerta considera que "sólo en la lesión venérea causada por el dolo directo puede ser apreciada esta presunción, pues la premeditación es conceptualmente incompatible con las demás formas de culpabilidad." (33)

En relación con el SIDA, y con fundamento en el artículo 315, se presumirán premeditadas las lesiones --

cuando sean causadas por contagio venéreo del VIH. Cabe destacar que, aun si no existiera la presunción legal de premeditación a que alude el último párrafo de este artículo, las lesiones causadas por contagio del VIH, independientemente de la vía de transmisión, también serán calificadas por la premeditación cuando se demuestre que durante un transcurso de tiempo más o menos largo, entre la resolución y la ejecución del delito, el agente haya meditado reflexivamente y de liberado maduramente su resolución.

4.3.2. LA VENTAJA EN LAS LESIONES

El artículo 316 enumera cuatro hipótesis en las que se entiende que hay ventaja:

- I. "Cuando el delincuente es superior en fuerza física al -- ofendido y éste no se halla armado;
- II. Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas o por el número de los -- que lo acompañan;
- III. Cuando se vale de algún medio que debilite la defensa -- del ofendido; y
- IV. Cuando éste se halla inerme o caído y aquél armado o de pie."

El último párrafo del mismo artículo expresa: "La ventaja no se tomará en consideración en los tres -- primeros casos si el que la tiene obrase en defensa legítima, ni en el cuarto si el que se halla armado o de pie fuera el agredido y, además, hubiere corrido peligro su vida por -- no aprovechar esa circunstancia."

El artículo 317 señala los dos únicos casos en los que la ventaja será considerada como calificativa de los delitos de lesiones y homicidio: "...cuando sea tal que-

el delincuente no corra riesgo alguno de ser muerto ni herido por el ofendido y aquél no obre en legítima defensa."

4.3.3. LA ALEVOSIA EN LAS LESIONES

El artículo 318 define esta calificativa de la siguiente manera; "La alevosía consiste en sorprender intencionalmente a alguien de improviso o empleando acechanzas u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer."

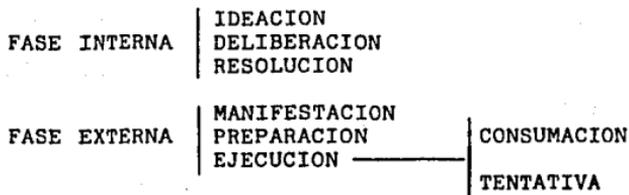
4.3.4. LA TRACION EN LAS LESIONES

A la luz del artículo 319, se considera que obra a traición: "...el que no solamente emplea la alevosía, sino también la perfidia, violando la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima, o la tácita que ésta debía prometerse de aquél por sus relaciones de parentesco, gratitud, amistad o cualquiera otra que inspire confianza."

5. INTERCRIMINIS

Quando el delito de lesiones se comete culpablemente, la voluntad del agente no se dirige a la producción del resultado típico, sino solamente a la realización de la conducta, por ello, la vida del delito de lesiones, cuando es culposo, empieza y termina con la ejecución misma, pues no puede quedar en grado de tentativa, ya que ésta requiere de la realización de actos voluntarios encaminados a la producción del resultado típico.

En el intercriminis del delito de lesiones, cuando son dolosas, pueden presentarse las siguientes fases:



El delito de lesiones se consuma cuando se produce la alteración de la salud del sujeto pasivo; sin embargo, esta consumación puede no verificarse.

Las lesiones quedarán en grado de tentativa (inacabada o acabada) si el sujeto activo realiza algunos o todos los actos ejecutivos, encaminados a la realización del delito de lesiones, y éste no se consuma por causas ajenas a su voluntad. Si el delito no se consuma por causas propias del agente (desistimiento o arrepentimiento), éste no será sancionado.

Según la opinión del maestro Celestino Porte Petit: "Puede existir tentativa inacabada o acabada de lesiones, pues pueden integrarse los elementos de las mismas: intención de cometer el delito, un principio de ejecución y la no consumación del delito por causas ajenas a la voluntad del agente, o bien, la ejecución completa, sin la consumación del delito, igualmente por causas ajenas a la voluntad del agente." (34)

El artículo 12 del C.P. señala cuándo es punible la tentativa, y el artículo 63 prevé, confusamente, la sanción que debe aplicarse en el caso de esta tentativa.

En relación con este último artículo, el maestro Porte Petit opina: "Nuestra legislación crea un grave problema al no señalar la sanción imponible a la tentati-

va de lesiones, a virtud de que el artículo 63 del Código Penal, no soluciona el problema, debido a que se ignora la lesión que pudiera haberse cometido." (35)

6. CONCURSO DE DELITOS

En las lesiones se pueden presentar tanto el concurso ideal como el real de delitos. Habrá concurso ideal o formal, cuando con una sola conducta, el agente produzca - varios resultados típicos; siendo homogéneo si los resultados son iguales; y heterogéneo, si son distintos. El concurso será real o material, cuando con varias conductas se produzcan varios resultados típicos, ya sean iguales o distintos.

7. CONCURSO DE PERSONAS

Siendo las lesiones un delito monosubjetivo, puede presentarse el concurso eventual de sujetos (participación), es decir, la voluntaria cooperación de varios individuos en la realización de este delito.

Según el maestro Porte Petit, los casos de participación que pueden presentarse en el delito de lesiones son: autor intelectual, autor material o inmediato, coautor, autor mediato y cómplice. (36)

Por nuestra parte, creemos que en el delito de lesiones se pueden presentar todos los grados de participación que prevé el artículo 13 del Código Penal.

C A P I T U L O C U A R T O

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LEGISLACIONES PENALES VIGENTES DE CINCO ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA, EN RELACION CON EL SIDA, POR LA COMISION DE LOS DELITOS DE PELIGRO DE CONTAGIO Y LESIONES."

Como lo muestran las gráficas de nuestro primer capítulo, después del Distrito Federal, los Estados de la República que reportan el mayor porcentaje de casos de SIDA - son: Jalisco, México, Nuevo León, Coahuila y Baja California. Por ello, en este capítulo hemos pretendido hacer un análisis de los Códigos Penales de estas entidades federativas, con el fin de determinar la repercusión penal del SIDA en cada una - de ellas, según su legislación penal vigente.

Es importante destacar que, al igual que el - C.P. para el D.F., ninguno de los Códigos Penales de los Estados han sido reformados o adicionados con motivo de la aparición del SIDA; sin embargo, y como lo veremos más adelante, - tanto el poner en peligro de contagio del virus del SIDA, como su contagio, son sancionados penalmente en todos los Estados de la República Mexicana y en el Distrito Federal.

Todos los Códigos Penales de los Estados contemplan un tipo de lesiones, por lo cual, el contagio del virus del SIDA va a ser sancionado como delito de lesiones en - todos los Estados de la República. En cuanto al tipo de peligro de contagio, sólo algunos Estados lo contemplan, por ello, el poner en peligro de contagio del virus del SIDA sólo será sancionado como delito autónomo en aquellos Estados en los -- que su Código Penal contemple un tipo de peligro de contagio. En las entidades federativas en las que sus legislaciones penales no cuenten con el tipo antes aludido, el poner en peligro de contagio del VIH será sancionado como delito de lesio-

nes en grado de tentativa, siempre que la situación de peligro la provoque intencionalmente el agente.

1. CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO (1)

Desde el surgimiento del SIDA en México, Jalisco ha ocupado reiteradamente el segundo lugar entre los Estados que han reportado a la Secretaría de Salud el mayor número de casos de SIDA (277 hasta el 1° de enero de 1989).

A diferencia del Código Penal para el Distrito Federal, el Código Penal para el Estado de Jalisco no tipifica el peligro de contagio como una figura delictiva autónoma; sin embargo, de conformidad con el artículo 10, la conducta de quien intencionalmente ponga en peligro de contagio del virus del SIDA a otro, por cualquier medio eficaz e idóneo, se tipificará como delito de lesiones en grado de tentativa. Al responsable de ésta se le impondrán de tres días - hasta la mitad del máximo de la sanción que correspondería a las lesiones que se hubieren podido causar (art. 52).

El Código Penal de Jalisco ubica al delito de lesiones en el Título Décimo Sexto, relativo a los Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal.

Según el artículo 206: "Comete el delito de lesiones, toda persona que por cualquier medio cause un menoscabo en la salud de otro."

Con base en la descripción típica del artículo anterior, el contagio del virus del SIDA se tipificará como delito de lesiones cuando con él se cause un menoscabo en la salud del contagiado.

El artículo 207 establece: "Al responsable -

del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida, se le impondrán:

- I. De tres días a seis meses de prisión o multa por el importe de dos a ocho días de salario, cuando las lesiones tarden en sanar un tiempo no mayor de quince días. Si tales lesiones son simples, sólo se perseguirán a querrela del ofendido;
- II. De tres meses a dos años de prisión, cuando las lesiones tarden en sanar más de quince días;
- III. De seis meses a cinco años de prisión, cuando las lesiones dejen al ofendido cicatriz notable en la cara, cuello y pabellones auriculares;
- IV. De uno a seis años de prisión, cuando las lesiones produzcan menoscabo de las funciones u órganos del ofendido; y
- V. De dos a ocho años de prisión, cuando las lesiones produzcan la pérdida de cualquier función orgánica o de un miembro, de un ojo, o causen una enfermedad probablemente incurable, deformidad incorregible o incapacidad permanente para trabajar, o cuando el ofendido quede sordo, ciego, impotente o pierda sus facultades mentales."

De acuerdo con el artículo 208: "Cuando se trate de lesiones que pongan en peligro la vida, se impondrán de dos a seis años de prisión."

Al igual que el C.P. para el D.F., el de Jalisco divide a las lesiones en dos grupos: las que no ponen en peligro la vida y las que sí la ponen. Cabe señalar que este último Código establece casi las mismas sanciones que el primero, los máximos de la sanción son iguales, sólo los mínimos que prevé el C.P. de Jalisco son inferiores a los mínimos que contempla el C.P. para el D.F.

Otras diferencias entre estos dos Códigos Penales, en lo relativo a las sanciones, son:

1º Cuando de las lesiones inferidas resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales, el Código Penal de Jalisco establece una sanción de dos a -- ocho años de prisión, mientras que el del D.F. impone una -- sanción de seis a diez años.

2º Para el caso de las lesiones que ponen en peligro la vida del ofendido, el artículo 293 del C.P. del D. F. establece una sanción de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que correspondan por verificarse, además, cualquier otro de los resultados previstos en los artículos anteriores al 293; en cambio, el C.P. de Jalisco no prevé esta acumulación de sanciones que dicta el C.P. del -- D.F., e incluso, por mandato expreso del artículo 212: "Si - se produjeran varios de los resultados previstos en los artículos anteriores, se aplicarán las sanciones correspondientes al de mayor gravedad."

Con respecto al SIDA, consideramos que, dada la naturaleza de esta enfermedad, las lesiones causadas por el contagio del VIH serían de las comprendidas en la frac--- ción IV ó V del artículo 207, e incluso de las comprendidas en el artículo 208 del C.P. para el Estado de Jalisco.

