



279
24
**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
ACATLAN**

**LA ADECUACION JURIDICO PENAL DEL SIDA
AL SISTEMA PENAL MEXICANO.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A
JOSE LUIS SALGADO ROSAINZ

ASESOR: AARON HERNANDEZ LOPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- CONTENIDO -

PAGINA.

PROLOGO.....	2
--------------	---

CAPITULO I

A) INTRODUCCION.....	8
B) NOMENCLATURA.....	12
C) ESTADISTICAS DE LA ENFERMEDAD.....	13
D) ESTADO ACTUAL DEL SIDA EN MEXICO.....	15

CAPITULO II

A) VIAS DE CONTAGIO.....	20
B) COSAS QUE NO IMPLICAN RIESGO.....	26
C) MANEJO Y AISLAMIENTO DEL PACIENTE.....	28

CAPITULO III

A) PREVENCION DEL VIH EN GRUPOS DE ALTO RIESGO.....	35
B) PERIODO DE LATENCIA Y HECHOS DE LA INFECCION.....	43
C) ESPECTRO DE LA INFECCION Y DIAGNOSTICO.....	44

CAPITULO IV

A) BIOLOGIA MOLECULAR DEL VIH.....	53
B) TRATAMIENTOS.....	68
C) INVESTIGACION EN MEXICO Y PERSPECTIVA DE VACUNACION.....	72

CAPITULO V

A) LOS DELITOS DE PELIGRO Y DE DAÑO.....	76
B) LA ESTRUCTURA DEL PELIGRO DE CONTAGIO VENEREO.....	79
C) TIPIFICACION DEL DELITO.....	84
D) LA CONDUCTA TIPICA Y LA CLASIFICACION DOCTRINAL DEL CONTAGIO VENEREO.....	88

CAPITULO VI

A) LA CULPABILIDAD Y PUNIBILIDAD DEL CONTAGIO VENEREO.....	92
B) LA QUERRELLA Y DENUNCIA EN EL CONTAGIO VENEREO.....	95
C) CAUSAS, TRATAMIENTO Y MANEJO DE INIMPUTABLES.....	97
E) ANTEPROYECTOS Y LEGISLACIONES DEL PELIGRO DE CONTAGIO.....	100

CAPITULO VII

A) LA TENTATIVA, DEFINICION Y FUNDAMENTO.....	142
B) TENTATIVA DE LESION POR CONTAGIO VENEREO.....	145
C) DESCARTAMIENTO DEL CONTAGIO VIH COMO TENTATIVA DEL HOMICIDIO.....	154
D) SANCION DE LAS TENTATIVAS POR CONTAGIO.....	157

CAPITULO VIII

A) LAS LESIONES, DEFINICION Y FUNDAMENTO.....	160
B) DESCARTAMIENTO DE LAS LESIONES POR VIH COMO HOMICIDIO.....	167
C) LA IMPOSIBILIDAD DE LA APLICACION PENAL, POR CONTAGIO VENEREO DE LA INFECCION VIH.....	169

CONCLUSIONES.....	187
-------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	190
-------------------	-----

CAPITULO I

AD INTRODUCCION.

El Síndrome de Deficiencia adquirida es una enfermedad, sobre la cual no se sabe exactamente cual es el origen geográfico del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Los primeros casos de la enfermedad seguramente ocurrieron hace ya algunas décadas, y es probable que los médicos que veían entonces un caso de SIDA quedarán perplejos ante la gravedad y las extrañas características del cuadro. Como se trataba de casos aislados, no encontraban relación alguna con otros padecimientos, y menos aún sospechaban estar frente a una nueva enfermedad.

La complejidad del mecanismo de acción de los retrovirus hace difícil una respuesta clara en cuanto al origen geográfico del virus, pero estudios realizados con monos de África central, han demostrado que son portadores del retrovirus que se clasifican dentro de la misma familia que el productor del SIDA. El aislamiento del virus se ha producido en monos verdes sanos y con las pruebas realizadas se constata la existencia de anticuerpos contra ese virus y las características son además similares.

Se tiene la teoría de que las causas, que motivaron que el virus del SIDA que se encontraba en el mono verde, se transmitiera al hombre, sería a través de la dieta africana que incluye al mono, por lo tanto la ingestión del Virus (1)

Se trata de una nueva enfermedad, ya que solo se señalan unos cuantos informes, anteriores a la década de los años ochentas, de individuos que murieron sin un diagnóstico preciso, pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA.

Actualmente se conoce que desde 1978 se tuvo noticia de casos que aparecieron en Los Estados Unidos de América, en hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas, por lo que al inicio de la epidemia se sospecho que la causa estaba asociada con algún factor inherente a las relaciones homosexuales. Esto condujo a un relativo retraso en la definición de las poblaciones en riesgo y no se formularon recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual.

El síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, (SIDA), es una enfermedad que se sabe hoy en día, es causada por un nuevo retrovirus único (VIH), para el cual hasta la fecha no existen medicamentos curativos, ni vacuna que sea capaz de presentar al organismo de esta infección viral.

(1) Ramón Sánchez Ocoña, Ante el SIDA, México, Planeta, 1983 p. 34

Las autoridades sanitarias de todos los países en coordinación con la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y conjuntamente con los centros de investigación más importantes trabajan arduamente en el estudio genético del retrovirus, con el fin de encontrar soluciones para resolver este problema que ha adquirido dimensiones alarmantes.

El Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida se reportó por primera vez en los Estados Unidos de América, en junio de 1981; los Centros para el Control de Enfermedades (C.C.E.), (Center's for Disease Control - C.D.C), publicaron los casos de 5 varones, homosexuales en California que habían adquirido Neumonía por *Pneumocystis Carinni* (N.P.C.). En julio se publicó un informe adicional de 26 casos en Nueva York de NPC y Sarcoma de Kaposi en varones homosexuales.

Todos estos pacientes tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución de linfocitos T en la sangre. Fueron los primeros informes de identificación de la enfermedad. (2).

(2) Miller, Leber, Green, Atención de pacientes de SIDA, México, Manual Moderno, 1980, p. 1.

Aunque prácticamente desde un principio se considero que se trataba de una enfermedad infecciosa, hasta 1983-1984, no se descubrió y caracterizó al agente que la acusaba, el virus de la inmunodeficiencia humana, (VIH), antes conocido como HTLV - III / LAV, y hasta 1985 no se desarrollo un método confiable para demostrar la infección mediante la detección en la sangre de anticuerpos específicos contra el virus.

Como su nombre lo indica se puede decir que un paciente tiene SIDA a partir del momento en que su sistema inmunológico ha sufrido por efecto de la acción del VIH, un deterioro tal que lo incapacita para defenderse contra ciertos agentes infecciosos, que en condiciones normales no producen enfermedad o la producen en forma leve y rara vez fatal (por eso se le denominan agentes oportunistas), o bien que se tenga una mayor susceptibilidad a otras infecciones, tales como la tuberculosis o la tifoidea. Al mismo tiempo ese deterioro inmunológico impide que se detenga el crecimiento anormal de ciertos tipos de células o la liberación de algunas sustancias que induzcan este crecimiento celular desordenado de lo que resulta la formación de tumores malignos. (3).

(3) J. Sepulveda Amor. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Mex. SS. pp. 131 - 132.

B) NOMENCLATURA.

El 22 de mayo de 1986, el Comité de Taxonomía de los virus, a propuesta mayoritaria de sus miembros, adoptó la denominación vernacula de VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en substitución a todos los nombres anteriormente existentes. (4).

Se han descrito retorvirus similares relacionados con el SIDA, y se conoce como:

- L.A.V. - Virus de la linfadenopatía.
del inglés *Lymphadenopathy - associated virus*.
- A.R.V. - Virus relacionado con el SIDA.
del inglés *AIDS - related virus*.
- H.T.L.V.-III- Virus Linfotrópico T humano tipo III.
(*Human T Lymphotropic Virus*).

Estos tres virus aislados son casi idénticos entre sí, y para simplificar el del SIDA, se denominara VIH. (5).

- (4) Miller, Weber, Atención de pacientes de SIDA, México, Manual Moderno, pp. 18 - 20
- (5) Información especial, Laboratorios Frontera, México, 1987, p. 9.

C) ESTADÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD.

La gran mayoría de los pacientes con SIDA, presentan una gran parte de desordenes inmunológicos, responsables de la susceptibilidad a las infecciones y a varias sarcomas malignos.

Se ha demostrado que la destrucción de los linfocitos "T" cooperadores es evidente por un deterioro progresivo de sus funciones inmuno - dependientes y la aparición de una deficiencia inmunológica tardía. (6).

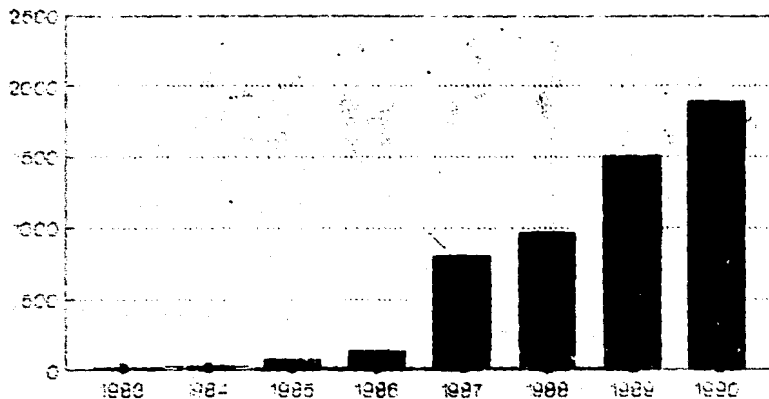
Hasta mayo de 1987, se reportaron 51.535. casos de SIDA a la OMS. En América hasta esa misma fecha los países que ocuparon los 5 primeros lugares en cuanto al número de casos fueron:

ESTADOS UNIDOS	34.178
BRASIL	1.542
CANADÁ	965
HAITI	810
MÉXICO	407

(6) Miller, Weber, op. cit. p. 7.

CASOS DE SIDA POR AÑO

TASAS POR CADA 1000 Hab.

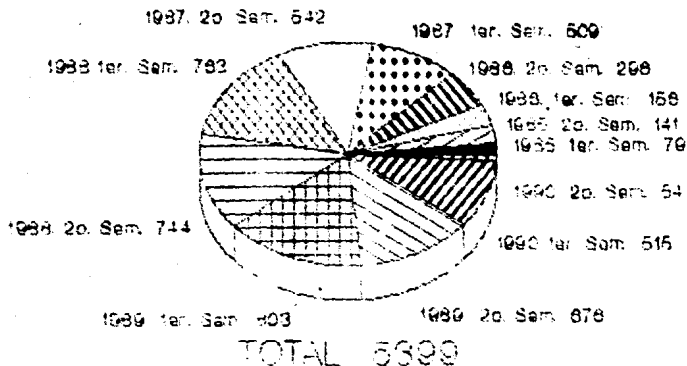


Hasta el 31 de Octubre de 1990.

■ Series A — Series B + Series C □ Series D

CASOS DE SIDA POR SEMESTRE.

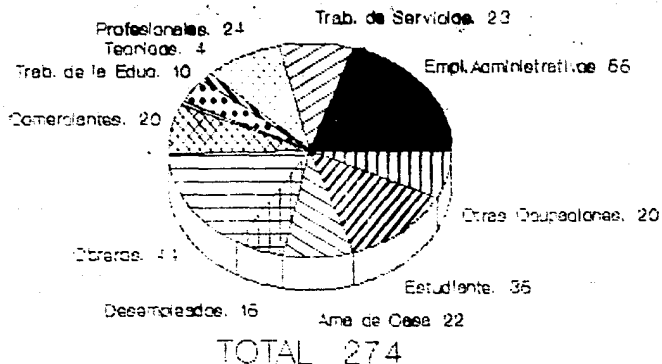
Casos Notificados hasta Oct. 1990.



Hasta el 31 de Octubre de 1990.

CASOS DE SIDA POR OCUPACION

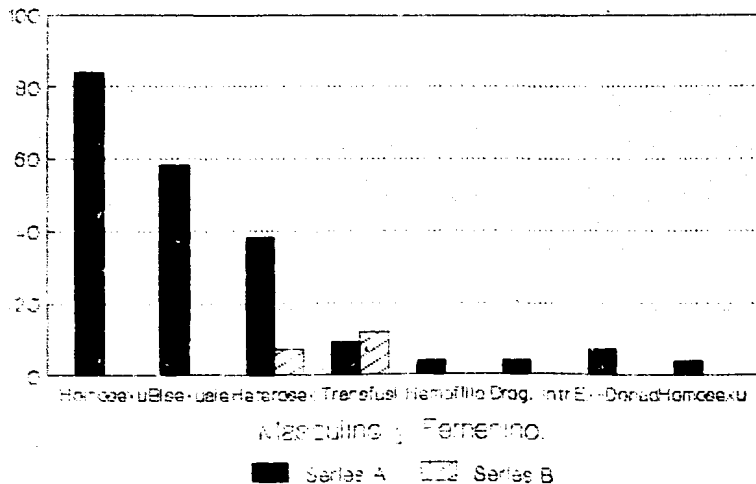
En mayores de 15 años.



Hasta el 31 de Octubre de 1990

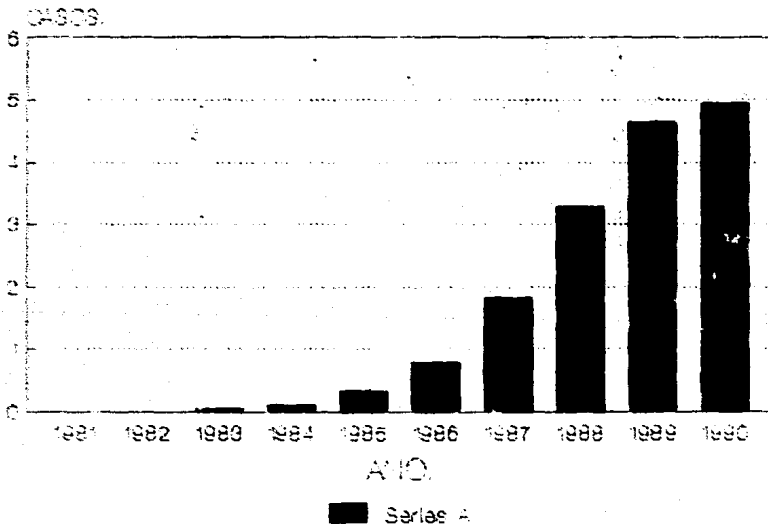
CASOS DE SIDA EN ADULTOS.

Categoría de transmisión y sexo.

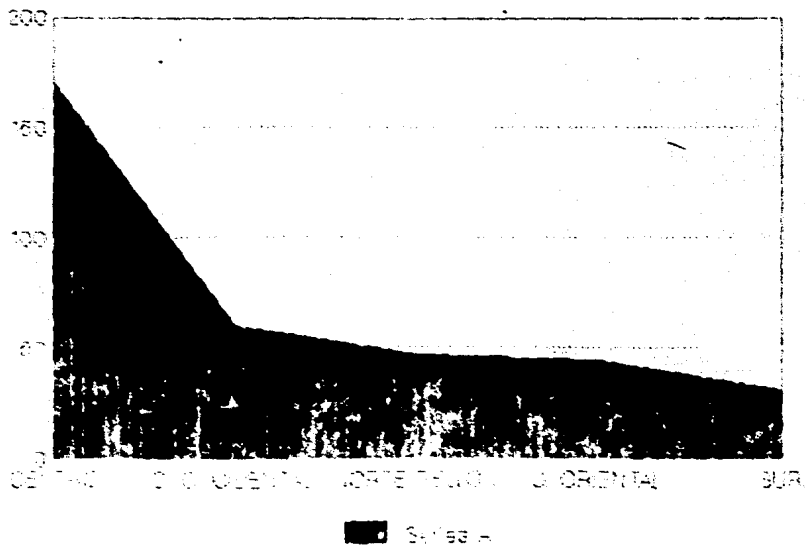


Nota: Casos notificados en el primer trimestre de 1990.

INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO.



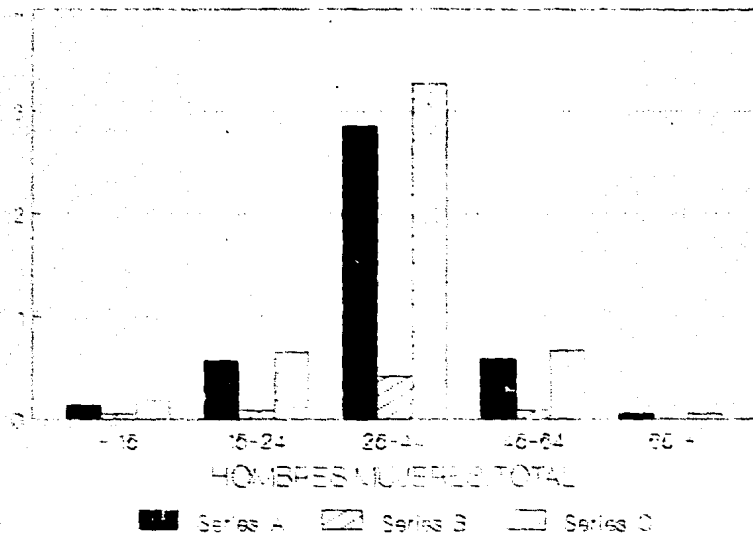
REGION GEOGRAFICA.



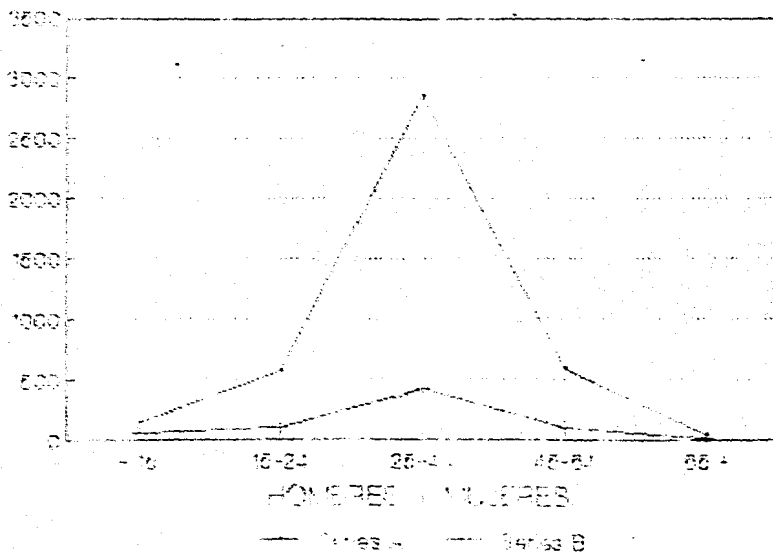
TOTAL POPULACION HABITANTES

EDAD Y SEXO.

ingresos

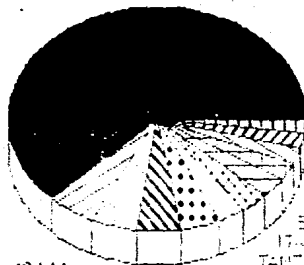


TASA POR EDAD Y SEXO.



CASOS DE SIDA ACUMULADOS. POR PAIS.

ESTADOS UNIDOS 14421



UGANDA 12444
ZAIPE 11732

FRANCIA 9718
BRASIL 11070

CANADA 4425
MEXICO 5113
REP.FED.ALEMANA 5167
ESPAÑA 8210

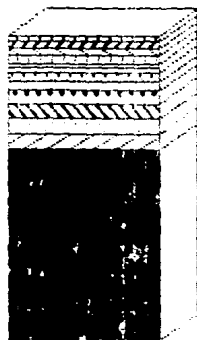
INDIA 8701
TANZANIA 7128

MALAWI 7180

Hasta el 30 de Sep. de 1990.

TASA POR 1000 HABITANTES.

CASOS DE SIDA ACUMULADOS. POR PAIS.



CANADA 1.0%
MEXICO 2.2%
REP. FED. ALEMANA 2.2%
ESPAÑA 2.7%
ITALIA 2.9%
TANZANIA 3.1%
MALAWI 3.4%
FRANCIA 4.2%
BRASIL 4.8%
ZAIRE 5.1%
UGANDA 5.4%
ESTADOS UNIDOS 82.4%

POR PORCENTAJE DE CADA PAIS.

La OMS estima que hay ya en el mundo por lo menos 5 millones de personas infectadas por el VIH.

Se prevé que en el decenio de los 90's, entre 5 y 6 millones más, contraerán ese mal.

Al 1 de febrero de 1989, 144 países habían notificado a la OMS unos 140,000 casos.

Los sujetos seropositivos, sobrepasan por un margen considerable, de 10/1 o incluso de 100/1 a quienes padecen SIDA.

Si, se consideran los casos no reportados o no diagnosticados ascendería según cálculos de la OMS a unos 600,000. (7).

Se prevé, que para el año 2000, entre 15 y 20 millones se habrán infectado (permaneciendo la mayoría asintomáticos).

En Haití, cerca del 10% de las mujeres embarazadas están infectadas, proporción similar a la de algunas zonas en África. (8).

La infección sigue en aumento entre hombres y mujeres de prácticas heterosexuales.

(7) Boletín Mensual Conasida, México, julio 1989, pp. 654.

(8) Boletín mensual Conasida, México, octubre 1989, pp. 928.

En los Estados Unidos de América, se han registrado hasta diciembre de 1980, en los Centros de Control de Enfermedades (CDC) 106.000 casos, de estos han fallecido 61.000, se estima que para fines del 91, habrá contraído el padecimiento 480.000 estadounidenses.

Se han notificado a la OMS 182.463, casos de SIDA, en 152 países, México ocupa el 40. lugar en América y el 110. en el mundo y aporta el 1.9 % de los casos en el mundo.

De los 215.144, casos reportados a la OMS, hasta el 31 de enero de 1990, México ocupa el 3er. lugar en América y el 110. en el mundo. (9).

D) ESTADO ACTUAL DEL SIDA EN MEXICO.

En 1986 se creó en México el Comité Nacional de prevención del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección VIH, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación de normas y pautas apropiada, de acuerdo a los prioritarios y recursos del país.

El Comité evolucionó, por la magnitud y complejidad del problema hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado, ya que se busca promover el consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento

Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, la notificación de los casos tiene carácter obligatorio e inmediato. Una de las medidas de mayor efecto epidemiológico en el combate al virus consistió en prohibir la comercialización de la sangre; además se puso en marcha una campaña educativa dirigida hacia homosexuales, prostitutas y la población en general. La primera fase se centro en tres formas de prevención: la relación monogámica, el uso de condón y el uso de jeringas desechables. (10).

(10) Sepulveda Amor J. op. cit p. 28.

La prevención del SIDA requiere que la comunidad la asuma como compromiso propio, como prolongación y síntesis de todo el esfuerzo de comunicación y educación en este país.

La notificación de los primeros casos en México ocurrió en 1983, estos habían iniciado su padecimiento en 1981, año en que se considera como de inicio de la epidemia del 4 hasta el 6% y en un tiempo de duplicación de 12 meses.