El Código Penal de Jalisco contempla como lesiones de penalidad atenuada las siguientes:

1. LESIONES EN RIÑA O DUELO (ART. 209). Se--
gún este artículo, "serán punibles las lesiones causadas en riña, sea ésta inesperada o preconcertada o en duelo. En el caso de la primera, se impondrá al provocado hasta la mitad del mínimo y máximo de la sanción que le corresponda conforme a los artículos anteriores. En las demás hipótesis se -- aplicarán para los activos del delito, cinco sextos del míni

mo y máximo señalado en los mismos preceptos."

El artículo 218 define a la riña y al duelo en los siguientes términos: "La riña es la contienda de obra entre dos o más personas que pretenden dañarse ilícitamente. Ella puede ser de ejecución coetánea, o posterior al acuerdo de refir. El duelo atañe a la pendencia cuyo desarrollo está sujeto a reglas previamente establecidas sobre el lugar, día y hora de contienda, armamento que ha de utilizarse, momento en que debe cesar la reyerta y todo aquello que consideren esencial los interesados o sus comisionados para acordar el evento."

2. LESIONES POR ADULTERIO (ART. 221). "Se impondrán las penas del homicidio o lesiones en riña preconcetada, al que, teniendo nula ilustración sorprenda a su cónyuge, concubina o concubinario, en el acto carnal con otra persona o en un momento próximo a su consumación y lo victime o lesione, salvo que el activo haya contribuido a la corrupción del ofendido, en cuya hipótesis se aplicarán las penas del homicidio o lesiones según proceda."

A diferencia del C.P. para el D.F., el de Jalisco no prevé como atenuante las lesiones inferidas al corruptor del descendiente en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo a él.

Las lesiones son de penalidad agravada en los casos siguientes:

1. LESIONES CONTRA EL ASCENDIENTE (ART. 211). En este caso se aumentarán un año de prisión al mínimo y dos años de prisión al máximo de la sanción que corresponda por la lesión causada.

2. LESIONES CALIFICADAS (ART. 210). Cuando - las lesiones sean calificadas, se aumentará una tercera parte del mínimo y dos terceras partes del máximo de la sanción que correspondería si la lesión fuere simple.

El artículo 219 establece: "Se entiende que el homicidio y las lesiones son calificadas:"

I. Cuando se cometan con premeditación, ventaja, alevosía o traición;

Hay premeditación, cuando el agente decide cometer un delito futuro y elige los medios adecuados para ejecutarlo.

Hay ventaja:

A).- Cuando el delincuente es notoriamente superior en destreza o fuerza física al ofendido o éste no se halla armado;

B).- Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas, por el número de los que lo acompañan;

C).- Cuando se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido;

D).- Cuando éste se halla inerme o caído y aquél armado o de pie; y

E).- Cuando por cualquiera circunstancia el delincuente no corre riesgo de ser muerto o lesionado por el ofendido al perpetrar el delito.

Hay alevosía, cuando se sorprende intencionalmente a alguien de improviso o empleando asechanza.

Hay traición, cuando se viola la fé o la seguridad que expresamente se había prometido a la víctima o a la tácita que ésta debía esperar en razón de parentesco, gratitud, amistad, relación de trabajo, o cualquiera otra circunstancia que inspire confianza.

II. Cuando se ejecuten por retribución dada o prometida;

III. Cuando se causen por motivos depravados;

IV. Cuando se cometan por brutal ferocidad;

V. Cuando se causen por inundación, incendio, minas, bombas-

o explosivos;

VI. Cuando se dé tormento al ofendido o se obre con ensañamiento o crueldad; y

VII. Cuando se causen por envenenamiento, contagio, asfixia, o uso de estupefacientes, psicotrópicos, gases, inhalantes o solventes."

Los Códigos Penales de Jalisco y del D.F. -- contemplan las mismas circunstancias calificativas de la premeditación, ventaja, alevosía y traición, pero con algunas ligeras variantes; por ejemplo, el C.P. del D.F. establece como presunción de premeditación las circunstancias tales como el envenenamiento, la asfixia, el tormento y el contagio-venéreo, entre otras; en cambio, el Código Penal de Jalisco contempla estas mismas circunstancias, pero separadamente de la premeditación y no como presunción; además, este último Código no especifica que el contagio sea venéreo, pudiendo ser por cualquier vía. Por otra parte, aun cuando los dos Códigos Penales regulan semejantemente las circunstancias calificativas antes aludidas, consideramos que por lo que respecta a la premeditación, la redacción empleada por el C.P. de Jalisco es bastante pobre en relación con la que hace el C.P. para el D.F.

2. CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MEXICO (2)

A partir de 1989 el Estado de México empezó a ocupar el tercer lugar entre los Estados que han reportado el mayor número de casos de SIDA a la Secretaría de Salud -- (184 hasta el 1º de enero de 1989).

El Código Penal para el Estado de México tipifica el delito de peligro de contagio y lo ubica de la siguiente manera: LIBRO SEGUNDO. TITULO TERCERO: De los delitos contra las personas. SUBTITULO SEGUNDO: Delitos de peli-

gro contra las personas. CAPITULO I: Peligro de contagio.

El artículo 261 establece: "Se impondrán de tres días a dos años de prisión y de tres a ciento cincuenta días de multa, al que sabiendo que padece un mal venéreo o cualquier otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro la salud de otro mediante relaciones sexuales.

Sólo se procederá por querrela del ofendido."

En los términos del artículo anterior, podemos decir que la conducta de quien, sabiéndose portador del VIH, ponga en peligro la salud de otro mediante relaciones sexuales, quedará tipificada como delito de peligro de contagio.

La redacción del artículo 261 es muy parecida a la empleada en el artículo 199 bis del C.P. para el Distrito Federal. Ambos aluden a los mismos elementos típicos: elemento subjetivo (conocimiento de la enfermedad), presupuesto material de la conducta (enfermedad venérea), referencia temporal (período infectante) y medio de comisión (relaciones sexuales).

Entre los Códigos Penales del D.F. y del Estado de México, sólo encontramos tres diferencias: Primera, el artículo 199 bis se refiere específicamente a un mal venéreo, mientras que para el artículo 261 la enfermedad puede ser venérea o cualquiera otra que sea grave. Segunda, a diferencia del C.P. para el D.F., el del Estado de México prevé como condición objetiva de punibilidad la querrela del ofendido, en todos los casos y no sólo tratándose de cónyuges como lo establece el C.P. para el D.F. Tercera, el C.P. del Estado de México no dispone la acumulación de sanciones prevista por nuestro Código cuando se causa el contagio. Consideramos que es quizás en estos dos últimos puntos en lo --

único en lo que esencialmente difieren los artículos 199 bis y 261.

Dado que este delito no es de daño, sino de peligro; y en virtud de la naturaleza íntima del medio de comisión, creemos que resulta un gran acierto el que el C.P. - para el Estado de México imponga como condición objetiva de punibilidad la querrela del ofendido, no sólo tratándose de cónyuges, como lo prevé el C.P. del D.F., sino haciéndola ex tensiva a todos los casos.

Por lo que respecta al delito de lesiones, - el C.P. para el Estado de México lo ubica de la siguiente ma nera: LIBRO SEGUNDO. TITULO TERCERO: Delitos contra las personas. SUBTITULO PRIMERO: Delitos contra la vida y la inte-gridad corporal. CAPITULO I: Lesiones.

Según la descripción típica del artículo --- 234: "La lesión es toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa."

De acuerdo con la definición del artículo an terior, el contagio del virus del SIDA se tipificará como de lito de lesiones cuando con él se cause un daño en la salud del sujeto pasivo.

El artículo 235 establece: "Al inculpado del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida se impondran:

- I. De tres días a seis meses de prisión o de tres a treinta y cinco días o ambas penas, cuando el ofendido tarde en sanar hasta quince días inclusive y no amerite hospitalización. Este delito se perseguirá por querrela, y
- II. De cuatro meses a dos años de prisión y de cinco a ciento cincuenta días de multa, cuando el ofendido amerite hospi

talización o las lesiones tarden en sanar más de quince días. Para los efectos de este precepto se entiende que una lesión amerita hospitalización, cuando el ofendido por motivo de la lesión o lesiones sufridas está impedido para dedicarse a sus ocupaciones habituales aun cuando materialmente no sea internado en una casa de salud, sanatorio u hospital."

Según el artículo 236, al responsable de lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de dos a cinco años de prisión y de diez a trescientos cincuenta -- días multa.

Por mandato expreso del artículo 237, sin -- perjuicio de la pena que corresponda a las lesiones, según -- pongan o no en peligro la vida del ofendido, se impondrán de uno a dos años de prisión y hasta doscientos días multa, --- cuando la lesión haya sido producida por disparo de arma de fuego o con alguna arma prohibida.

El artículo 238 establece: "Se impondrán al autor de las lesiones, además de las penas anteriores:

I. De seis meses a dos años de prisión y de tres a cin cuenta días multa, cuando las lesiones dejen al ofendido ci catriz notable y permanente en la cara, o en uno o ambos pa- bellones auriculares;

II. De uno a cinco años de prisión y de tres a trescientos - cincuenta días multa, cuando las lesiones produzcan debilita- miento, disminución o perturbación de las funciones, órganos o miembros, y

III. De dos a diez años de prisión y de cincuenta a setecien tos días multa, cuando las lesiones produzcan enajenación -- mental, pérdida definitiva de algún miembro o de cualquier - función orgánica o causen incapacidad para trabajar."

En cuanto a la definición y sanción de las -

lesiones según su gravedad, creemos que en términos generales no hay gran diferencia entre los Códigos Penales del Distrito Federal y del Estado de México. No obstante, cabe destacar que a diferencia del primero, el segundo de estos Códigos no alude específicamente a las lesiones de las que resulta una enfermedad segura o probablemente incurable como lo es el SIDA; sin embargo, a pesar de esta omisión, consideramos que en un caso concreto de contagio del virus del SIDA, las lesiones causadas quedarían comprendidas dentro de las fracciones II ó III del artículo 238, según el daño causado con el contagio.

El Código Penal para el Estado de México prevé como lesiones de penalidad atenuada, las inferidas bajo las circunstancias siguientes:

1. LESIONES EN RIÑA O DUELO (ART. 240). En estas circunstancias la pena se podrá disminuir hasta la mitad, tomando en cuenta quién fue el provocado y quién el provocador y considerando el grado de provocación. El artículo 250 define a la riña como "la contienda de obra entre dos o más personas con intención de dañarse."

2. LESIONES EN ESTADO DE EMOCION, EN VINDICACION PROXIMA DE UNA OFENSA GRAVE O POR MOVILES DE PIEDAD. De acuerdo con el artículo 243, se impondrá pena que no exceda de la mitad de la que correspondería según el daño causado, a las lesiones inferidas en cualquiera de las circunstancias a que alude el artículo 249:

I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;

II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes, descendientes y hermanos, y

III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y --

reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida."

Consideramos que los delitos de lesiones por adulterio y contra el corruptor del descendiente que el C.P. para el D.F. contempla como tipos especiales privilegiados, quedan comprendidos dentro de la primera y segunda fracciones del artículo 249 del C.P. para el Estado de México. Así, las lesiones inferidas contra el o los adúlteros y contra el corruptor del descendiente, integran un tipo especial privilegiado en nuestro C.P., mientras que para el del Estado de México integran un tipo complementado privilegiado.

Las lesiones serán de penalidad agravada en los casos siguientes:

1. LESIONES CONTRA EL ASCENDIENTE, DESCENDIENTE O CONYUGE (ART. 241). Este artículo dispone para este caso el aumento de hasta dos años de prisión a la pena que corresponda.

2. LESIONES INFERIDAS EN EL EJERCICIO DE LA PATRIA POTESTAD O LA TUTELA (ART. 242). Este artículo establece que al autor de estas lesiones, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de estos derechos.

3. LESIONES CALIFICADAS (ART. 239). Cuando las lesiones sean calificadas, se aumentará hasta en dos terceras partes la pena.

El artículo 251 establece: "Las lesiones y el homicidio serán calificadas cuando se cometan con premeditación, ventaja, alevosía o traición. Hay premeditación cuando se comete el delito después de ha--

ber reflexionado sobre su ejecución.

Hay ventaja cuando el inculpado no corra riesgo alguno de -- ser muerto ni lesionado por el ofendido.

Hay alevosía cuando se sorprende intencionalmente a alguien de improviso o empleando asechanza.

Hay traición cuando se emplea la perfidia, violando la fe o la seguridad que expresamente se había prometido a la víctima, o a la tácita que ésta debía esperar en razón del parentesco, gratitud, amistad o cualquier otra que inspire confianza."

Consideramos que el C.P. del Estado de México describe estas circunstancias calificativas casi en los mismos términos en que lo hace el C.P. del D.F. Sin embargo, en el caso específico de la ventaja creemos que la redacción utilizada por el C.P. del Estado de México es bastante simple, pues no contempla el requisito esencial de la ventaja, o sea, la superioridad en fuerza o medios en que se coloca el sujeto activo. Por último, cabe señalar que el C.P. -- para el Estado de México no contempla al contagio venéreo como circunstancia calificativa.

3. CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NUEVO LEON (3)

El Estado de Nuevo León ocupa el cuarto lugar entre las entidades federativas que han reportado a la -- Secretaría de Salud el mayor número de casos de SIDA (100 hasta el 1º de enero de 1989).

El C.P. para el Estado de Nuevo León no tipifica como delito el poner en peligro de contagio la salud de otro. Sin embargo, de conformidad con los artículos 33 y -- 299, este poner en peligro de contagio se castigará como tentativa del delito de lesiones, cuando el agente provoque intencionalmente ese estado de peligro, es decir, cuando por --

causas ajenas a su voluntad, no se verifique el contagio, -- una vez que el agente haya iniciado la ejecución del delito, realizando actos idóneos, encaminados directamente a su consumación.

De acuerdo con lo anterior, la persona que -- por cualquier medio ponga en peligro de contagio del VIH a -- otro, realizando actos idóneos, encaminados directamente a -- la producción del contagio, sin que éste se verifique por -- causas ajenas a su voluntad, será sancionado por el delito -- de lesiones en grado de tentativa, imponiéndosele de tres -- días hasta las dos terceras partes de la sanción que le co--rrespondería por las lesiones que se hubieran causado con el contagio, de haberse producido éste.

Por lo que respecta al delito de lesiones, -- el artículo 299 lo tipifica de la siguiente manera: "Comete-- el delito de lesiones el que infiera a otro un daño que deje en su cuerpo un vestigio o altere su salud física o mental."

En términos generales, la redacción empleada en este artículo para definir el delito de lesiones es muy -- parecida a la del artículo 288 del C.P. del D.F. El artícu--lo 299 emplea la palabra vestigio, y no la de huella que utiliza el artículo 288, pero que al fin y al cabo son sinóni--mas. Se puede decir que ambos artículos aluden a un mismo -- resultado típico: un daño que deje en el cuerpo humano un -- vestigio o huella material y/o una alteración a la salud.

Antes de referirnos a la sanción de las le--siones según su gravedad, es importante destacar que las multas que establece como sanción pecuniaria para algunos deli--tos el C.P. de Nuevo León, consisten en el pago de cuotas, a las que el artículo 87 define como "el importe del salario -- mínimo general más bajo de los que rijan en el Estado en el-

momento de la comisión del hecho delictuoso.

El artículo 300 establece: "Al que cause una lesión que no ponga en peligro la vida de un ser humano se le impondrán:

I. De tres días a seis meses de prisión o multa de una a cinco cuotas, o ambas sanciones a juicio del juez, cuando la lesión tarde en sanar quince días o menos de ese término; y

II. De seis meses a dos años de prisión y multa de una a diez cuotas, cuando la lesión tarde en sanar más de quince días."

Para el caso de que las lesiones inferidas no pongan en peligro la vida del ofendido, el artículo 301 impone al responsable una sanción de uno a seis años de prisión, sin perjuicio de las que le correspondan conforme a los artículos siguientes.

El artículo 302 expresa: "En relación con las consecuencias de las lesiones inferidas, se observarán las siguientes reglas:

I. Se impondrá de uno a cinco años de prisión y multa de una a cinco cuotas, al que cause una lesión que deje al ofendido cicatriz permanentemente notable en la cara, cuello o pabellones auriculares;

II. Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de dos a cinco cuotas, al que cause una lesión que produzca debilitamiento, disminución o perturbación de las funciones, sentidos, órganos o miembros de la víctima; y

III Se impondrán de cinco a diez años de prisión y multa de ocho a ochenta cuotas, al que infiera una lesión, que produzca a la víctima enfermedad mental, pérdida de algún miembro o de cualquier función, órgano o sentido, deformidad incorregible o deje incapacidad total y permanente para trabajar."

De acuerdo con lo preceptuado por los dos artículos anteriores, y conociendo los efectos de la infección con el virus del SIDA, consideramos que en un caso concreto de contagio del VIH, las lesiones serían de las comprendidas en las fracciones II ó III del artículo 302, según se provoque el debilitamiento o la pérdida total de la función inmunológica del organismo del contagiado, lo cual, en todo caso deberá ser calificado por el médico legista, quien también deberá determinar si las lesiones inferidas pusieron, además, en peligro la vida del ofendido.

El C.P. para el Estado de Nuevo León prevé -- como lesiones de penalidad atenuada las inferidas en las circunstancias siguientes:

1. LESIONES EN RIÑA O DUELO (ART. 303). De acuerdo con este artículo, se impondrán al responsable de estas lesiones, de un cuarto a tres cuartos de la pena de prisión que le corresponda por las lesiones causadas, según sea el provocado o el provocador. El artículo 319 define a la riña como "la contienda de obra, por motivos privados, entre personas, con el propósito de causarse daño."

2. LESIONES EN ESTADO DE EMOCION VIOLENTA -- (ART. 320). Al responsable de lesiones inferidas en estado de emoción violenta que las circunstancias hagan explicable, se le reducirá la sanción a la mitad de la que le correspondería si no mediaren estas circunstancias.

Las lesiones serán de penalidad agravada --- cuando se cometan bajo las siguientes circunstancias:

1. LESIONES CONTRA EL ASCENDIENTE O DESCENDIENTE (ART. 306). Se aumentarán dos años de prisión a la -- sanción que corresponda por las lesiones causadas.

Para el caso específico de las lesiones inferidas contra el descendiente, en el segundo párrafo del artículo 306 se establece: "Quien tenga el derecho de corregir - será sancionado por las lesiones que infiera, conforme a la fracción II del artículo 300 y siguientes. Si las lesiones son de las señaladas en la fracción I del artículo 300, siendo la primera vez y no se haya actuado con crueldad, podrá sufrir la pena señalada en dicha fracción, o la amonestación, a juicio del juez, según las circunstancias del caso concreto. Además de las sanciones que se impongan, el acusado --- siempre quedará sujeto a medidas curativas de tratamiento -- psiquiátrico, conforme a lo dispuesto por el artículo 68, en los establecimientos que se señalan en la parte final del artículo 90."

El C.P. para el Estado de Nuevo León, a diferencia del Código Penal del D.F., prevé como lesiones de penalidad agravada, no sólo las inferidas contra el ascendiente, sino también las causadas al descendiente; imponiéndole en este caso, además de la sanción que le corresponda, una medida de seguridad consistente en un tratamiento psiquiátrico a través de consultas externas.

2. LESIONES CALIFICADAS (ART. 304). Cuando concorra alguna de las circunstancias calificativas previstas en los artículos 316 y 317, se aumentará hasta la mitad de la sanción que le corresponda.

De conformidad con los tres artículos anteriores, las lesiones serán calificadas cuando se cometan: con alevosía, por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos, envenenamientos, asfixia, gas, contagio o enervantes, o en caminos públicos, con brutal ferocidad, por motivos depravados, vergonzosos o fútiles, por retribución dada o prometida, dando tormento a la víctima u obrando con ensañamiento o

crueldad.

De las cuatro circunstancias calificativas - previstas por el C.P. del D.F., el de Nuevo León sólo menciona a la alevosía, pero sin definirla, y las demás circunstancias a las que alude como calificativas son en el C.P. del D. F., meras presunciones de premeditación que admiten prueba - en contrario.

4. CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE COAHUILA (4)

Coahuila ocupa el quinto lugar entre los Estados de la República que han reportado a la Secretaría de - Salud el mayor número de casos de SIDA (74 hasta el 1º de -- enero de 1989).

El Código Penal de esta entidad federativa - tipifica el delito de peligro de contagio, cuya ubicación -- dentro de dicho ordenamiento es la siguiente: LIBRO SEGUNDO. PARTE ESPECIAL. APARTADO CUARTO: DELITOS CONTRA LAS PERSONAS. TITULO PRIMERO: DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA SALUD PERSONAL.- CAPITULO OCTAVO: DELITOS DE PELIGRO CONTRA LA VIDA Y LA SA-- LUD DE LAS PERSONAS. ART. 297.- SANCION Y TIPO DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO.

El artículo 297 establece: "Se aplicará prisión de tres días a dos años y multa de cien a cuatro mil pe sos, al que sabiendo que padece cualquier enfermedad venérea en período infectante, ponga en peligro de contagio a otra.- Entre cónyuges o concubinos, sólo se procederá por querella del ofendido."