Las poblaciones más afectadas las constituyen los estratos medios y altos en zonas urbanas. El análisis de ocupaciones muestra que si bien la mayor proporción de casos se observa en los trabajadores de servicio públicos y personales (18.4%) y empleados administrativos (15%) las tasas por millón de habitantes son mayores en técnicos y personal especializado (14%) y profesionales (12.8%).

Las tasas menores se observan en amas de casa (0.67%), obreros (1.0%), y campesinos (0.7% por millón de campesinos).

PROYECCIONES PARA 1992. (ii)

El número de casos de SIDA en México ha presentado hasta el momento una tendencia de crecimiento exponencial amortiguado en los últimos meses, en la ciudad de México se observa una estabilización y basandonos en una curva de crecimiento exponencial, se estima que el número de casos en los próximos 5 años se incrementara a 20,000 aproximadamente.

Se pronostica una mayor deseminación del virus hacia medios urbanos, marginados y rurales, afectando estratos socioeconómicos bajos y que la enfermedad se extendiera a todas las edades y ambos sexos. En cuanto a transmisión homosexual persiste una tendencia acendente y una aceleración a transmisión en bisexuales y heterosexuales.

La predicción de los casos de SIDA en México podrán modificarse con el impacto que se tenga en la población a través de programas educativos y estrategias que establezcan medidas preventivas a fin de evitar la extensión de la enfermedad.

(ii) J.Kumate y J.Sepulveda, Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA, México, Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA, 1990, pp. 26.

COSTOS EN LA ATENCION HOSPITALARIA.

Se ha efectuado un estudio de costos en atención hospitalaria en el Instituto Nacional de nutrición, que constituye un centro de referencia de pacientes con SIDA.

En promedio, los pacientes con SIDA reciben dos consultas al mes, con costos de operación de 35 USD, por consulta. En el caso de pacientes con complejo relacionado con el SIDA y prescripción de zidovudina el costo aumenta a 8.600 USD anuales.

Cada paciente es internado un promedio de 48.2 días por año a razón de 120 USD diarios; si la medida de sobrevivida después del diagnóstico de SIDA es de un año, el promedio de costo es de 12,000 USD. (12).

PROYECCIONES PARA 1992.

El número de casos de SIDA en México ha presentado hasta el momento una tendencia de crecimiento exponencial, amortiguado en los últimos meses, se estima que el número de casos se incrementara a 20,000 aproximadamente. Se pronostica una mayor diseminación del virus hacia medios urbanos, marginados y rurales, afectando estratos socioeconómicos bajos, y que la enfermedad se extenderá a todas las edades y ambos sexos.

(12) *SS,IMSS,ISSSTE. Manual de vigilancia epidemiológica VIH / SIDA. México, 1990. p. 13.*

En cuanto a transmisión homosexual, persiste una tendencia ascendente y una aceleración a transmisión en bisexuales y heterosexuales. También se estima que, en los próximos tres años, habrá un descenso en los casos asociados y transmisión por transfusión sanguínea como consecuencia de la reforma del Artículo 332 de la ley General de la Salud. (13).

Dicha ley dice en su artículo, lo siguiente:

" La sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio. "

() 68 op. cit. p. 16.
1987 22. pp. 210. p. 26.

CAPITULO II

1) VIAS DE CONTAGIO.

Los mecanismos por medio de los cuales puede transmitirse el VIH son:

- 1) SEXUAL (TANTO HOMOSEXUAL COMO BISEXUAL).
- 2) SANGUINEO (FUNDAMENTALMENTE A TRAVES DE SANGRE Y DERIVADOS).
- 3) PERINATAL (DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO).
- 4) TRANSPLANTE DE TEJIDOS U ORGANOS.

El mecanismo de transmisión más común del VIH, es el sexual, seguido del sanguíneo, perinatal y en menor grado del trasplante de tejidos u órganos.

Los grupos de mayor riesgo son como siguen a continuación: (14).

HOMOSEXUALES, BISEXUALES, HETEROSEXUALES PROMISCUOS,
HEMOFILICOS, DROGADICTOS INTRAVENOSOS.

Se han practicado cultivos en diversos productos de enfermos con SIDA y se ha aislado el virus con mayor frecuencia en :

(14) Miller, Weber, op. cit p. 6

- | | |
|--------------------|-------------------|
| A) Sangre. | D) Saliva. |
| B) Semen. | E) Lágrimas. |
| C) Exudado vaginal | F) Leche materna. |

Las vías de contagio en orden a la mayor incidencia son:

- | | |
|---|------------------------------------|
| HOMOSEXUALES | TRANSFUSIONES. |
| A) POR VÍA BISEXUAL SEXUAL | B) POR SANGRE AGUJAS. |
| HETEROSEXUALES. | TRANSPLANTES. |
| ANTES DEL PARTO | LESIONES MEDICAS. |
| C) DE MADRE DURANTE EL PARTO
A HIJO. | D) OTROS TATUAJES Y
RASTRILLOS. |
| DESPUES DEL PARTO. | CEPILLO DE DIENTES |

Una gran mayoría de los casos en los Estados Unidos de América y Europa, ocurre en varones que practican el coito anal, receptivo de inserción, con múltiples compañeros. Se ha sugerido que la vía de entrada del virus es el traumatismo de la mucosa rectal, en consecuencia se ha comprobado la transmisión homosexual de la infección. (15).

La transmisión puede ocurrir muy propablemente tanto en las relaciones anales activas (introdutor) como pasivos (receptor), aunque los estudios epidemiológicos, siempre muestran mayor riesgo en las pasivas.

Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambia a merosos microorganismos. Dependiendo del contacto sexual de que se trate, los líquidos corporales que transfiere son semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, sangre, orina o heces fecales. Aún cuando el VIH ha sido aislado de todos estos líquidos, solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus. (16)

Las relaciones sexuales con mayor riesgo de transmisión del VIH, son aquellas en las que el pene penetra en el recto del compañero o compañera. La razón de ello se encuentra en la estructura de la mucosa rectal: posee numerosos vasos, abundante tejido linfoide y epitelio. La mucosa rectal lacerada permite con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presentes en el tejido linfoide o las células presentes en la reacción inflamatoria acompañante, de donde puede viajar por la circulación a diversos sitios del organismo.

La mucosa rectal, aún cuando no se encuentre dañada puede permitir la entrada del virus debido a que la células de Langerhans de su epitelio poseen receptores para el VIH, por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo.

Por otra parte el penetrador puede tener lesiones, perceptibles o no, en el pene, que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de la mucosa rectal pueden permitir la entrada del virus. Cualquier otro tipo de prácticas que produzcan daño de la mucosa rectal, como la aplicación de enemas pre o postcoito, la introducción de objetos o el puño, etcétera, aumenta en forma importante el riesgo de transmisión. (17).

En el coito vaginal, la transmisión del VIH es menos efectiva que en la rectal, esto se debe a que el epitelio de la mucosa vaginal se encuentra formado por varias capas de células escamosas que lo hacen ideal para resistir la fricción mecánica durante el coito. Las mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que poseen una mucosa vaginal poco madura y por lo tanto poco resistente. Cualquier mujer u hombre que contraigan coito durante la menstruación, tienen mayor riesgo de adquirir el virus, debido a la exposición a la sangre y mayor vascularidad de la vagina.

En el sexo oral, es posible que la participación de la boca en las relaciones sexuales, permita la transmisión del VIH; sin embargo esto es extremadamente difícil de valorar, ya que habitualmente terminan en el coito vaginal o rectal, aún cuando existe un

(17) *Ibidem*, pag. 48.

caso informado de transmisión por este mecanismo. La deglución de semen o de secreciones vaginales y cervicales no parece tener riesgo alguno, ya que el virus, por tener una envoltura, es muy lábil al PH gástrico y a la acción de las sales biliares. (18).

La ocurrencia de SIDA en esposos de hemofílicos y compañeros sexuales de pacientes de SIDA han demostrado que las relaciones sexuales vaginales pueden transmitir el virus a la mujer.

En los besos linguales, con el intercambio de saliva, existe el riesgo de contraer la infección.

Las mujeres pueden transmitir el virus al hombre pero el riesgo de contraer la infección es mucho menor que entre los homosexuales.

Los compañeros sexuales regulares de pacientes de SIDA, tienen el 60% de posibilidades de contraer la infección.

Una sola relación peneano vaginal, con una persona infectada por el VIH, lleva un riesgo de transmisión de 1/100 y 1/1000, que puede aumentar si hay úlceras genitales.

Se ha comprobado que el virus se transmite por la transferencia de sangre y semen durante las relaciones sexuales, a través de alguna fisura del pene-mucosa rectal o

vaginal. el semen infectado penetra en la sangre o exudado vaginal infectados penetran en alguna fisura a través de la uretra.

El SIDA se ha observado en personas expuestas a sangre, productos hematológicos, por compartir agujas para inyecciones intravenosas, por transplante de órganos.

En los casos de transfusión de sangre infectada, la probabilidad de transmisión es superior al 90%.

La transmisión del VIH, por sangre contaminada practicamente se ha eliminado desde que comenzaron las pruebas para su detección en 1985.

Cuando la pareja o su compañero son seropositivos, es muy importante prevenir el embarazo, ya que hay todas las razones para suponer que el feto esta infectado por el VIH; ha habido muchos casos pediátricos de SIDA. Cuando ocurre el embarazo, hay que considerar con la pareja la posibilidad de terminarlo. (19).

La transmisión por agujas es frecuente entre los usuarios de drogas intravenosas y otro equipo contaminante que comparten entre ellos y no por la toxicomanía en si. Este tipo se encuentra principalmente en los Estados Unidos de América (17%), Europa Occidental (1%), y Oceanía (1%).

El paciente con SIDA, no debe llevar tarjeta de donador de organos ya que esta seria una fuente de contagio

Lesiones Médicas.- Existe la posibilidad de adquirir el contagio por medio del piquete de una aguja, pero el riesgo es extremadamente minimo los pocos que lo han desarrollado es porque se han encontrado dentro de los grupos de alto riesgo.

Tatuaje.- Esto es una forma teorica, ya que se comparte la misma aguja.

Rasurarse en una peluqueria, asi como perforarse las orejas. Los cepillos dentales tambien son fuente de contagio (Sangre - Saliva).

B) COSAS QUE NO IMPLICAN RIESGO.

El VIH, no se transmite tocando a alguien que tenga el virus, estando en la misma habitación que el, ni respirando el mismo aire, tampoco se transmite por acudir a restaurantes ni bares, por compartir alguna cosa o abrazarlo, por usar el mismo lavamanos o regadera con alguien seropositivo.

No constituye un riesgo para la familia, amistades o extraños, incluso si se derrama sangre, como cuando el paciente se corta con un cuchillo, todo lo que se tiene que hacer es limpiar con algun desinfectante

Pese al área geográfica o ambiente socioeconómico, el VIH no se transmite a través de contactos casuales en los hogares, escuelas u otros grupos que viven o trabajan juntos. Igualmente, no se ha demostrado la transmisión por insectos hematófagos por alimentos, agua u por vía aérea o fecal. (20).

El contacto social casual no debe confundirse con contacto sexual casual, que es una de las mayores causas de la propagación del virus del SIDA.

El contacto social casual como lo es darse la mano, abrazarse, darse un beso, estornudar o toser, no transmiten el virus del SIDA. Tampoco puede contraerse el SIDA al nadar en piscinas o al usar bonoras de agua caliente o al comer en restaurantes ni siquiera si un empleado del restaurante tiene el SIDA o es portador. El SIDA no se contrae al compartir la ropa de cama, las toallas, tazas o vasos, sorbetos, platos u otros utensilios de comer. No se puede contraer el SIDA al usar baños públicos, teléfonos, máquinas de oficina, muebles caseros o tocar la perilla de una puerta. No se puede contraer el sida al darse masajes de cuerpo, masturbarse, ni por alguna actividad que no sea por contacto sexual directo. (21).