Comparando la redacción del artículo ante--- rior con la del artículo 199 bis del C.P. del D.F., sólo encontramos tres diferencias: Primera, el artículo 297 no espe

cifica el medio de comisión como lo hace el artículo 199 bis, pudiendo realizarse la conducta por cualquier medio idóneo, - por ejemplo, amamantamiento de criaturas, transfusión sanguínea, relaciones sexuales, etc. Segunda: el artículo 297 no solamente impone entre cónyuges la querrela del ofendido para ejercer acción penal, como lo hace el C.P. del D.F., sino que también la hace extensiva a los concubinos. Tercera: no prevé la acumulación de sanciones que establece el artículo 199 bis cuando se causa el contagio, por lo cual, en caso de que éste se produzca, el delito de lesiones absorberá al peligro de contagio.

En relación con el SIDA, de conformidad con el artículo 297 del C.P. para el Estado de Coahuila, a la -- persona que, sabiéndose portadora del virus del SIDA, ponga en peligro de contagio a otra por cualquier medio, se le sancionará con prisión de tres días a dos años y multa de cien a cuatro mil pesos.

En cuanto al delito de lesiones, el artículo 270 establece: "Comete lesiones, el que cause a otro una alteración en su salud."

El C.P. de Coahuila clasifica las lesiones, - según su gravedad, en: levísimas, leves, graves y gravísimas. Para su estudio, a continuación haremos un cuadro sinóptico, indicando la clase de lesión, el artículo que la contempla y la sanción aplicable.

LESIONES LEVISIMAS	ART.	SANCION
1. Que no pongan en peligro la vida del ofendido y tarden en sanar hasta 15 días.	271	Prisión de 3 días a 4 meses y multa de 100 a 500 pesos.

LESIONES LEVES	ART.	SANCION
1. Que no pongan en peligro la vida y tarden en sanar más de 15 días.	271	Prisión de 4 meses a 1 año y multa de 500- a 2000 pesos.
LESIONES GRAVES	ART.	SANCION
1. Que dejen en la cara - cicatriz permanentemente-notable.	272	Prisión de 1 a 6 años y multa de 2000 a 12-000 pesos.
2. Que causen perturbación, debilitamiento o disminución de una función orgánica o de una facultad.	273	Prisión de 2 a 8 años y multa de 4000 a 16-000 pesos.
LESIONES GRAVISIMAS	ART.	SANCION
1. Que causen la pérdida definitiva de cualquier-facultad o función orgánica que no pueda ser -- sustituida fisiológicamente.	274 frac.I	Prisión de 3 a 10 --- años y multa de 6000- a 20000 pesos.
2. Que causen la pérdida de algún órgano que, aun cuando su función pueda ser sustituida fisiológicamente, la eventual pérdida del órgano sustituto traería aparejada la pérdida de la función o la muerte.	274 frac.II	"
3. Que causen la pérdida de un miembro.	274 frac.III	"
4. Causen una enfermedad segura o probablemente - incurable.	274 frac.IV	"
5. Causen grave deformidad o incapacidad permanente para trabajar.	274 frac.V	"
6. Que concretamente pongan en peligro la vida.	275	Prisión de 3 a 8 años y multa de 6000 a 16-000 pesos.

Consideramos que en un caso concreto de contagio del VIH, las lesiones causadas con éste serían de las comprendidas en los artículos 274, fracciones I y IV y 275, calificadas todas como gravísimas.

El artículo 276 prohíbe terminantemente la acumulación ideal, ordenando en su lugar, la aplicación especial del principio de subsunción, tratándose de lesiones múltiples. Según este artículo, " si se produjeran varios de los resultados previstos en los artículos anteriores, solamente se aplicarán las penas correspondientes al de mayor -- gravedad."

De suma importancia resulta el artículo anterior, ya que, a diferencia del C.P. del D.F. y de los otros tres Códigos Penales antes examinados, tratándose de lesiones múltiples, prohíbe la acumulación de sanciones, lo cual, desde nuestro punto de vista, resulta coherente y acertado.

El C.P. de Coahuila contempla como lesiones de penalidad atenuada las siguientes:

1. LESIONES EN RIÑA O EN DUELO (ART. 278). En estos casos se aplicará al responsable, entre los mínimos y los máximos, hasta la mitad o hasta cinco sextos de las sanciones que correspondan a las lesiones causadas, según se trate del provocado o el provocador.

El artículo 282 define a la riña y al duelo de la siguiente manera: "La riña es el ejercicio de la violencia aceptada expresa o tácitamente, por quienes en ella intervienen. El duelo es la indebida contienda, materialmente lesiva, derivada de un reto aceptado, en condiciones de igualdad preestablecidas, y que tiende a dirimir una cuestión de honor."

2. LESIONES POR ADULTERIO (ART. 280). De conformidad con este artículo, y en relación con el delito de lesiones, al que, sorprendiendo a su cónyuge en el acto carnal o en uno próximo inmediato anterior o posterior a su consumación, lesione a cualquiera de los culpables, o a ambos, se le impondrá la mitad de la penalidad que corresponda a la lesión en su forma simple, sin que en ningún caso pueda exceder de dos años de prisión y multa de cuatro mil pesos, o -- con la penalidad de dos tercios, si se hubiera contribuido a la corrupción.

3. LESIONES CONTRA EL CORRUPTOR DEL DESCEN--
DIENTE O HERMANO MENOR (ART. 281). De acuerdo con este artículo, y en relación con el delito de lesiones, se aplicará -- la mitad de la penalidad que corresponda a la lesión en su -- forma simple, sin que en ningún caso pueda exceder de dos -- años de prisión y multa de cuatro mil pesos, al ascendiente -- o al hermano, que lesione al corruptor del descendiente o -- hermano que sea menor de dieciséis años y esté bajo su cuidado, si lo hiciere en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo inmediato anterior o posterior a su consumación, si no hubiere procurado su corrupción con quien lo sorprenda ni con otro, pues en este caso, se le sancionará -- con dos tercios de la penalidad que corresponda, sin que pueda exceder de cuatro años de prisión y ocho mil pesos de multa.

El C.P. de Coahuila prevé las mismas circunstancias atenuantes que contempla el C.P. del D.F., pero con algunas diferencias por lo que se refiere a las lesiones contra el corruptor del descendiente o hermano menor. El artículo 281 del C.P. de Coahuila no especifica, como lo hace el C.P. del D.F., que el sujeto pasivo deba ser varón; además, -- el sujeto activo no sólo puede ser el ascendiente, sino también el hermano.

Las lesiones son de penalidad agravada cuando se cometen bajo las circunstancias siguientes:

1. LESIONES DOLOSAS INFERIDAS CONTRA EL ASCENDIENTE O DESCENDIENTE (ART. 279). En este caso se aumentarán hasta cinco años de prisión y hasta diez mil pesos de multa a las sanciones que correspondan.

El artículo 279 no sólo contempla como sujeto pasivo al ascendiente, como lo hace el C.P. del D.F., sino también al descendiente; asimismo, alude específicamente al dolo como única forma de culpabilidad.

2. LESIONES POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO (ART. 285). La pena podrá aumentarse de tres días a tres años de prisión y multa de cien a seis mil pesos.

3. LESIONES CALIFICADAS (ART. 277). Cuando las lesiones se cometen bajo alguna de las circunstancias calificativas que señala el artículo 283, se aumentarán las sanciones desde una mitad más del mínimo hasta una mitad más del máximo de las que correspondan al delito cometido.

El artículo 283 establece: "Se entiende que el homicidio y las lesiones son calificadas:

- I. Cuando se ejecuten por retribución dada o prometida.
- II. Cuando se cometan por motivos depravados;
- III. Cuando se causen por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos;
- IV. Cuando se dé tormento al ofendido o se obre con ensañamiento o crueldad;
- V. Cuando se causen por envenenamiento, contagio, estupefacientes o psicotrópicos;
- VI. Cuando se ejecuten con brutal ferocidad;
- VII. Cuando se cometan con premeditación, ventaja, alevosía

o traición:

Hay premeditación, cuando el agente ha reflexionado serenamente sobre la comisión del delito de homicidio o de lesiones que pretende cometer.

Hay ventaja, cuando el delincuente no corre riesgo de ser -- muerto ni lesionado por el ofendido, con conocimiento de dicha circunstancia.

Hay alevosía, cuando se sorprende intencionalmente a alguien de improviso, anulando su defensa.

Hay traición, cuando la fe o la seguridad que la víctima debía esperar del acusado, se utiliza como medio para ejecutar el delito."

Las circunstancias calificativas previstas -- en las fracciones I, II, III, IV, V y VI del artículo 283 -- del C.P. de Coahuila, el C.P. del D.F. las contempla, pero -- como simples presunciones de premeditación, las cuales admiten prueba en contrario. Cabe señalar que dicho artículo no menciona a la asfixia como circunstancia calificativa, y en cuanto al contagio, no especifica que sea venéreo, como lo -- hace el C.P. del D.F. Al igual que este Código, el de Coahuila prevé como circunstancias calificativas a la premeditación, ventaja, alevosía y traición, definiéndolas casi en -- los mismos términos.

5 CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA (5)

Baja California, comprendiendo sus partes -- norte y sur, ocupa el sexto lugar entre los Estados de la República Mexicana que han reportado a la Secretaría de Salud -- el mayor número de casos de SIDA (60 hasta el 1° de enero de 1989).

En virtud de que el C.P. de Baja California--

ubica al delito de peligro de contagio dentro del titulo: "Delitos contra la Salud", como de igual manera lo ubica el C.P. para el D.F.; y, dado que también lo tipifica en los mismos términos que el artículo 199 bis del C.P. del D.F., no creemos necesario transcribir el artículo 165 del C.P. de Baja California, toda vez que su redacción es exactamente igual a la del artículo 199 bis antes referido.

Al igual que en el D.F., en el Estado de Baja California, de conformidad con el artículo 165, se sancionará con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, a la persona que, sabiéndose portadora del virus del SIDA, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales. La pena antes señalada se aplicará sin perjuicio de la que corresponda si se causa el contagio.

Por lo que respecta al delito de lesiones, el C.P. de Baja California contiene en su artículo 241 la misma descripción típica del artículo 288 del C.P. del D.F.

En relación con las consecuencias de las lesiones inferidas, tampoco creemos necesario transcribir los artículos que las contemplan, toda vez que el C.P. de Baja California las clasifica y define de la misma manera que lo hace el C.P. del D.F., diferenciándose únicamente en cuanto a la sanción.

Salvo las diferencias que a continuación enumeramos, el C.P. de Baja California prevé las mismas circunstancias atenuantes y agravantes del delito de lesiones, definiéndolas en los mismos términos e imponiendo las mismas sanciones del C.P. para el D.F.

PRIMERA DIFERENCIA: El C.P. de Baja Califor-

nia, a diferencia del C.P. para el D.F., en su artículo 247- contempla como excusa absolutoria del delito de lesiones, -- las inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, y en ejercicio del derecho de corregir, siempre que -- fueren de las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días y además, el autor no abusare de su derecho, corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia.

De conformidad con el artículo 248, las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o tutela, serán de penalidad agravada, cuando no concurren los elementos previstos por el artículo 247, en cuyo caso, se impondrá al delincuente la sanción que le corresponda por las lesiones causadas, privándolo, además, de la potestad en virtud de la cual tenga el derecho de corrección.