(20) Recomendaciones para la prevención y control de la infección por VIH. OMS, SC, España, 1986, p. 8.

(21) Servicio de Salud Pública de E.U.A., Informe del jefe de Salud Pública de E.U.A., los Angeles, 1987, p. 27

C) MANEJO Y AISLAMIENTO DEL PACIENTE.

La infectividad del VIH, es mayor en quienes tienen los síntomas, que en los asintomáticos, por ello es necesario que el personal de cuidados a la salud, tome las medidas necesarias para romper la cadena de transmisión de infecciones, como el manejo cuidadoso de agujas y material punzo cortante

Una superficie cutánea aparentemente intacta, puede tener microcortes y por esta razón se recomienda usar guantes, si hay peligro de contagio con sangre u otros líquidos corporales de un seropositivo.

Las mucosas oculares y de la boca pueden ser mas permeables a partículas virales y cuando hay riesgo de que salpique posible material infeccioso, se recomienda usar visor o anteojos y mascara.

El lavado de las manos antes y después del contacto con los enfermos, es una medida fundamental para evitar la transmisión de cualquier agente transmisible.

El personal con lesiones exudativas o heridas en manos deberá tener precauciones especiales, para el manejo de estos pacientes.

Ante cualquier exposición parenteral, mucosa o de sangre entre otros fluidos orgánicos de pacientes positivos al VIH o cuyo estado serológico es desconocido los pasos a seguir son los siguientes.

1) Lavado de la herida con agua y jabón. Si se trata de una exposición mucosa con agua y una solución antiséptica no irritante.

2) Tomar nota del paciente fuente de infección y de su número de historia clínica.

3) Acudir al Servicio de Medicina preventiva del área.

4) Si el estado serológico del paciente frente al VIH es desconocido se le informará al mismo del hecho y se le pedirá consentimiento escrito para la realización de las pruebas serológicas.

5) Si el paciente es positivo al VIH se realizará una evaluación clínica y serológica de la persona expuesta, realizándose posteriormente seguimiento de la misma.

6) Si el estado del paciente es desconocido, se ha negado al estudio serológico, o no se ha podido contactar con él, se valorará el tipo de acciones a realizar, de acuerdo a la probabilidad de que el paciente sea seropositivo o de la importancia de la exposición.

7) Si el paciente es seronegativo frente al VIH y no existen otros datos que sugieran infección por VIH, no es necesario el seguimiento del trabajador expuesto. (22).

(22) L.I. Gómez. J. Abad. *Recomendaciones al personal Sanitario para la prevención y control de la Infección por VIH, y VHB. Clínico Universitario Zaragoza, 1990, p. 8-9*

En los rarísimos casos en que una enfermera ha contraído la infección por el VIH en el curso de su trabajo, las vías de infección han sido la parenteral o la exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada por VIH.

La exposición parenteral se produce cuando una enfermera se pinche con una aguja hipodérmica o se corta con un bisturí u otro instrumento cortante contaminado con sangre de un paciente infectado. El riesgo de infección consecutivo a esa exposición suele depender de dos factores:

- A) EL VOLUMEN DE SANGRE A QUE HAYA ESTADO EXPUESTA LA ENFERMERA.
- B) LA CONTAGIOSIDAD DEL PACIENTE.

Aunque el VIH puede estar presente por igual en casos asintomáticos y sintomáticos, ciertos estudios recientes hacen pensar que los sujetos con SIDA sintomático o en una fase avanzada de la infección por VIH tienden a ser más contagiosos. Según varios estudios prospectivos, el riesgo de adquirir la infección por el VIH por un pinchazo de aguja hipodérmica u otra exposición parenteral al VIH es inferior al 1%.

El riesgo de adquirir la infección por el VIH por exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada es muy bajo, aunque más difícil de cuantificar. Sin embargo, en casos individuales, se ha visto que existe

un riesgo cuando las enfermeras se contaminen con sangre infectada por el VIH a través de heridas abiertas, abrasiones o exposición de mucosas (bucal o labial, conjuntiva). (23).

De acuerdo a lo anterior los individuos con la infección por VIH pueden presentar una amplísima gama de síntomas e inclusive encontrarse asintomáticos y será de acuerdo a la sintomatología que presentan los pacientes o la ausencia de síntomas en el caso de portadores asintomáticos la forma en que se manejan. (24).

- Individuos seropositivos asintomáticos.

Son aquellos que tienen la infección con la presencia de anticuerpos al VIH y ninguna evidencia de enfermedad: estos individuos tienen un 60% de posibilidades de continuar asintomáticos hasta 6 años después de la infección.

Estos pacientes no requieren un seguimiento clínico rutinario a menos que exista un protocolo de investigación.

Linfadenopatía Generalizada: Son pacientes que presentan ganglios de 1 cm. o más en diferentes zonas del cuerpo, deberán ser vigilados en consulta externa y en general si no hay otros síntomas o datos anormales, no es

(23) OMS, Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el VIH, Suiza, Serie OMS # 3, 1988, p.24

(24) Guías de manejo de pacientes co Infección por VIH, Instituto Nacional de la Nutrición, México, 1989, p. 7-8

necesario hacer biopsia de ganglio. El manejo debe dirigirse a resolver las infecciones como son candidiasis oral o diarrea de etiología diversa.

- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

El tratamiento de las infecciones o neoplasias que permiten establecer este diagnóstico, con frecuencia hacen necesario su manejo en el hospital. El manejo debe ser conservador y debe quedar claro que en caso de que el paciente sufra un paro cardíaco - respiratorio no deben realizarse maniobras de resucitación. (25).

- EL AISLAMIENTO DE PACIENTES.

El aislamiento de pacientes con infección VIH, puede ser aconsejable por 2 razones:

1) Si el agente se ha infectado con uno de los agentes oportunistas que representan un riesgo para otros, quizá sea necesario aislarlo hasta que se haya controlado la infección. (26).

2) Aunque no se ha comprobado que el VIH, se transmite por otros medios aparte de los líquidos corporales, algunos pacientes pueden considerarse como de

(25) *Loc. cit*

(26) AIDS: HTLV-III Antibody: To test or not test. Terrence Higgins. Trust. E.U.A. 1980. p 10

"Riesgo más alto " Las hematemesis, múltiples heridas y diarreas profusas, son factores complicantes, en los que es probable que la exposición a líquidos corporales sea mayor que en la mayoría de otros pacientes. (27).

- Medidas para la hospitalización de los pacientes con SIDA: (28).

Los pacientes que ameriten ser hospitalizados no requieren de aislamiento en habitaciones privadas o normas de admisión, a menos que:

1) Sea necesario aislar al paciente debido a una superinfección especial (por ejemplo varicela).

2) Se considere que el aislamiento constituye una medida de protección necesaria para el paciente con SIDA.

3) No se puedan seguir buenas prácticas de higiene (por ejemplo la ventilación que motive corrientes que puedan esparcir líquidos y secreciones de los enfermos en caso de diarrea profusa, incontinencia fecal, hemorragia incontrolable, o secreciones purulentas).

4) Existan alteraciones del comportamiento causadas por daño del sistema nervioso central.

(27) Loc. cit.

(28) SIDA, Información básica para el personal de salud. México, 1990. p. 58.

5) La gravedad, o la naturaleza terminal de la enfermedad requiera de la atención en una habitación privada.

A las habitaciones dedicadas a este tipo de enfermos, solo deberá asistir el mínimo de personal dedicado a su atención y la visita de familiares se restringirá, exigiendo a estos el uso de cubrebucas y batas, debiendo evitar cualquier ayuda al enfermo respecto a su limpieza y alimentación por personas no entrenadas para ello. (29).

CAPITULO III

A) PREVENCIÓN DEL VIH EN GRUPOS DE ALTO RIESGO.

Se ha demostrado que los condones son satisfactorios para excluir ciertos agentes infecciosos y cabría esperar razonablemente ofrecer una barrera impermeable al virus y linfocitos infectados, aunque no se ha establecido claramente la eficacia de los condones, estos pueden reducir la transmisión del virus, aunque en los homosexuales es una opción con riesgo; para los heterosexuales que no deseen renunciar a los coitos vaginales, el uso de condones, reducirá tal vez el peligro y es posible que la frecuencia de roturas sea baja.

El nombre de "condon", proviene del latín "Conduus" (recipiente), palabra latina que proviene del persa "Kundu", que significa recipiente largo a base de intestinos de animal.

El preservativo de latex, químicamente es una fina película de poli-insopreno con un espesor de 50 a 70 micras. el tamaño de sus macromoléculas intercruzadas por polimerización le confiere una estanqueidad frente a los microorganismos de las ETS, incluso los más pequeños y evidentemente frente al espermatozoide.

El "agujero" microscópico de la película del poli-isopreno con un espesor de 50 micras de barrera, es mil veces inferior al VIH.

Estequiométricamente el efecto barrera no presenta ninguna duda en cuanto a su eficacia. (30)

Se ha encontrado el virus en la saliva, de algunos seropositivos, aunque no se ha aclarado que tan infecciosa es la saliva, no es posible suponer, que no existe el peligro de contagio a través de esta. (31)

En la actualidad no hay curación alguna para la infección por virus HTLV-III, la prevención es vital y para ello depende de gran parte de la educación sobre la salud.

En esencial que los infectados con el virus no lo transmitan y los que se encuentren en riesgo alto de adquirirlo deben conocer las formas en que es posible reducir su grado de riesgo.

El VIH, es un virus de origen sanguíneo, y como sabemos las 3 principales fuentes de transmisión son tres:

SEXUAL. - La mayor parte de casos de SIDA que se originan en el mundo, a excepción de África Ecuatorial, son varones homosexuales o bisexuales mas del 70% de estos en Estados Unidos de América y México 87% para Europa Occidental.

(30) Efecto barrera al VIH. Conazida México, 1986, p. 7-5

(31) Algunas respuestas sobre el SIDA. Serie de Salud, México, 1987, p. 18

TRANSFUSIONES SANGUINEAS Y PRODUCTOS HEMATOLOGICOS.

Agujas Contaminadas. principalmente entre toxicomanos intravenosos y por accidente de piquetes en el caso del personal de enfermería, este último representa un porcentaje muy bajo, en el caso de los primeros en Estados Unidos de América, representa el 17% de los casos, ya que comparten las mismas agujas, además al inyectarse la droga jalan sangre con la jeringa "bombeo", y después se la vuelven a inyectar

- ACTIVIDAD SEXUAL Y VIH.

El grupo mas expuesto es el de los varones homosexuales y bisexuales, sólo se vera disminuir el número de sujetos infectados si modifican sus prácticas sexuales:

1) Disminución del número de parejas sexuales. Si bien la incidencia de la contaminación por VIH está ligada al número de parejas, también se asocia estrechamente con el tipo de parejas, como son anónimos y prostituidos, y con los lugares de encuentro. La mejor medida preventiva parece ser la de limitarse a una pareja única.

2) La utilización de preservativos masculinos y femeninos. Los datos epidemiológicos han demostrado que la transmisión del VIH es mucho más frecuente en el curso de

las relaciones anorrectales. Esto se explica por la fragilidad de la mucosa rectal en relación con las mucosas genitales y por otro, por la mayor frecuencia, en los sujetos de múltiples parejas, de lesiones de esta mucosa rectal. A causa de esas efracciones mucosas el esperma que contiene el VIH, entra más fácilmente en contacto con la sangre permitiendo la transmisión del virus. Por ello toda barrera física o química que se interponga entre las secreciones, las mucosas y la sangre reduce los riesgos de contaminación. (32).

Todavía no se sabe el número exacto de exposiciones que se necesitan para que se produzca la transmisión del VIH por vía sexual. No obstante, se han registrado casos atribuibles a un solo contacto y se sabe que el riesgo aumenta en forma directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas. Los problemas que se plantean cuando se trata de determinar la relación que existe entre la exposición y el riesgo de infectarse proviene de las múltiples variables que deben tenerse en cuenta, tales como el tipo de práctica sexual, fase de la infección y otros factores de riesgo.

En un estudio sobre la transmisión heterosexual del hombre a la mujer basado en la duración y frecuencia de las relaciones sexuales, se estimó un riesgo de 1/1000 de adquirir el virus. A pesar de que ha resultado más difícil

(32) J.P. Cassuto, J. Peser, SIDA, Argentina, PAIDOS, 1987, p. 113 - 114.

determinar el riesgo en la transmisión de la mujer al hombre, en un estudio prospectivo de cónyuges de enfermos de SIDA, la seroconversión ocurrió en 42% de los hombres y 38%, de las mujeres en un periodo de uno a tres años, lo que podría demostrar que la eficacia de la transmisión es similar en ambos sentidos. (33).

El grupo de mayor riesgo estadístico, es el de los homosexuales, y ello se debe principalmente a los diferentes actos de depravación que ejercen entre ellos al cometer sus desviaciones sexuales.

Se han realizado diferentes estudios acerca del comportamiento homosexual y sus "relaciones sexuales", hay varias razones, por las que ellos son el principal foco de infección, y ello se debe a una notoria diferencia con las relaciones heterosexuales.

Los varones homosexuales han demostrado que en general han tenido más compañeros sexuales que los heterosexuales, muestran un gran número de compañeros sexuales, en este análisis nos señalan 94% de los homosexuales, han tenido más de 15 compañeros y 75% más de 30, 21% de los heterosexuales más de 15 compañeras, y 0% más de 30. (34).

Las encuestas para enfermedades venéreas muestran un patrón similar.

(33) OPS, ONS, SIDA perfil de una epidemia, Washington, 1989, p. 281
(34) Pearl MA y Armstrong, The Acquired Immune Deficiency Syndrome and Infection of homosexual men, USA, Yourke Medical Books, 1984, p. 108.

En diferentes estudios se han utilizado muestras de varones homosexuales en diferentes áreas de los Estados Unidos de América, que cabría esperar atrajeran a los iniciados en un estilo de vida de "rotación libre", estos estudios revelan que solo una pequeña proporción de los varones homosexuales tienen relativamente pocos compañeros y por ende el peligro de adquirir cualquier enfermedad venérea, que aumenta con el número de compañeros.

Las actividades sexuales, específicas de los homosexuales, las colocan en mayor riesgo que a los heterosexuales, se ha demostrado en diferentes estudios de control de casos, que la introducción de la lengua y la mano en el recto, era más común en los casos de SIDA, que en los que habían tenido un índice más alto de coitos anales. (35).

El coito anal y otras actividades sexuales que causan traumatismo rectal proporcionan condiciones particularmente favorables para la transmisión del virus. El principal factor es la hemorragia rectal, que siempre acompaña a los coitos anales incluso cuando no es obvia para quienes lo practican. La introducción de la mano o antebrazo en el recto implica de manera inevitable un traumatismo rectal, lo mismo que la inserción de objetos diversos en el ano. (36).

(35) *Ibidem*, p. 112

(36) Alcides González Martínez, *Salud*, Vol. 1, n. 1, Julio - Septiembre - 1987, p. 14

Otro problema que aumenta la posibilidad del desarrollo del SIDA, son factores como las enfermedades de transmisión sexual, como se comentó, la mayoría de los homosexuales han padecido enfermedades venéreas en repetidas ocasiones, esto explicaría hasta cierto punto, porque solo una proporción de los infectados desarrollan SIDA.

La reducción de el número de compañeros sexuales, entre homosexuales, de preferencia y sin ningún otro factor de riesgo, claramente disminuirían el peligro de adquirir el virus.

La dificultad que se presenta es que este tipo de relación es muy rara entre los varones homosexuales estudiados, ya que solo el 10% tenían una relación estable más o menos leal y gran parte de estos la habían tenido en una u otra época.

Cuando no existe esta etapa monogámica, aún hay una ventaja al reducir el número de compañeros sexuales. Algunas Instituciones han sugerido que valdría la pena que el homosexual examinara a un posible compañero más de cerca, antes de tener relaciones sexuales a fin de establecer su salud; pero obviamente no es práctico que se lleve a cabo un estudio médico completo en un posible compañero. (37).

(37) Ebbesen P, Biggar RJ, Melbye H. AIDS: A BASIC GUIDE FOR CLINICIANS. London, Munksgard, 1980. p.128

La prevalencia de infección por VIH en la población homosexual estudiada fluctúa entre 11 y 41% con un promedio de 23%; esta población contribuye con 35 a 48% del total de casos de SIDA.

Constituye el grupo con mayor frecuencia de SIDA en todos los países de América Latina que han reportado esta enfermedad y juega un papel muy importante en la transmisión a varones bisexuales, que ocupan el segundo lugar en frecuencia en casos de SIDA, calculados del 18 al 22% del total de casos de SIDA. Este grupo desempeña un papel importante en la transmisión de la infección a mujeres y varones heterosexuales.

La edad promedio del inicio en las relaciones sexuales de estos grupos es de 15 a 16 años, un 20 a 40% asisten a baños de vapor donde mantienen relaciones sexuales, de 70 a 80% asisten a bares "gay" dos o tres veces por mes y 10 a 20% suele tener relaciones sexuales con personas que conoce en la calle, mientras que 40 a 60% solo lo hace eventual. El uso de drogas estimulantes por estos grupos es muy variable pero menor al informado en Estados Unidos de América y Europa.

Estos grupos no presentan un patrón exclusivo en cuanto a ser penetradas o penetradores, un número elevado de ellos tiene relaciones sexuales con mujeres. La relación que existe entre homosexuales y bisexuales infectados en América Latina es en promedio de 63.5%. (38)

(38) El Médico frente al SIDA, op. cit. p. 37 - 38

B) PERIODO DE LATENCIA Y HECHOS DE LA INFECCION.

Después de una infección con VIH, algunos pacientes presentan fiebre glandular acompañada de seroconversión a HTLV-III.

No se distinguen con facilidad las alteraciones consecutivas, son como otras infecciones virales, que pueden ocurrir antes o después de la seroconversión.

La enfermedad puede curar espontáneamente o sencillamente no aparece en la mayoría de los pacientes; hay un período de latencia del VIH, del que no se conoce del todo su duración.

Periodo de incubación.- de 15 a 57 meses (promedio 27.5).

Entre 25 y 30% de los infectados por VIH permanecen asintomáticos de por vida, es decir no desarrollan la enfermedad, pero son fuente de contagio para otros.

El SIDA clínico pueden no aparecer en muchos años, pero casi el 50% de los infectados se enferman en un plazo de 10 años.

El 35% de los infectados, asintomáticos lo desarrollan en 5 años.

El 40% desarrolla los síntomas del CRS (Complejo relacionado al SIDA) que no constituye la enfermedad plena

Por transfusión de sangre, pueden pasar hasta 5 años para que desarrolle la enfermedad y tiene un 90% de posibilidades de adquirirla por sangre infectada.

El periodo de incubación, calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico del SIDA es un promedio de 11 meses en el adulto y de 14 meses en el niño. De 50 a 90% de los pacientes hemofílicos se encuentra infectados en algunas partes del mundo. (39).

Entre la infección y la aparición del SIDA transcurren por término medio seis años, con un margen de oscilación muy grande, que puede llegar hasta los quince. Es posible que este periodo variable de incubación dependa de la cantidad de virus recibidos. (40).

La defunción se produce prácticamente siempre a los 2 años posteriores al diagnóstico de SIDA, aunque en México duran 6 meses en promedio.

C) ESPECTRO DE LA INFECCION Y DIAGNOSTICO.

Personas asintomáticas, seronegativas positivas al virus

Personas asintomáticas, seropositivas

Linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

(39) El Médico frente al SIDA, op. cit. p. 51.

(40) August W. Van Eff J Grundel, El reto del SIDA, Barcelona, Herdon, 1985 p. 25

Complejo Relacionado con el SIDA (CRS).

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Agente Casual.- VIH (Virus de la Inmunodeficiencia humana).

HTLV-III (Virus Linfotrópico de células "T" humanas tipo 3)

Aunque la epidemia se ha extendido considerablemente, se sigue limitando prácticamente a los individuos de alto riesgo, de manera que su identificación sigue constituyendo uno de los pilares del diagnóstico clínico. Pero conviene no olvidar que las consecuencias de una infección son producto de la interacción de una gran cantidad de factores y que por ello un mismo agente puede provocar muy diversas manifestaciones clínicas en distintos pacientes. La infección por VIH puede ser aguda o crónica y cada una de estas puede ser sintomática o asintomática. Por otro lado, las expresiones sintomáticas tienen una gama extraordinariamente amplia. (41).

En la actualidad, el diagnóstico de infección por el VIH y el diagnóstico de SIDA se establecen sobre la base de los datos clínicos del paciente y de los estudios de laboratorio y gabinete que permiten confirmar la infección, valorar el estado inmunológico del paciente y establecer la existencia de infecciones o neoplasias secundarias. Con los datos epidemiológicos clínicos y de laboratorio y gabinete, se integra el diagnóstico y se clasifica el grado de avance del padecimiento, por etapas.

A continuación se analizan los diversos síndromes clínicos con que pueden cursar los individuos infectados por el VIH y su diagnóstico; las pruebas de laboratorio que permiten detectar la infección por el virus y los estudios de laboratorio que determinan el estado inmunológico del paciente. (42)

Después de varias semanas o meses de haberse expuesto a la infección, la mayoría de los individuos se presenta la llamada seroconversión, acompañada por una leve enfermedad: fiebre, malestar general, diarrea, cefalea y Linfadenopatía.

Aunque no todos los infectados, desarrollan estos síntomas.

En la mayoría de los casos después de la seroconversión acompañado de los síntomas señalados, este cura espontáneamente, por lo que el individuo no presenta síntomas, esto es el "período de latencia" en el que el virus permanece en el organismo, alojado en los linfocitos T y linfocitos macrófagos (que forman parte del Sistema Inmunológico), este período puede durar de varios meses a varios años antes de desarrollar el CRS o LGP o el SIDA franco. (43)

(42) J. Cortines S.J. Seguíenda 1. SIDA. Un problema de salud universal. México, Sintex, 1989, p. 11

(43) El SIDA hoy, frente al SIDA 1988. SIDA. México, 1989, p. 80

(43) J. Cortines S.J. Seguíenda 1. SIDA. México, 1989, p. 12

A la enfermedad del SIDA le puede proceder de forma inmediata o algunos años antes de los denominados SAL (Síndrome de linfadenopatía) ó CRS (Complejo relacionado al SIDA). Los síntomas principales son inflamación de los módulos linfáticos, perturbaciones de la queratinización de las mucosas bucales, en especial con pequeñas evaginaciones con aspecto de pelo (leucopatía tricomatosa), infecciones de herpes simplex, con ampollas en la región genital herpes zóster, infecciones mamilares - virus de papiloma humano (HPV) - , dermatitis seborreica, infecciones de citomegalina en el pulmón e intestino, micosis en la mucosa de la boca, lengua y esófago, estados febriles poco claros, descomposiciones y fuerte pérdida de peso. (44).