En el D.F., las lesiones inferidas en el -- ejercicio del derecho de corrección, no sólo no son punibles, como ocurre en el Estado de Baja California cuando son de -- las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días, sino que su penalidad es agravada, independientemente de la gravedad de la lesión, suspendiendo o privando al delincuente del ejercicio de esos derechos, además de imponerle la sanción que le corresponda por las lesiones causadas.

SEGUNDA DIFERENCIA: EL artículo 264 establece: "Se impondrán de tres días a tres años de prisión, al ascendiente o adoptante que mate o lesione al corruptor del -- descendiente o adoptado que esté bajo su potestad o a ambos, si lo hiciere en el momento de hallarlos en el acto sexual o en uno próximo a él, si no hubiere procurado la corrupción-- de su descendiente o adoptado con el varón o mujer con quien lo sorprenda, ni con otra persona."

El C.P. de Baja California no sólo contempla como lesiones de penalidad atenuada las inferidas al corruptor del descendiente, como lo hace nuestro C.P. para el D.F., sino también las causadas al corruptor del adoptante, pudiendo ser el sujeto activo tanto el ascendiente como el adoptante. Además, cabe señalar que a diferencia del C.P. del D.F., que sólo prevé como sujeto pasivo al varón, el de Baja California contempla tanto al hombre como a la mujer.

Como se puede apreciar, por lo que respecta a los delitos de peligro de contagio y de lesiones, el C.P. del Estado de Baja California es el más parecido al C.P. para el D.F.; por ello, hemos omitido la transcripción de los artículos relativos a dichos delitos. En virtud de esta similitud, valen para el C.P. de Baja California los mismos -- comentarios hechos al C.P. para el D.F., en relación con el SIDA.

A P E N D I C E

"PRINCIPALES REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA". (1)

La aparición del SIDA como una enfermedad -- transmisible, incurable y mortal, originó que, con la finalidad de prevenir su transmisión y detener su expansión, por Decreto del 25 de abril de 1987, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo del mismo año, se reformara y adicionara la Ley General de Salud.

Fueron muchos los artículos reformados y adicionados por este Decreto; sin embargo, siendo el SIDA nuestro objeto de estudio, analizaremos únicamente aquéllos que en relación con esta enfermedad fueron reformados y adicionados, comprendiéndose dentro de los primeros, los artículos - 134, 136, 332, 333, 375 frac. VI y 462 frac. II; y dentro de los segundos, el artículo 462 bis.

REFORMA AL ARTICULO 134.- Se reforma este artículo para incluir al SIDA dentro de la lista de enfermedades transmisibles, sujetas a prevención, control y vigilancia epidemiológica.

Es importante destacar que, como lo mencionamos en el segundo capítulo de este trabajo, el SIDA se incluyó en una fracción aparte, y no en la relativa a las enfermedades sexualmente transmisibles, toda vez que, aun cuando el mayor porcentaje de los casos de SIDA se han transmitido por esta vía, no es la única, pues también por transfusión sanguínea y por vía perinatal se transmite esta enfermedad.

REFORMA AL ARTICULO 136.- Con la reforma se hace obligatoria la notificación inmediata de los casos en -

que se detecte la presencia del VIH o de anticuerpos contra éste.

Para dar cumplimiento a este precepto, la Secretaría de Salud diseñó una cédula de notificación de casos de SIDA, la cual deberá ser llenada por el médico que practique el diagnóstico, y enviada a la Dirección General de Epidemiología, sita en Aniceto Ortega 1321-5° piso, Col. del Valle. México, D.F. C.P. 03100.

Los artículos 137 y 138 señalan que la obligación de notificar a las autoridades sanitarias los casos de enfermedades transmisibles detectados, compete a quienes ejerzan la medicina o actividades afines, así como a los jefes o encargados de laboratorios, directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos y, en general, a toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales, tenga conocimiento de algún caso de estas enfermedades, incluyendo al SIDA.

De conformidad con el artículo 419, las personas que violen las disposiciones contenidas en los artículos 137 y 138, serán sancionadas con multa equivalente hasta de veinte veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.

REFORMA AL ARTICULO 332.- Antes de ser reformado este artículo, la sangre humana podía obtenerse de donadores voluntarios que la proporcionaran gratuitamente o de proveedores autorizados que lo hicieran mediante alguna contraprestación. Actualmente, y una vez reformado dicho artículo, la sangre sólo podrá obtenerse de donadores voluntarios que la proporcionen gratuitamente, quedando estrictamente prohibido su comercio.

En el primer capítulo de este trabajo vimos - que la segunda vía de transmisión del virus del SIDA es la - transfusión sanguínea, después de la transmisión sexual. Es te hecho indica que es urgente adoptar medidas preventivas - para lograr transfusiones seguras y sin riesgo de infección.

El peligro que representa la transfusión de - sangre contaminada a hemofílicos y a pacientes que eventual - mente son sometidos a transfusiones, obligó a la Secretaría - de Salud a emitir en mayo de 1986 una norma técnica, mediante la cual se hace obligatoria la realización de pruebas en san - gre para detectar contaminación por VIH, a efecto de dese - char la sangre contaminada, evitando con ello, el riesgo de - contagio.

Aun cuando la sangre obtenida de donadores - profesionales representaba un suministro considerable para - la transfusión que demandan los hospitales públicos y priva - dos de nuestro país, fue necesario erradicar el comercio de - sangre para frenar la expansión del SIDA. Para contrarres - tar los efectos de esta medida de erradicación, la propia Se - cretaría de Salud realiza campañas permanentes de donación - altruista de sangre.

REFORMA AL ARTICULO 333.- Antes de ser refor - mado, este artículo establecía la prohibición de exportar ó - rganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre, sin - permiso de la Secretaría de Salud. Actualmente se prohíbe - no sólo su exportación, sino también su importación.

Consideramos que la reforma de este artículo - surgió de la necesidad urgente de prevenir la internación -- - ilícita de órganos y sangre infectados a nuestro país, que - pudieran poner en peligro de contagio a los mexicanos, por - trasplantes de órganos o transfusiones de sangre contamina -

dos.

De acuerdo con el artículo 421, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 332 y 333, se sancionará con multa equivalente de cincuenta a quinientas veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.

REFORMA AL ARTICULO 375.- Este artículo enumera las actividades para las que se requiere permiso de la Secretaría de Salud para realizarlas. Y sólo fue reformado en sus fracciones I, VI y VIII, de las cuales sólo nos interesa mencionar la fracción VI, por tener relación con nuestro tema y por estar relacionada con el artículo 333 antes citado. Esta fracción, referente al permiso que se requiere para la internación en el territorio nacional o salida de él, de órganos, tejidos y hemoderivados, sólo fue modificado para incluir dentro de los tejidos a la sangre.

REFORMA AL ARTICULO 462.- En el Título Decimo Octavo, Capítulo VI, relativo a los delitos, se ubica el artículo 462. Antes de la reforma, la redacción de este artículo era la siguiente: "Se impondrán de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate:

I. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos, cadáveres o fetos de seres humanos;

II. Al que comercie con órganos, tejidos, cadáveres, fetos o restos de seres humanos, y

III. Al responsable o empleado del establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permitan algunos de los actos a que se refieren las fracciones anteriores o no procuren impedirlos por los me---

dios lícitos que tengan a su alcance.

En el caso de la fracción III, se aplicarán al responsable, además de las otras penas, de tres a ocho años de prisión. Si intervinieren profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además, suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más, en caso de reincidencia."

La reforma a este artículo consistió en haber modificado la segunda fracción para incluir a la sangre dentro de los tejidos, así como en suprimir la fracción tercera y el penúltimo párrafo, pasando estos últimos a integrar el artículo 462 bis, el cual fue adicionado por el mismo Decreto.

Habiendo sido reformado el artículo 332 con la finalidad de prohibir la obtención de sangre proveniente de personas que la proporcionen remuneradamente, resulta también congruente la reforma al artículo 462 para tipificar como delito dicho comercio de sangre, y no sólo el de órganos, tejidos, cadáveres, fetos y restos de seres humanos.

ADICION DEL ARTICULO 462 BIS.- Este artículo tipifica como delito la conducta de quien, siendo responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, permita alguno de los actos a que se refieren las fracciones I y II del artículo 462 o no procure impedirlos por los medios lícitos que tenga a su alcance.

En relación con el SIDA, y con fundamento en el artículo 462 bis, las personas señaladas en el primero y segundo párrafos, serán sancionadas penalmente cuando permitan el comercio de sangre o no procuren impedirlo por los me

dios lícitos que tengan a su alcance.

C O N C L U S I O N E S

PRIMERA:

Si bien es en 1981, cuando el Center for Disease Control de Atlanta, Georgia, E.U.A., reporta los primeros casos de SIDA, los investigadores norteamericanos creen probable su aparición en el Africa desde 1970. Se piensa -- que desde esta fecha surgió el SIDA, pero por carecer de información medica para distinguirlo, fue diagnosticado como - tal hasta 1981, año en el que se detectó en cinco jóvenes ho mosexuales norteamericanos.

El hecho de que los primeros enfermos de SI- DA fueran homosexuales, hizo aparecer a éstos como los cau- santes de la peor enfermedad del siglo XX, lo cual provocó - que después de tantos años de lucha por lograr su dignifica- ción y respeto, fueran nuevamente marginados, estigmatizándo seles como "grupos de alto riesgo".

Consideramos que además de ser indignante el calificar a los homosexuales como grupos de alto riesgo, --- ello provocará que los heterosexuales, sobre todo aquéllos - que se creen "muy machos", suponiéndose exentos de riesgo, - adquieran el SIDA por ignorancia y negligencia.

No sólo los homosexuales, también las prosti- tutas, los drogadictos por vía intravenosa y los hemofili--- cos, entre otros, han sido calificados como grupos de alto - riesgo, lo cual, desde nuestro particular punto de vista, le jos de propiciar la prevención y control del SIDA, como su- puestamente debiera suceder una vez determinados los facto-- res de riesgo, ha ocasionado su marginación, que en el caso-

de las prostitutas, los drogadictos y los homosexuales, accenta más su clandestinidad, originando con ella más peligro de propagación del SIDA.

A pesar de ser el SIDA una enfermedad transmisible, incurable y mortal, y no obstante que en México los casos de SIDA se duplican cada diez meses con una tendencia exponencial, no debemos ser fatalistas, pues aun cuando no se espera encontrar una vacuna contra este mal, por lo menos dentro de diez años, creemos que a pesar de ocupar nuestro país el 14° lugar a nivel mundial, con 2013 casos de SIDA, reportados a la Secretaría de Salud hasta el 1° de enero de 1989, el problema es grave, pero no fatal.

Siendo la ignorancia un terreno propicio para la propagación del SIDA, creemos que la única forma de -- frenarlo es mediante la prevención, a través de la educación, la cual deberá ser masiva y continua a toda la población. -- Ante la información y la educación para la salud, no existen grupos de alto riesgo, sino vías de transmisión del VIH, que al conocerse y prevenirse, eliminan toda posibilidad de contagio.