Son muy raros los casos en los que se presentan los síntomas de la enfermedad posterior a 1 o 2 meses después de la infección; como el caso de una enfermera que desarrolló la enfermedad por un piquete de una aguja inyectada, 42 días después de la inoculación.

Después de haber estado el virus en su período de latencia, y haber contaminado a una gran parte de células del sistema inmunológico, el paciente presenta los primeros síntomas de la infección VIH, que se traduce en 2 enfermedades características:

- a) LGP.- Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP).
- b) CRS - Complejo relacionado con el SIDA, antes de desarrollar el SIDA franco

Para mayor claridad manejaremos las dos enfermedades por separado.

A) LGP: Se ha observado que los homosexuales infectados desarrollaban un crecimiento generalizado de ganglios linfáticos, posteriormente mediante pruebas de laboratorio se relaciono con el VIH. 25% de ellos, desarrollaron SIDA en un periodo de 30 meses.

La LGP, se define epidemiológicamente por el hallazgo de ganglios linfáticos, palpables, mayores de 1 cm., en 2 o más sitios anatómicos distintos, con un mínimo de 3 meses de duración.

Además de los ganglios, los enfermos desarrollan más síntomas y signos de la infección, como fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso (diarrea) y candidiasis bucal.

Esto se debe a que el virus ya ha ocasionado una merma considerable en su sistema inmunológico, y por ende sus defensas contra agentes oportunistas como virus, bacterias y hongos, que en otras circunstancias, sería fácilmente eliminados, en estos pacientes, se traducen en enfermedades verdaderamente graves y persistentes.

B) CRS: Estos pacientes tienen un índice más alto de progresión al SIDA franco, este grupo es el más propenso a

desarrollar un mayor número de infecciones oportunistas. Pueden o no presentar linfadenopatía, ya que no es un requisito para el diagnóstico de CRS.

El CRS, se define como una infección sintomática con HTLV-III, los síntomas son entre otros:

- 1) Malestar, fatiga, letargo intenso
- 2) Pérdida de más del 10% de peso corporal.
- 3) Diarrea inexplicable por más de un mes.
- 4) Fiebre, sudaciones nocturnas o ambas.

Como algunos signos principales tenemos: Candidiasis bucal, leucoplasia bucal y linfadenopatía. Dentro de las anomalías de laboratorio tenemos: linfopenia, agotamiento de linfocitos T colaboradores y disminución de las respuestas de los linfocitos a mitógenos.

Actualmente en México se ofrecen exámenes de laboratorio para detección del VIH, tanto en el sector público (SS, CONASIDA, INSS, ISSSTE), como privado, siendo en estos primeros de carácter gratuito.

Este grupo de exámenes para detección del VIH consta de 3 pruebas:

- a) Prueba inmunoenzimática (ELISA).
- b) Prueba inmunofluorescencia (Enf/CORE)
- c) Prueba Confirmatoria de Western Bolt (Método de Electroinmunotransferencia).

Para satisfacer el diagnóstico de CRS, el paciente debe tener un síntoma, un signo y una anormalidad de laboratorio.

Prueba de ELISA ó EIA:

Existen distintas pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos anti-VIH en la sangre del paciente. La mayoría de ellas se basa en un tipo de estudio denominado ELISA o EIA, que significa estudio inmunoenzimático. Las pruebas de ELISA consisten en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente.

La técnica de ELISA es rápida, económica y permite estudiar un gran número de muestras. Se requiere 3 ml. de sangre sin anticoagulante y no es necesario que el paciente este en ayunas. El individuo que posee anticuerpos contra el VIH se denomina "seropositivo" y el que no los posee "seronegativo". El tiempo que toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de dos a doce semanas, pudiendo tardar hasta seis y doce meses (etapa de ventana). El momento en que el individuo se convierte en seropositivo se conoce como "seroconversión".

La prueba de ELISA puede dar falsos positivos (de 2 a 11% según el fabricante), también puede dar falsos negativos (de 0 a 15%). Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes politransfundidos, con cirrosis, trastornos

autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio se practicó antes de que el individuo produzca anticuerpos (etapa de ventana). (15).

Pruebas confirmatorias:

El propósito de las pruebas confirmatorias es el diferenciar los falsos positivos de los verdaderamente infectados por el VIH. En el momento actual se cuenta con diversas pruebas confirmatorias: Inmunofluorescencia indirecta (IFA), Western Bolt (WB), radioinmunoanálisis (RIA), radioinmunoprecipitación (RIPA), cultivo del VIH y otras. Las más ampliamente utilizadas son las dos primeras: IFA y WB.

A diferencia de la prueba de ELISA, que da resultados "positivos" o "negativos", la prueba WB proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre. Por ello se le considera como el indicador más confiable. Esta prueba presenta problemas, tales como interpretación de resultados, diferencia de resultados entre diversos laboratorios y resultados falsos.

Los falsos negativos con la prueba de WB pueden deberse a títulos bajos de anticuerpos o a defecto en la calidad del reactivo.

(15) El Odontólogo frente el SIDA, op. cit. p 99 - 100.

Actualmente se recomienda rechazar las donaciones de sangre de individuos seropositivos con la técnica de ELISA, aún cuando la prueba de WB resulte negativa, ya que muchos de estos serán positivos si se repite la prueba WB semanas más tarde.

Existen otros métodos confirmatorios menos empleados por ser poco prácticos, además de que requieren equipo costoso.

Debe recordarse que una prueba confirmatoria positiva solo indica que el individuo, ha estado expuesto al VIH y no establece diagnóstico de SIDA. En todos los casos será el médico quien determine el significado del estudio, basándose en los resultados obtenidos en las pruebas confirmatorias, el análisis de los factores de riesgo y la evaluación clínica e inmunológica del individuo. (46).

CAPITULO IV.

A) BIOLOGIA MOLECULAR DEL VIH.

El "Dogma Genético", empleado por todas las células del organismo humano, consiste en que la información almacenada en el ADN del núcleo se transcribe primero en ARN para que éste, como intermediario, la lleve al citoplasma donde será traducida en proteínas necesarias para el funcionamiento celular. Por invertir este flujo de información genética, un grupo de virus ha recibido el nombre de retrovirus.

Los retrovirus se caracterizan por almacenar su información genética en ARN y poseer una enzima (transcripta reversa) que les permite sintetizar ADN viral, el cual pasa al núcleo donde puede permanecer en forma libre (provirus no - integrado) o puede integrarse a cualquiera de los cromosomas (provirus integrado) para servir en un futuro como base de la replicación viral. (47).

El VIH puede localizarse tanto fuera de las células, en forma de partícula viral o virión, como dentro de ellas en la forma de provirus. Fuera de las células tiene una vida media muy corta (unos cuantos minutos), es poco infeccioso y fácilmente destructible, ya que es muy sensible a los

(47) J. Martínez, J. Sepulveda, op. cit. p. 36.

detergentes y desinfectantes comunes y se destruye con facilidad con temperatura de 65 grados centígrados o más, durante 30 minutos.

Dentro de las células tiene una vida media muy larga (varios años), es más infectante y resistente mejor la acción de los diversos agentes que lo dañan. (48).

Las diferentes manifestaciones clínicas que padecen los enfermos de SIDA, son resultado de la biología molecular del virus y por otro de las características genéticas y fisiológicas propias de la célula hospedera.

Los virus no comparten algunas de las características vitales de los seres vivos, razón por la cual se les ha ubicado en la frontera de la vida.

Los virus no se reproducen en forma autónoma (como los seres vivos), si no que requieren de un huésped vivo para multiplicarse (células), por esta razón se les considera como parásitos intracelulares.

Todos los virus poseen un solo ácido nucleico central (Sec. DNA o RNA), el cual está cubierto por una capa proteica llamada nucleocápside que en algunos, posee una envoltura membranosa.

Entre los virus, existen variaciones estructurales importantes las cuales reflejan su comportamiento biológico en el organismo que infectan. (49).

El conocimiento actual de la ultraestructura del VIII indica que los rasgos morfológicos más importantes del virus son :

- Una envoltura externa recubierta de "nodulos" o espículas compuestas por las dos glucoproteínas de la envoltura; la gp/20, que compone la parte exterior de las espículas y la gp/41, unida a la anterior y situada en la membrana lipóide del virus.

- Una "cáscara externa" ó "cáscara del corpusculo" compuesto por la proteína p17 en estructura icosaédrica y localizada a muy poca distancia de la envoltura externa

- Un nucleóide interno o "corpusculo central" compuesto por la proteína p24 en disposición helicoidal.

En algunas imágenes este cuerpo parece tener una estructura tubular, mientras que en otras aparece como un cono hueco, abierto por el extremo estrecho y dentro por el otro.

(49) Medicina y Cultura, México, año 4, vol. 2, Agosto - Septiembre, 1980, p. 3

Cuando el virus se adhiere a una célula humana, la envoltura viral se fusiona con la membrana celular y el nucleóide del virus penetra en la célula infectada. El virus permanece en el individuo infectado durante la vida de éste, incorporado a su material genético e integrado a su ADN celular como provirus. También puede encontrarse en el citoplasma como ADN extracromosómico. Al ser estimulada, el linfocito replica su ADN y simultáneamente se replica el ADN viral, apareciendo el virus infectante. (50)

El virus VIH, se ha clasificado como un retrovirus que contiene un genoma RNA, una capsida y una envoltura membranal con moléculas proteicas llamadas contrarreceptoras, las cuales a semejanza de un modelo llave-cerradura, se ensamblan perfectamente en la membrana de las células (Linfocitos T), para introducirse en ellas y llevar a cabo la infección.

En terminos generales, una vez que el virus está en contacto con las células susceptibles, penetra mediante la fusión de su membrana, con la de la célula para desnudarse posteriormente en el citoplasma celular, donde el RNA del virus se transcribe a DNA de la célula.

(50) R. Najera, M. J. Herrera, *Biología del virus del SIDA*, OMS, Salud Mundial, Suiza, Marzo de 1988, p. 10 - 11

El DNA de esta cadena, sirve como molde para sintetizar la cadena complementaria, este DNA viral, emigra hacia el núcleo de la célula. Es ahí donde se integra el genoma celular y se mantiene en estado latente.

Cuando se presentan ciertas condiciones aún desconocidas (Drogas, contaminación, medicamentos), el genoma viral puede reactivarse para desarrollar el ciclo lítico.

La infección por el virus conduce al desarrollo de un ciclo lítico, el cual se manifiesta por la destrucción celular y la formación de nuevas partículas virales infecciosas, durante algún tiempo, sin llegar a su destrucción, aunque finalmente muere la célula.

La progenie viral infecciosa recién formada, ataca a otras células susceptibles dando origen a nuevos ciclos de infección. (51).

Las células del organismo, en orden a la mayor susceptibilidad de ser infectadas por el virus son:

- 1.-) Linfocitos T - cooperadores o CD4
- 2.-) Células Macrófagos
- 3.-) Linfocitos B
- 4.-) Astrocitos
- 5.-) Células de la microglia, etc.

Todas estas forman parte del sistema inmunológico.

Durante la respuesta inmunitaria a un antígeno dado, intervienen varias células del sistema inmunológico, principalmente:

- 1) Linfocitos T
- 2) Linfocitos B (productores de inmunoglobina)
- 3) CDS ó T - supresoras.

Las cuales participan en diferentes etapas de la respuesta inmunitaria.

El efecto de acción, parte de la infección del VIH, en los linfocitos T hacia los linfocitos B, quienes a su vez producen inmunoglobinas que colaboran en la eliminación del microorganismo invasor.

¿ Qué sucede cuando existe una infección por VIH ?