SEGUNDA:

Creemos que la mejor manera de prevenir el SIDA es a través de la educación; sin embargo, en virtud de ser la relación sexual el mecanismo más frecuente de transmisión del VIH, no es tan fácil implantar una educación abierta a la población para prevenirle de los efectos de una relación sexual casual y promiscua. Actualmente, la Secretaría de Salud ha implementado políticas publicitarias para informar a la ciudadanía sobre los síntomas del SIDA y sus formas de transmisión. Esta información se ha dado a través de casi todos los medios de comunicación masiva (teatro, televi--

sión, radio, prensa, etc.). Desgraciadamente, por lo que -- que respecta a la prevención del SIDA por vía sexual, la publicidad que se ha hecho en todos estos medios para fomentar, por ejemplo, el uso del preservativo, no ha sido bien acceptado por algunos sectores de la sociedad, quienes se sienten -- agredidos en su moral sexual con estos mensajes que, según -- ellos, más que prevenir el SIDA, fomenta el libertinaje se--xual entre los jóvenes. Al respecto, consideramos que, dada la gravedad de esta enfermedad, deben hacerse a un lado los--prejuicios morales y religiosos. Además, no creemos que sea más ofensiva la promoción del preservativo, que todas las series televisivas extranjeras que se transmiten en nuestro -- país y que, dado los temas que abordan sobre homosexualidad, prostitución, alcoholismo, incesto, bigamia, adulterio, etc., son mucho más peligrosos y ofensivos que cualquier mensaje -- publicitario sobre las formas de evitar el contagio sexual -- del SIDA.

Es importante que toda la ciudadanía sepa -- qué es el SIDA y cómo se adquiere, sólo conociéndosele podrá atacársele. De hecho, existen todavía muchas personas que -- no saben o dudan de la existencia de este mal. El gobierno--de la República deberá invertir fuertes cantidades de dinero para informar a la población sobre este síndrome, llegando -- incluso hasta las poblaciones más alejadas.

TERCERA:

Creemos que ante el peligro inminente de la--diseminación mundial del SIDA, la sociedad tendrá que adop--tar medidas concretas de prevención como las de la monogamia y el sexo seguro, para evitar la transmisión sexual de esta--enfermedad.

Por lo que respecta a la prevención del SIDA

en las transfusiones sanguíneas, pensamos que la prohibición legal del comercio de sangre ha ocasionado algunos inconvenientes como, por ejemplo, el que la sangre obtenida por donadores voluntarios no es suficiente para abastecer a los centros hospitalarios públicos y privados de nuestro país. A pesar de este inconveniente, que creemos puede superarse con un poco de voluntad y cooperación de la ciudadanía que se solidarice con la campaña de donación altruista de sangre, consideramos que la prohibición referida es una medida efectiva de prevenir el SIDA por vía sanguínea.

Las mujeres portadoras del VIH o enfermas de SIDA deberán evitar a toda costa el embarazo, pues si éste se verifica, es seguro que el producto se contagie del VIH por vía perinatal, ya sea antes, durante o después del parto. En el caso de que por descuido, la mujer sidoso resulte embarazada, desde nuestro particular punto de vista, no aceptamos el aborto, como tampoco lo aceptamos en ninguna otra circunstancia.

CUARTA:

Precisamente como una medida concreta de prevención, el 22 de abril de 1987 se creó el Centro Nacional de Información del CONASIDA (CNI-CONASIDA), como un centro piloto para apoyar a la prevención del SIDA, mediante la educación, difundiéndola a través de los medios masivos de comunicación a las siguientes poblaciones:

1. Población con conductas de alto riesgo (homosexuales, prostitutas, drogadictos por vía intravenosa, etcétera).
2. Población de apoyo (maestros, personal de salud, líderes de asociaciones y comunidades civiles).
3. Población en general.

Son cinco los servicios básicos que brinda - el Centro: información, orientación, detección de anticuerpos contra el VIH, asesoría para el manejo de resultados de las pruebas de detección y seguimiento de los pacientes cero positivos.

Posteriormente a la creación del Centro Nacional de Información sobre el SIDA, por Decreto del 19 de agosto de 1988, publicado en el Diario Oficial el 24 de los mismos mes y año, se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tiene como funciones básicas las de promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a combatir el SIDA, a -- través de su investigación, prevención y control.

Consideramos que la creación de estos dos organismos, así como la de otras agrupaciones civiles de lucha contra el SIDA, son medidas efectivas de prevención que merecen todo nuestro reconocimiento por la labor tan árdua que - emprenden.

QUINTA:

Dado el alto costo de las pruebas de detec--ción de anticuerpos contra el VIH, no creemos que sea conveniente el que se practiquen a toda la población. Además, es ta medida ocasionaría graves problemas de discriminación y -marginación que agudizarían más el problema. Consideramos - que sólo deben practicarse a las personas que voluntariamente lo soliciten y que fundadamente sospechen que puedan ser portadoras del VIH, y sólo para fines curativos y de aten---ción integral del paciente, y no de segregación. Afortunadamente, en nuestro país las pruebas de detección persiguen es tos fines y se realizan en forma voluntaria, confidencial y -

anónima.

Por otra parte, tampoco estamos de acuerdo - en que deban practicarse estas pruebas a los viajeros internacionales, ya que en virtud del período de tiempo (6 ó 8 se manas) que debe transcurrir después de la infección, para -- que el organismo produzca anticuerpos contra el VIH, habría muchos resultados falsos negativos, pudiendo colarse auténticos portadores del VIH, supuestamente negativos a la prueba.

La mayoría, si no es que todos los países, - han reportado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) ca sos de SIDA; de tal manera que ninguno podría invocar como - justificación su no contaminación, para aplicarles pruebas - de detección del VIH a los extranjeros que pretendan inter-- narse en su territorio. Los países que adoptaran esta medida, probablemente lograrían retrasar por muy breve tiempo la propagación del virus del SIDA en su territorio, prohibiéndo les la entrada a los extranjeros que se detecte que están infectados; sin embargo, no podrán negarles la entrada a sus - nacionales que regresen infectados del extranjero.

Consideramos que la adopción de un programa- de detección de anticuerpos contra el VIH a viajeros interna- cionales, cuando mucho aplazaría la diseminación mundial del SIDA, pero no su extinción. Desde nuestro punto de vista, - son más las desventajas que reporta este programa, toda vez- que, además de los altos costos y de los resultados falsos - negativos que pueden dar las pruebas practicadas antes de -- las seis semanas posteriores a la infección, se provocarían graves conflictos internacionales.

Cabe señalar que nuestro país está decidida- mente en contra de este programa de detección de anticuerpos contra el VIH a viajeros internacionales; sin embargo, de --

conformidad con el artículo 149 de la Ley General de Salud: "Sólo con autorización de la Secretaría de Salud se permitirá la internación en el territorio nacional de personas que padezcan enfermedades infecciosas en período de transmitibilidad, que sean portadoras de agentes infecciosos o se sospeche que estén en período de incubación por provenir de lugares infectados."

SIXTA:

El SIDA es una enfermedad que no sólo repercute en los campos de la medicina, ética, religión, psicología, sexología y sociología, sino también en el campo del Derecho, en sus ramas civil, laboral, constitucional, internacional y penal. Específicamente por lo que respecta a esta última, que es la que aborda nuestro trabajo, el SIDA va a repercutir en ella cuando con él se contagie o se ponga en peligro de contagio a una persona.

El estudio del aspecto jurídico penal del SIDA es el estudio de los delitos que en relación con esta enfermedad pueden cometerse. De acuerdo con nuestro Código Penal vigente para el D.F., estos delitos son: el de peligro de contagio, tipificado en el artículo 199 bis, y el de lesiones, tipificado en el artículo 288.

SEPTIMA:

En relación con el delito de peligro de contagio, consideramos que la conducta de quien, sabiendo que está enfermo de SIDA o que es portador del VIH, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, se adecúa al tipo 199 bis del C.P.

El tipo antes aludido especifica que la en--

fermedad sea venérea, encontrándose, además, en período infectante. Con respecto al primer punto, creemos que aun --- cuando el SIDA no es una enfermedad exclusivamente venérea, --- toda vez que también se transmite por vía sanguínea y perinatal, y no obstante que la propia Ley General de Salud, en su artículo 134, relativo a las enfermedades transmisibles sujeta a vigilancia epidemiológica, incluyó al SIDA en una fracción aparte de la que contempla a las enfermedades venéreas o sexualmente transmisibles, para efectos de adecuación de la conducta antes descrita, al tipo 199 bis, podemos considerar al SIDA como un mal venéreo cuando por medio de relaciones sexuales, como el mismo tipo lo exige, se ponga en peligro de contagio la salud de otra persona. En relación con el segundo punto, creemos que la referencia temporal exigida por el artículo 199 bis es intrascendente en un caso concreto de peligro de contagio del virus del SIDA, ya que la persona que es portadora de este virus, siempre se encuentra en período infectante.

OCTAVA:

Por tres grandes razones consideramos innecesaria la tipificación que nuestro Código Penal vigente hace del delito de peligro de contagio. La primera, porque al ser la salud o integridad humana el bien jurídicamente protegido por el tipo 199 bis, ésta queda ya protegida en el capítulo de lesiones cuando se daña, o bien, en el artículo 12 --- cuando sólo se pone en peligro, quedando en grado de tentativa. La segunda, porque al admitir únicamente la configuración dolosa y ser un tipo de formulación tremendamente casuística, se reduce su alcance de aplicación a casos concretos de peligro que, aun en diferentes circunstancias a las previstas por el artículo 199 bis, originan igual riesgo o peligro para la salud. La tercera, porque en lugar de establecerse una medida de seguridad, como sería, por ejemplo, ---

el internamiento del sujeto activo infectado en un centro -- hospitalario para y hasta su curación, el tipo 199 bis impone una pena privativa de la libertad, la cual, desde nuestro punto de vista, lejos de prevenir enfermedades infecciosas - como el SIDA, origina una mayor propagación de ellas en las cárceles, en donde por falta de atención médica y el alto -- grado de promiscuidad, la reclusión de enfermos infecciosos- aumentará el riesgo de contagio entre los reclusos sanos, -- así como la segregación y trato inhumanitario a esta clase - de enfermos.

Específicamente por lo que respecta al SIDA, creemos que si los Centros Penitenciarios no cuentan con los recursos humanos y materiales para darles atención médica a los reclusos con enfermedades comunes, mucho menos podrán -- atender a los enfermos de SIDA, cuyo tratamiento es mucho -- más costoso y especializado. De hecho, en la mayoría de los Reclusorios del D.F. ya hay reclusos enfermos de SIDA, quienes se encuentran en condiciones infrahumanas. Tal es el caso del Reclusorio Femenil de Tepepán, en el que existen tres mujeres sidosas, una de las cuales recientemente dio a luz a una niña que por transmisión perinatal adquirió el VIH y que actualmente se encuentra al borde de la muerte.

Cabe destacar que en relación con este pro-- blema, en noviembre de 1987 la Organización Mundial de la Sa lud convocó a una "Reunión para la Prevención y Control del- SIDA en las Prisiones". Dentro de las recomendaciones que - hiciera este organismo internacional a todas las naciones, - destaca principalmente la siguiente: "... los infectados del VIH o enfermos de SIDA no deberán sufrir discriminación algu na, tales como pruebas de detección involuntaria, segrega--- ción innecesaria o aislamiento, excepto cuando se requiera - por el propio bienestar del sujeto, en cuyo caso deberá brin dársele la posibilidad de su liberación temprana y la oportu

nidad de morir dignamente en libertad."

Por todo lo anterior, creemos que en aquellos casos concretos en los que el sujeto activo de los delitos de peligro de contagio o de lesiones, esté infectado del VIH o enfermo de SIDA, deberá aplicársele como consecuencia de su ilícito una medida de seguridad, consistente en su reclusión en un centro hospitalario hasta su curación.

NOVENA:

Como lo señalamos anteriormente, el SIDA repercute en el campo del Derecho Penal no sólo cuando con él se pone en peligro de contagio la salud de una persona, sino también cuando se le contagia, causándole un daño efectivo a su salud, tipificándose éste como delito de lesiones.

Si atendemos a la descripción típica del artículo 288, el contagio del virus del SIDA sólo será constitutivo del delito de lesiones, cuando la víctima infectada no solamente sea portadora del VIH que se le transmitió, sino que además presente sintomatología clínica, ya sea de SIDA, Linfadenopatía Generalizada Persistente, Complejo Relacionado al SIDA o de cualquier otra enfermedad o trastorno provocado por la infección con el VIH, siempre que dichos trastornos le alteren la salud o le dejen huella material en el cuerpo, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Desde nuestro punto de vista, el mero contagio del VIH, sin que la víctima desarrolle el SIDA o cualquier otro padecimiento previo a éste, no constituye lesiones porque no hay propiamente una alteración a su salud. Tampoco puede decirse que hay tentativa de lesiones porque, aun cuando todavía no se verifique el resultado típico pre-

visto por el artículo 288 (alteración de la salud), ello no significa que nunca se verifique, pues el sujeto infectado - puede desarrollar el SIDA en un período de 1 a 6 años, o --- bien, no desarrollarlo nunca.

DECIMA:

Ningún Código Penal de la República Mexicana ha sido reformado con motivo del surgimiento del SIDA, lo -- cual no significa que por ello la ciudadanía esté desprotegi da penalmente de atentados contra su salud por propagación o contagio del virus del SIDA, toda vez que todos los Códigos- Penales de la República Mexicana contemplan el delito de le- siones, dentro del cual queda comprendido el contagio del -- VIH. Por otra parte, el C.P. del D.F. y algunos C.P. de los Estados contemplan un tipo de peligro de contagio como un de lito autónomo e independiente, dentro del cual queda también tipificado el peligro de contagio del VIH. En los Estados - en los que su Código Penal no prevé este delito, el poner en peligro de contagio del VIH constituye una tentativa del de- lito de lesiones.

DECIMA PRIMERA:

Las estadísticas demuestran que los Estados- que han reportado a la Secretaría de Salud el mayor porcenta je de casos de SIDA son:

1. Distrito Federal
2. Jalisco
3. Estado de México
4. Nuevo León
5. Coahuila
6. Baja California

Del estudio de las legislaciones penales de- estas seis entidades federativas se desprende la siguiente -

conclusión: En todas ellas el contagio del VIH se sanciona -- como delito de lesiones. El poner en peligro de contagio -- del VIH, se tipifica como delito de peligro de contagio en -- el D.F., Estado de México, Coahuila y Baja California; mientras que en Jalisco y Nuevo León se sanciona como tentativa de lesiones.

DECIMA SEGUNDA:

Desde nuestro punto de vista, la represión -- penal de aquellas personas que contagien o pongan en peligro de contagio del VIH a otros, no soluciona totalmente el problema del SIDA, pero sí coadyuva a prevenirlo, toda vez que ante la amenaza de sancionar penalmente a aquellos que lo -- contagien o pongan en peligro de contagio, habrá quienes, sabiéndose infectados, obren prudente y responsablemente, sobre todo en lo sexual.

Es cierto que el crear leyes que prohíban de terminadas conductas calificadas como antisociales, so pena de castigar a quienes incurran en ellas, no garantiza en forma absoluta el cumplimiento de la norma; sin embargo, sí --- coadyuva en la prevención de la delincuencia.

DECIMA TERCERA:

De las reformas que por Decreto del 25 de -- abril de 1987 se hicieron a la Ley General de Salud, en materia de prevención y control del SIDA, creemos que las más importantes fueron:

Primero, la de incluir al SIDA dentro del -- listado de enfermedades transmisibles, sujetas a prevención, control y vigilancia epidemiológica. Esto es importante porque el reconocimiento legal y oficial de la existencia del --

SIDA, destierra mitos sobre si realmente existe o es sólo -- una ficción creada por determinados grupos sociales para combatir la homosexualidad y la prostitución, así como las relaciones sexuales premaritales, adúlteras y promiscuas.

Segundo, la relativa a la obligatoriedad de notificar inmediatamente a la Secretaría de Salud los casos en los que se detecte la presencia del VIH o de anticuerpos contra éste. La utilidad de esta disposición es la de permitirle a esta Secretaría llevar un registro exacto de los casos de SIDA, a fin de establecer acciones concretas para su atención y seguimiento, así como de prevención, control y vigilancia epidemiológica.

Tercero, la de que la sangre humana sólo podrá obtenerse de donadores voluntarios que la proporcionen gratuitamente, quedando estrictamente prohibido el comercio de sangre, el cual constituye delito, tipificado en la fracción II del artículo 462 de la Ley General de Salud. Consideramos que esta disposición es una arma de dos filos, ya -- que, dada la demanda extraordinaria de sangre que tienen los hospitales públicos y privados de nuestro país, el excluir de la donación de sangre a proveedores remunerados, disminuirá considerablemente el abastecimiento de sangre a los centros de salud, con lo cual, por una parte se agravará el problema de la escasez de sangre; pero por otra, se logrará prevenir la transmisión del virus del SIDA por vía sanguínea.

Cuarto, la relativa a la prohibición de importar órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre, sin permiso de la Secretaría de Salud. Desde nuestro punto de vista, ésta es una medida concreta de prevenir el SIDA por trasplantes de órganos o transfusiones de sangre -- que ilícitamente se importen de otros países y que puedan estar infectados con el virus del SIDA.

En términos generales, creemos que todas estas reformas hechas a la Ley General de Salud, tendientes a prevenir, controlar y detener la expansión del SIDA, cumplen efectivamente su cometido.

C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

CAPITULO PRIMERO

- (1) SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. México. Año 1. - No. 1. 1º de marzo de 1987. pp. 17 y 18
- (2) Ibid. pp. 18 y 19
- (3) SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. Año 1. No. 6, 15 de agosto de 1987. p. 111
- (4) SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. Año 2. No. 3. marzo de 1988. pp. 262 a 265
- (5) ICYT. Información Científica y Tecnológica. Revista - Mensual Publicada por CONACYT. Ciudad Universitaria, - México. No. 132. Vol. 9. septiembre de 1987. pp. 16 y 17
- (6) Ibid. pp. 17 y 18
- (7) Ibid. p.18
- (8) Ibid.
- (9) Ibid.
- (10) Ibid.
- (11) Ibid.
- (12) Ibid.

- (13) Ibid.
- (14) Serrano Sanz, Pilar. Guía para la Prevención del SIDA. 1a. ed. Edit. Ediciones Obelisco, S.A. Barcelona, España. 1985 p. 34
- (15) Daniels, Victor G. SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 1a. ed. Edit. El Manual Moderno, S.A.-de C.V. Trad. Dr. Jorge Orizaga Samperio. México, 1981. p. 50
- (16) ICYT. ob. cit. p. 13
- (17) Daniels, Victor G. ob. cit. p. 18
- (18) Ibid.
- (19) Serrano Sanz, Pilar. ob. cit. pp. 35 y 36
- (20) Daniels, Victor G. ob. cit. p. 52
- (21) Ibid.
- (22) Ibid. pp. 52 y 53
- (23) ICYT. ob. cit. p. 6
- (24) Ibid.
- (25) Serrano Sanz, Pilar. ob. cit. p. 22
- (26) Daniels, Victor G. ob. cit. pp. 74 y 75
- (27) Ibid. p. 79

- (28) Ibid. pp. 79 y 80
- (29) Ibid. p. 86
- (30) Daniels, Victor G. ob. cit. pp. 45, 64, 66, 67, 68 y 69
- (31) Ibid. p.7
- (32) ICYT. ob. cit. pp. 43 y 44
- (33) Daniels, Victor G. ob. cit. p. 18
- (34) Ibid. p. 19
- (35) Información sobre el SIDA. Folleto Rojo, distribuido por la Secretaría de Salud a toda la población. p. 5
- (36) Ibid. pp. 5 y 6
- (37) Ibid. p. 6
- (38) ICYT. ob. cit. p. 6
- (39) Daniels, Victor G. ob. cit. 54
- (40) Ibid.
- (41) Ibid. p. 56
- (42) Las Pruebas de Detección del SIDA y su Significado. - Folleto Verde distribuido por la Secretaría de Salud, a la población en general. p. 3
- (43) Ibid. p. 4

- (44) Ibid.
- (45) Ibid. p. 5
- (46) Ibid.
- (47) Daniels, Victor G. ob. cit. pp. 1 y 2
- (48) Serrano Sanz, Pilar. ob. cit. pp. 54 y 55
- (49) ICYT. ob. cit. p. 5
- (50) Ibid.
- (51) Ibid.
- (52) Ibid.
- (53) Ibid.
- (54) Daniels, Victor G. ob. cit. p. 30
- (55) Ibid.
- (56) Ibid. p. 12
- (57) Weekly Epidemiological Record. Publicación Oficial de la Organización Mundial De la Salud. Ginebra, Suiza. Enero de 1989.
- (58) SIDA. Boletín Mensual del CONACIDA. México. Año 2. -- Nos. 11 y 12. noviembre y diciembre de 1988. pp. 501 a 505.