Se ha demostrado que al quedar el genoma viral integrado al DNA, celular se pueden inducir alteraciones en la expresión genética de la célula, las cuales se traducen en cambios muy diversos en el funcionamiento de estas

Ello resulta difícil de creer, ya que el material genético viral es muy pequeño; sin embargo lo explican en base a la estructura del genoma viral, el cual contiene los genes estructurales (52).

(52) Loc. cit.

Cuando se inyectan otras células diferentes a los linfocitos T, estas transportan a través del torrente sanguíneo, al virus diseminándolo hacia otras áreas del organismo, como el sistema nervioso central, dando origen a una infección generalizada

Para que exista una buena producción de anticuerpos se requiere que los linfocitos B sean estimulados por / Linfocitos T cooperadores ambos son regulados por Linfocitos T supresores (CDS) / Se producen anticuerpos

- Linfocitos B, generan anticuerpos, pero requieren estímulo o cooperación de
- Linfocitos T cooperadores.
- Ambos están regulados por Linfocitos T supresores
- Al estar infectados los linfocitos T cooperadores (por el VIH), lógicamente resulta afectada la estimulación que proporciona (T-B) a los linfocitos B, consecuentemente la producción de anticuerpos se verá afectada

Además los linfocitos T supresores, también pueden estar infectados y por ende no regular la producción de anticuerpos

SON INFECTADOS POR EL VIH	Linfocito T cooperador estimula a	Linfocito B	Ambos son regulados por Linfocitos T supresores.
		Genera Anticuerpos.	

- La función de los linfocitos T supresores, es limitar la producción de anticuerpos, en contra de los productos de la dieta, generados durante la digestión, de las diferentes proteínas, que ingresan a través de la dieta

En determinadas condiciones nuestro organismo esta capacitado para eliminar o limitar, ciertos microorganismos capaces de producir algún daño, sea directo a través de los componentes de estos. Sin embargo en el caso de los pacientes con SIDA, cuyo sistema inmunitario, no solo esta deprimido sino también alterado los microorganismos oportunistas, causan infecciones severas que pueden provocar la muerte

Así tenemos 10 tipos de infecciones y cáncer asociados al SIDA en orden de aparición e importancia son:

1) Pneumocystis carinii	62.4%
2) Sarcoma de Kaposi	24.4%
3) Candidiasis esofágica	10.8%
4) Meningitis cryptococcica	5.1%
5) Infecciones por Citomegalovirus	4.0%
6) Complejos de la infección Mycobacterium	3.7%
7) Herpes simplex II crónico	3.6%
8) Criptosporidiasis enterica crónica	3.3%
9) Toxoplasmosis cerebral	2.9%
10) Tuberculosis	2.2%

El resto de las enfermedades se presentan en menos del 1% de los casos (53)

- LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS ASOCIADAS:

La mayoría de las infecciones que se presentan en los pacientes con SIDA, se deben a un efecto en la respuesta inmune celular, como son:

- 1) Virales
- 2) Bacterianas
- 3) Parasitarias.
- 4) Móticas

Las infecciones más comunes son.

Citomegalovirus	(CMV)
Herpes Simplex	(HSV)
Varicella Zoster	(VZ)
Epstein - Barr - Virus	(EBV)
Papovavirus - JC	(PIV)
Adenovirus	

Las bacterias son fundamentalmente:

Mycobacterium Avium - intracellulare	(MAI)
Mycobacterium tuberculosis	(MT)
Nocardia asteroides	
Salmonella species	

(53) Laboratorios Frontera op. cit. p. 3.

Los parásitos más comunes son:

Pneumocystis carinii (PC)

Toxoplasma gondii (TG)

Cryptosporidium species

Las micosis más frecuentes son:

Candida species.

Cryptococcus neoformans

Histoplasma capsulatum

Aspergillus species

La principal causa de infección persistente o recurrente la constituyen las infecciones por MAI, CMV, PC e *Histoplasma*.

Infecciones pulmonares:

Más del 50% de los pacientes con SIDA cursan con manifestaciones pulmonares de varias semanas o meses de duración. Los agentes causales más comunes son:

PC (85%)

MAI (17%)

CMV (16%)

La neumonía por PC constituye la infección oportunista más agresiva en los pacientes con SIDA (54)

- La *Pneumocystis carinii*, es una neumonía infecciosa muy común en el SIDA, los pacientes se presentan con tos seca creciente que ha durado varios meses

(54) Estanislao Stanislawski M. Patología del SIDA. México. CONASIDA. 1989. p. 4.

- *Sarcoma de Kaposi*, es un tumor de la piel, que puede afectar, cualquier tipo, pero al parecer tiene predilección por el aparato gastrointestinal y es posible que afecte cualquier parte, desde la boca hasta el ano. Las lesiones casi invariablemente aparecen en el paladar duro o blando.

El *Sarcoma de Kaposi* se identificó por primera vez en este grupo en 1972 por un dermatólogo Austriaco, el Dr. Moritz Kohn Kaposi, quien lo describió como un "Sarcoma idiopático múltiple pigmentado de la piel".

En los últimos cinco años se ha observado un notable aumento en la frecuencia de esta enfermedad, en particular relacionada con varones homosexuales.

- Características Clínicas -

La evolución de la enfermedad suele ser indolente y rara vez afecta órganos internos. Aparecen placas de color violeta o azul, en especial en la piel de las extremidades inferiores, particularmente en los pies, aunque es posible que algunas lesiones se presenten en cualquier otra parte de piel y en el aparato digestivo.

Puede haber un o cientos de ellas y con frecuencia, se acompañan de edema circundante que indica la infiltración del tumor en linfáticos o venas. Estas lesiones cutáneas con frecuencia coalescen formando grandes placas o nódulos y pueden ulcerarse. (55)

(55) Victor G. Daniel's. SIDA. Ed. Manuel Moderno, México, 1988, p. 69

- *Candidiasis Esofágica:*

Las candidiasis son hongos invasores, este es un fenómeno común y puede limitarse al aparato gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, pero también puede presentarse como una infección aguda del tórax.

Otras complicaciones que surgen con la infección del virus, y que siempre acompañan a estas enfermedades en una u otra forma son:

- 1) Linfadenopatía.
- 2) Disminución de los linfocitos T
- 3) Candidiasis. (oral o anal).
- 4) Infecciones oportunistas invasivas
- 5) Varias enfermedades de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, etc).
- 6) Encefalopatía del SIDA . demencia y cambio de personalidad que afecta al 40% de los pacientes.

De tal forma que lo que causa la muerte del paciente, es el virón del VIH, que al dañar el sistema inmunológico del paciente, cualquier enfermedad oportunista le puede ocasionar la muerte, por lo regular la infección VIH es detectada cuando el paciente presenta varios síntomas de diversas enfermedades, a estas alturas con los medicamentos ordinarios no puede ser curado, más aún aunque se le detecte

el cual antes se desarrolló la enfermedad, este no podrá ser curado, ya que hasta la fecha no existe medicamento o vacuna que pueda protegerlo del virus VIH, y consecuentemente su sistema inmunológico seguirá deteriorándose hasta causarle la muerte por cualquier mínimo agente oportunista.

Así tenemos que la principal vía de transmisión del virus a las células sanas, es por medio de las células infectadas que producen el virus VIH, este puede permanecer meses o años en estado latente, el paciente no se da cuenta de que lo padece, y es solo hasta que su sistema inmunológico está altamente deteriorado que llega a desarrollar la Linfadenopatía generalizada o el CRS, lo cual podríamos decir desemboca en SIDA franco.

En los principios de la enfermedad es posible controlar un poco las infecciones oportunistas pero el VIH, sigue contaminando a las células macrofagas y linfocitos que en lugar de acabar con el virión, sirven de anfitrión y en su caso de transporte de este, hasta llegar a una infección generalizada.

El portador asintomático del VIH, es siempre infeccioso a los demás, y no se sabe con exactitud que causa motiva que el virus una vez que ha infectado a varias células, a través de ellas mismas, salga abundantemente al exterior.

provocando la Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP), y el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), ambas combinadas con una serie de infecciones persistentes

Se piensa que cualquier agente capaz de activar el sistema inmunológico, como droga, microorganismos, agentes ambientales, etc. poseen el suficiente potencial de amplificar la infección o producir la enfermedad

El VIH presenta frecuentes mutaciones estructurales en sus genes, dentro de un mismo individuo, partículas del virus, pueden diferir en su estructura hasta en un 10% en un mismo individuo, y entre los virus de diferentes personas infectadas puede haber una variación estructural del mas del 30%. (56).

Por lo que en cada paciente, el virus se desarrolla de manera diferente, por lo que se ha podido elaborar una vacuna eficiente, ya que como se dijo el virus presenta variaciones importantes, aún dentro de el mismo individuo. Las mutaciones del virus explican la dificultad que tiene el sistema inmunológico para exterminar al VIH y resalta también el gran problema que existe para la preparación de una vacuna. Es necesario encontrar una envoltura del virus que no sea mutante

8) TRATAMIENTOS

Los más importantes inmunólogos, genetistas y terapeutas de todo el mundo están realizando estudios encaminados a obtener una vacuna efectiva y segura para prevenir la infección del VIH, pero debido a las importantes mutaciones estructurales del virus, esta tomará todavía algún tiempo.

El manejo clínico de los pacientes con infección por el virus VIH, está relacionado con la fisiopatología de la enfermedad, la afección de los linfocitos cooperadores por el VIH, llevará al individuo a un estado de inmunosupresión, que condiciona la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias. La infección por el virus ocasiona también directamente síntomas en el Sistema Nervioso Central, por lo tanto los tratamientos deberán de enfocarse a cubrir todos estos aspectos. (57).

Actualmente solo los enfermos que se diagnostican como SIDA y Complejo Relacionado al SIDA son sujetos de tratamiento ya que no hay posibilidades de aplicar ningún medicamento cuando la infección se encuentra en fase asintomática, esto se debe a que posiblemente en la mayoría de dichos pacientes aún no se desarrolla la actividad replicativa del virus o sea está latente o integrado a las células del organismo.

Se pueden desarrollar acciones terapéuticas o intentos terapéuticos bloqueando al virus antes de que se adhiera a los linfocitos en el receptor específico, modificando la superficie del virión; una segunda posibilidad sería intentar bloquear específicamente la fusión con el receptor. Es posible que se llegue a desarrollar un medicamento que impida la circulación del virus, o bloquee algunos de los genes que facilitan su actividad replicativa, inhibiendo la síntesis de proteínas. La mayoría de los tratamientos están orientados hacia la actividad transcripta, releva en este caso, cuando el virus está latente no hay oportunidad terapéutica. (58).

Las tendencias sobre tratamientos se han dirigido hacia el agente etiológico y/o hacia los defectos inmunes; otros ensayos terapéuticos se basan en la aplicación de anticuerpos neutralizantes que bloquean la envoltura del virus, afectando la unión virus - célula.

Uno de los problemas para el tratamiento es la carencia de una terapéutica, viral específica, ya que los medicamentos antivirales presentan efectos secundarios sobre las células no infectadas. Esto hace que su utilidad sea limitada, por lo que en la actualidad, se está en la búsqueda de mejores medicamentos o vacunas que pudieran controlar este padecimiento.

La investigación farmacológica está encaminada a experimentar con productos que impidan que el virus se repliegue o se adhiera a las células, sin embargo estos estudios son muy costosos y por otra parte no se tiene la certeza del tiempo en que se logrará fabricar medicamentos eficaces para el tratamiento adecuado.

En el caso de la vacunación es importante conocer el período a partir del cual se presenta la infección viral; además de estimular la producción de anticuerpos, contra las proteínas virales que intervienen en la adherencia a las células e inician en el interior de estas el proceso de replicación.