CAPITULO SEGUNDO

- (1) Porte Petit Candaudap, Celestino. Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal. 6a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1982. pp. 248 y 249
- (2) Ibid.
- (3) Castellanos Tena, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. Parte General. 14a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1980. p.137
- (4) Mezguer, Edmundo. Citado por Pavón Vasconcelos, Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano. 5a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1982. p. 236
- (5) Castellanos Tena, Fernando. ob. cit. p. 137
- (6) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. Los delitos de Peligro para la Vida y la Integridad Corporal. 2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1971. p. 139
- (7) Leyes Penales Mexicanas. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Tomo 1. México, 1979.
- (8) Leyes Penales Mexicanas. ob. cit. Tomo 3.
- (9) Ibid.
- (10) González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. 20a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1985 pp. 14 y 15
- (11) Ibid. p. 15

- (12) Ibid. pp. 15 y 16
- (13) Código Penal para el Distrito Federal. 1a. ed. Edit. ALCO, S.A. México, 1989.
- (14) Leslie McCary, James. Sexualidad Humana. 2a. ed. Edit. El Manual Moderno, S.A. México, 1976. pp. 241 a 248
- (15) Grover, John W. y Grace, Dick. Manual de las Enfermedades venéreas. 5a. ed. edit. Diana, S.A. México, 1982. p. 37
- (16) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob. - cit. p. 142
- (17) Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano. Tomo II. 4a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1979. p. 335
- (18) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob. - cit. p. 143
- (19) Pavón Vasconcelos, Francisco. ob. cit. p. 270
- (20) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob. - cit. p. 144
- (21) González de la Vega, Francisco. Código Penal Comentado. 7a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1985. p. 314
- (22) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 4a. ed. p. 335
- (23) Ibid. p. 334
- (24) Martínez Roaro, Marcela. Delitos Sexuales. 3a. ed. -- Edit. Porrúa, S.A. México, 1985. p. 175

- (25) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 4a. ed. p. 336
- (26) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López G. ob. - cit. pp. 142 y 143
- (27) Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl. Código Penal Anotado. 9a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1981. pp. 401 y 402
- (28) González de la Vega, René. Comentarios al Código Penal. 1a. ed. Edit. Cárdenas, Editor y Distribuidor.- México, 1975. p. 279
- (29) Soler, Sebastián. Citado por Martínez Roaro, Marcela. ob. cit. p. 214
- (30) Martínez Roaro, Marcela. ob. cit. p. 174
- (31) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob.- cit. pp. 145 y 146
- (32) Castellanos Tena, Fernando. ob. cit. p. 218
- (33) Ibid. pp. 232 y 233
- (34) Ibid. p. 234
- (35) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob.- cit. p. 147
- (36) González de la Vega, Francisco. Código Penal Comenta do. 7a. ed. 1985. p. 314
- (37) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 4a. ed. p. 337

- (38) Ibid.
- (39) Jiménez de Asúa, Luis. El Criminalista. Tomo Primero. 3a. ed. Edit. La Ley. Buenos Aires, Argentina. 1946. p. 271
- (40) Villalobos, Ignacio. Derecho Penal Mexicano. Parte - General. 2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1960. -- p. 292
- (41) De P. Moreno, Antonio. Curso de Derecho Penal Mexicano. Parte Especial. Publicaciones de la Escuela Libre de Derecho. Vol. VIII. Serie A.- Edit. Jus. México, 1944. p. 176
- (42) González de la Vega, René. Comentarios al Código Penal. p. 279
- (43) Martínez Roaro, Marcela. ob. cit. p. 176
- (44) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 4a. ed. pp. 338 y 339
- (45) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob.- cit. p. 148
- (46) Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl.- ob. cit. p. 402
- (47) Pavón Vasconcelos, Francisco y Vargas López, G. ob.- cit. p. 143
- (48) Martínez Roaro, Marcela. ob. cit. p. 175
- (49) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 4a. ed. pp. 336 y-

337.

- (50) Jiménez de Asúa, Luis. CRIMINALIA. No. 4, del 10. de abril de 1946. Año XII. p. 140
- (51) Martínez Roaro, Marcela. ob. cit. p. 179

CAPITULO TERCERO

- (1) González de la Vega, René. ob. cit. p. 399
- (2) González de la Vega, Francisco. El Código Penal Comentado. 1a.ed. 1974. p. 324
- (3) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los Delitos contra la Vida y la Salud Personal. 7a.- ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1982. p. 103
- (4) González de la Vega, Francisco. El Código penal Comentado. 1a.ed. 1974. p.324
- (5) Palacios Vargas, J. Ramón. Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal. 1a. ed. Edit. Trillas, S.A.- México, 1978. p. 105
- (6) Cárdenas, Raúl F. Derecho Penal Mexicano. 2a. ed. -- Edit. Jus, S.A. México, 1968. pp. 35, 36 y 37
- (7) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 6a. ed. p. 276
- (8) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... pp. 105 y 106
- (9) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 6a. ed. p. 265

- (10) De P. Moreno, Antonio. ob. cit. 2a. ed. 1968. p. 53
- (11) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... p. 107
- (12) Ibid. p. 108
- (13) Ibid.
- (14) Ibid. pp. 108 y 109
- (15) Ibid. p. 110
- (16) Castellanos Tena, Fernando. ob. cit. p. 218
- (17) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... p. 111
- (18) Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl. ob. cit. p. 555
- (19) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... p. 112
- (20) González de la Vega, René. ob. cit. p. 400
- (21) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... p. 112 y 113
- (22) González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexica no. 12a. ed. 1973 p. 13
- (23) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre -- los delitos... p. 113

- (24) Ibid. p. 111
- (25) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 6a. ed. p. 278
- (26) González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. 12a. ed. p. 23
- (27) Jiménez Huerta, Mariano. ob. cit. 6a. ed. p. 279
- (28) Cárdenas, Raúl F. ob. cit. p. 129
- (29) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre los delitos... p. 105
- (30) Ibid. p. 109
- (31) Cárdenas, Raúl F. ob. cit. p. 142
- (32) González de la Vega, Francisco. Código Penal Comentado. 1a. ed. 1974. p. 343
- (33) Jiménez Huerta, Mariano. ob.cit. 6a. ed. p. 323
- (34) Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre los delitos... p. 116
- (35) Ibid. p. 117
- (36) Ibid. p. 118

CAPITULO CUARTO

- (1) Código Penal para el estado de Jalisco. Edit. Independiente. México, 1988.

- (2) Código Penal para el Estado de México. 3a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1989.
- (3) Código Penal para el Estado de Nuevo León. 3a. ed. - Edit. Cajica, S.A. México, 1988.
- (4) Código Penal para el Estado de Coahuila. Edit. Cajica, S.A. México, 1986.
- (5) Código Penal para el Estado de Baja California. 5a.- ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1988.

APENDICE

- (1) Ley General de Salud. 2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1987.

B I B L I O G R A F I A

- BAENA Paz, Guillermina. Instrumentos de Investigación. Manual para Elaborar Trabajos de Investigación y Tesis Profesionales. 8a. ed. Edit. Editores Mexicanos Unidos, S.A. México, 1982.
- CARDENAS, Raúl F. Derecho Penal Mexicano. 2a. ed. Edit. Jus, S.A. México, 1968.
- CASTELLANOS Tena, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. Parte General. 14a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1980.
- DANIELS, Victor G. SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 1a. ed. Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. Trad. Dr. Jorge Orizaga Samperio. México, 1981.
- DE P. Moreno, Antonio. Curso de Derecho Penal Mexicano. Parte Especial. Publicaciones de la Escuela Libre de Derecho. - Vol. VIII. Serie A.- Edit. Jus. México, 1944.
- DE P. Moreno, Antonio. Curso de Derecho Penal Mexicano. Parte Especial. 2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1968.
- GONZALEZ De La Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. 12a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1973.
- GONZALEZ De La Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. 20a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1985.
- GROVER, John W y GRACE, Dick. Manual de las Enfermedades Venéreas. 5a. ed. Edit. Diana, S.A. México, 1982.

JIMENEZ De Asúa, Luis. El Criminalista. Tomo Primero. 3a. ed. Edit. La Ley. Buenos Aires, Argentina. 1946.

Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano. Tomo II. 4a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1979.

JIMENEZ Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano. Tomo II, -- 6a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1984.

LESLIE McCary, James. Sexualidad Humana. 2a. ed. Edit. El Manual Moderno, S.A. México, 1976.

MARTINEZ Roaro, Marcela. Delitos Sexuales. 3a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1985.

PALACIOS Vargas, J. Ramón. Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal. 1a. ed. Edit Trillas, S.A. México, 1978.

PAVON Vasconcelos, Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano. 5a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1982.

PAVON Vasconcelos, Francisco y VARGAS López, G. Los Delitos de Peligro para la Vida y la Integridad Corporal. 2a. ed. -- Edit. Porrúa, S.A. México, 1971.

PINA, Rafael De y PINA Vara, Rafael De. Diccionario de Derecho. 10a. ed. Aumentada y Actualizada. Edit. Porrúa, S.A. México, 1981.

PORTE PETIT Candaudap, Celestino. Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal. 6a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1982.

PORTE PETIT Candaudap, Celestino. Dogmática sobre los Delitos contra la Vida y la Salud Personal. 7a. ed. Edit. Porrúa, --

S.A. México, 1982.

SERRANO Sanz, Pilar. Guía para la Prevención del SIDA. 1a. -
ed. Edit. Ediciones Obelisco, S.A. Barcelona, España. 1985.

VILLALOBOS, Ignacio. Derecho Penal Mexicano. Parte General.-
2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1960.

L E G I S L A C I O N

CODIGO PENAL ANOTADO. Por CARRANCA Y Trujillo, Raúl y CARRAN
CA Y Rivas, Raúl. 9a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1981.

CODIGO PENAL COMENTADO. Por GONZALEZ De La Vega, Francisco.-
1a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1974.

CODIGO PENAL COMENTADO. Por GONZALEZ De La Vega, Francisco.-
7a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1985.

COMENTARIOS AL CODIGO PENAL. Por GONZALEZ De La Vega, René.-
1a. ed. Edit. Cárdenas, Editor y Distribuidor. México, 1975.

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA. 5a. ed. Edit.
Porrúa, S.A. México, 1988.

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE COAHUILA. Edit. Cajica, S.A.-
México, 1986.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. 1a. ed. Edit. Alco, -
S.A. México, 1989.

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO. Edit Independiente.
México, 1988.

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MEXICO. 3a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1989.

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE NUEVO LEON. 3a. ed. Edit. Cajica, S.A. México, 1988.

LEY GENERAL DE SALUD. 2a. ed. Edit. Porrúa, S.A. México, 1987.

LEYES PENALES MEXICANAS. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Tomo I. México, 1979.

LEYES PENALES MEXICANAS. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Tomo III. México, 1979.

H E M E R O G R A F I A

CRIMINALIA. Revista Mensual. Organó de la Academia de Ciencias Penales. Año XII. No. 4, del 1º de abril de 1945. "El Delito de Contagio Venéreo". Por Luis Jiménez de Asúa. Ediciones Botas, México.

ICYT. Información Científica y Tecnológica. Revista Mensual, publicada por CONACYT. Ciudad Universitaria. México. No. 132. Vol. 9. septiembre de 1987.

SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. México. Año 1. No. 1. - 1º de marzo de 1987.

SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. México. Año 1. No. 6. -- 15 de agosto de 1987.

SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. México. Año 2. No. 3. -- marzo de 1988.

SIDA. Boletín Mensual del CONASIDA. México. Año 2. Nos. 11 y 12. noviembre y diciembre de 1988.

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD. Publicación Oficial de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Enero de 1989.