La Terapia Combinada parece ser el enfoque más eficaz al tratamiento de SIDA en el futuro, informaron los investigadores. Tal estrategia ayudaría a contrarrestar los efectos tóxicos de cualquier fármaco individual y ayudaría además a complementar los beneficios de cualquier fármaco individual. (59)

Los tratamientos con base en el calentamiento de la sangre, que recibieron considerable atención de los medios de comunicación, la terapia implica bombear la sangre de un paciente con SIDA, a través de una máquina cardiopulmonar y calentarla con una temperatura de 114 grados con lo cual se

(59) Curso de capacitación sobre vigilancia epidemiológica de VIH / SIDA. Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Fundación de Fajeta, México, Noviembre 1990, p. 8

al alza la temperatura del paciente a 108 grados durante un espacio de dos horas. (60).

Actualmente en la ESM del IPN, se trata de evaluar la respuesta inmunitaria asociada a intestino grueso en contra del virus, ya que en este existen gran cantidad de Linfocitos, macrofagos y anticuerpos. Esto es relevante dado que un alto porcentaje de los pacientes la via de transmisión es la inoculación de semen a través de la mucosa rectal, en donde existen cantidades importantes de linfocitos T, cuya función es atacar a los organismos patógenos (bacterias, virus), propios de la dieta. Se ha demostrado que las células epiteliales del colon son fácilmente infectadas por el VIH, la respuesta inmunitaria del intestino, al estar suprimida pone en desventaja al organismo en contra de ciertos agentes infecciosos y el virus del SIDA es uno de ellos.

Se ha comprobado que la principal vía de transmisión es la inoculación por semen de individuos infectados, donde el virus atraviesa las células de la mucosa rectal y finalmente alcanza la circulación para trasladarse al sistema nervioso central y configurar una infección generalizada. Por esta razón es importante realizar un mayor número de investigaciones relacionadas con la respuesta inmunitaria intestinal en contra del virus. (61).

(60) Loc. cit.

(61) Medicina y Cultura, op. cit. p.23.

C) INVESTIGACION EN MEXICO Y PERSPECTIVA DE VACUNACION

Organismos como CONASIDA que depende de la Secretaría de Salud, el IMSS y el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. En estos centros además de hacer análisis gratuitos para la población, se fomenta la prevención y detección del padecimiento, basándose en la educación sexual a través de cursos, folletos informativos y estructuración de programas preventivos. En estos centros los pacientes seropositivos reciben una serie de apoyos médicos y psicológicos, tanto a nivel personal como familiar, para su detección se utilizan pruebas como ELISA y WESTERN BOLT, mismas que utilizan los laboratorios tanto públicos como privados, actualmente existe entre ellos un intercambio de información y comparación de resultados:

Los seropositivos obtenidos por el método de ELISA, se confirman con la prueba Western Bolt, los pacientes que presentan LPG, Linfadenopatía Generalizada Persistente o CRS, Complejo Relacionado al SIDA, son canalizadas a las instituciones médicas del Sector Salud como:

- A) El Centro Médico la Raza
- B) El Instituto Nacional de Nutrición.
- C) El Hospital General

En donde las infecciones oportunistas y otras complicaciones asociadas al SIDA serán debidamente manejadas.

PERSPECTIVA DE VACINACION.

Cuando se disponga de una vacuna, muchos de los grupos de alto riesgo ya estarán infectados, es interesante considerar quienes deberán recibirla sin embargo hay mucho por prevenir que puede disminuir la diseminación del VIH, y reducir al mínimo sus efectos en quienes ya están infectados.

La gran mayoría de los casos de SIDA, son de transmisión sexual, por ende es esencial reducir el riesgo disminuyendo al mínimo el número de compañeros sexuales, en especial entre los homosexuales empleando métodos seguros para sexo, quizá sea más difícil lograr en la práctica intentar reducir las costumbres no seguras entre quienes utilizan drogas intravenosas, pero el sentido común exige que debe evitarse la mezcla de sangre.

Estas medidas no solo son importantes para reducir la exposición al retrovirus en quienes aún no están infectados, sino también para disminuir la exposición a otras infecciones que puedan actuar a los linfocitos T en sujetos infectados por VIH, estimulando la replicación del virus y dañando el sistema inmunológico hasta el punto de la inmunodeficiencia.

La aplicación de dichas vacunas en prostitutas u homosexuales masculinos, promiscuos todavía no ajustados

será objeto de controversia, disponibilidad económica y orden de prioridad si la vacuna no está disponible en cantidades suficientes y a precios accesibles.

La disponibilidad de vacunas no afectará la evolución de los pacientes enfermos y probablemente no influya en el curso clínico de los infectados asintomáticos, protegerá la salud del personal que atiende a enfermos y a hemofílicos o pacientes con necesidad de transfusiones.

La aplicación preventiva en individuos que han decidido iniciar la práctica de la relación homosexual, pudiera influir en el retardo de la aparición de dicha enfermedad

Como se desconoce el tiempo de permanencia de la inmunidad que puedan conferir tales vacunas, quedara una incógnita por resolver y estudios ulteriores respecto a la necesidad de volver a vacunar.

El VIH es un virus diploide (dos cadenas positivas de ARN) y una de sus proteínas la gp/120 tiene por lo menos 24 sitios posibles de glicosilación, lo anterior, da las bases para la gran variabilidad genética del VIH y explica las dificultades para encontrar el antígeno inmunogenético diferentes aislados de pacientes con SIDA. Se mantiene la espera por encontrar un antígeno común para todas las variante antigénicas y que pudiera servir como inmunogénico protector. (62).

(62) Guido Vander Grint, Vacuna contra el SIDA. Hitos y realidades, JGOT, Septiembre 1987, p. 20-27.

Las investigaciones en todo el mundo dirigidas a encontrar vacunas contra el SIDA, están dirigidas a probar la inmunogenicidad de antígenos proteicos de la envoltura viral. Otras líneas de investigación exploran el concepto de anti - antidiotipo como medio para lograr la producción de anticuerpos en la ausencia del antígeno. El hallazgo casual de que los anticuerpos contra la tunosina alfa - 1 neutraliza la infección de células en cultivo para el VIH, ha encaminado investigaciones para probar los efectos profilácticos de la tunosina alfa - 1 en modelos experimentales. (03)

Es factible considerar varios medios para la obtención de una vacuna contra el SIDA, de acuerdo con los métodos clásicos ya utilizados para los agentes infecciosos.

Se trata esencialmente de tres tipos de preparación de vacunas:

1.- La primera se compone de virus infecciosos recombinantes que corresponden a construcciones de virus quimera obtenidos por medio de una manipulación genética. Por ejemplo, es el caso del virus de la vacuna en la cual es posible insertar ciertos genes codificadores por las proteínas del VIH.

(03) Loc. cit.

2.- El segundo tipo de preparaciones, cuya posibilidades se considera, es lo que se conoce con el nombre de vacunas "subunidas". De hecho se trata de proteínas virales vacunantes, fabricadas mediante una genética o bien, químicamente sintetizadas.

3.- El tercer tipo de vacuna podría componerse del virus VIH, inactivado mediante diversos tratamientos químicos o físicos.

El perfeccionamiento de una vacuna contra el SIDA debe enfrentar cierto número de dificultades. Entre ellas, la variación genética que existe entre todos los aislados del virus VIH. (64).

(64) F. Farre, J.C. Chorman, W. Rozenbaum, El SIDA en preguntas, México, Edición, 1989, p. 147 - 148.

CAPITULO V.

AD LOS DELITOS DE PELIGRO Y DE DAÑO.

Doctrinalmente se han distinguido los delitos de daño de los delitos de peligro: pues mientras en los primeros se produce la destrucción o disminución del bien jurídico con la consiguiente lesión de interés, en los segundos el legislador ha tomado solo en cuenta, para estructurar el tipo, la probabilidad de que el bien jurídico puede resultar dañado como consecuencia de la conducta desplegada por el agente.

Para determinar la naturaleza del delito según el sentido de la tutela penal, se ha de llevar al examen de la descripción de la conducta hecha por el tipo legal, de manera que se tendrá como delito de daño aquel en el que la exigencia típica haga necesaria la destrucción o disminución del bien jurídico o del interés del titular en tanto se calificará de delito de peligro aquel en que la descripción típica simplemente considere a efectos de su constitución la amenaza de destrucción o disminución del bien jurídico. (65).

	A)DISPARO DE ARMA DE FUEGO (306-I)
EFFECTIVO	B)ATAQUE PELIGROSO. (306-II).
	C)PELIGRO DE CONTAGIO
	VENEREO. (190-BIS).
DELITOS DE PELIGRO	
	A)ABANDONO DE NIÑOS
	O ENFERMOS. (335-VII).
PRESUNTO	B)ABANDONO DE HOGAR. (337).
	C)COMISION DE SOCORRO Y ABANDONO DE
	ATROPELLADOS. (340-341).

(65) F. Pavón, G. Vargas, *Delitos de peligro para la vida*, México, Porrúa, 1981, p. 14.

Estos delitos de peligro, se escuadran correctamente en nuestro código vigente, junto a los delitos contra la vida y la integridad corporal. (Homicidio, Parricidio, aborto y lesiones).

En los delitos de peligro efectivo, la realidad del peligro debe presentarse y demostrarse en cada caso enjuiciado.

En los delitos de Peligro presunto, el peligro se considera en el supuesto de la conducta descrita en el tipo, sin que se admita en ningún caso prueba en contrario sobre su existencia.

La doctrina acepta sin objeciones la división en delitos de daño o lesión y delitos de peligro tomando como base, el grado de energía de la acción que provoca el deterioro del bien jurídico protegido.

Si el resultado produce la destrucción total o parcial del bien o de un derecho, estamos en presencia de un delito de daño; si solo alcanza la posibilidad de producirlo, nos hallamos ante un delito de peligro. En el primer caso se afecta directamente el interés tutelado, en el segundo, la acción se concreta al riesgo del deterioro. (66).

(66) David Baigun, Los delitos de peligro y la prueba del dolo, Buenos Aires, Depalma, 1967, p. 15.

El Sujeto Pasivo.

Frente al sujeto que lesiona los intereses sociales, siempre existe una persona, individual o colectiva, que resulta afectada por el perjuicio. Esta persona es el titular del concreto interés lesionado o sea, quien directamente resiente el menoscabo derivado de la conducta lesiva. "Sujeto Pasivo", es el titular del bien jurídico lesionado o puesto en peligro en el caso particular, una segunda característica consiste en la unidad o pluralidad de miembros integrantes del concepto.

El Sujeto Activo.

Es toda persona que concretiza el específico contenido semántico de cada uno de los elementos incluidos en el particular tipo típico. Únicamente puede ser sujeto activo la persona física, pues la persona moral carece de la posibilidad de concretizar los elementos de la conducta típica.

La teoría tradicional, sin embargo, señala cinco formas diferentes de intervención del sujeto en la comisión del delito: autoría material, coautoría, autoría mediata, autoría intelectual (instigación) y complicidad. (67).

(67) O. Islas, E. Ramírez, *Lógica del tipo en el derecho penal*, México, Jurídica Mexicana, 1970, p. 44-45.

B) LA ESTRUCTURA DEL PELIGRO DE CONTAGIO VENEREO.

A partir de la reforma realizada al código penal, el 26/Enero/1940, quedo adicionado el artículo 199 bis, que creó una figura típica a la que se le ha venido conociendo con el nombre "del peligro de contagio", dicho precepto textualmente expresa lo siguiente:

"El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión de hasta 3 años y multa hasta de 3 mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Cuando se trata de cónyuges solo podrá procederse por querrela de ofendido" (68). (De otra forma procede por oficio).

Este artículo estuvo en vigor casi 51 años, hasta que el 21 de enero de 1991, entra en vigor una nueva reforma al citado artículo 199 bis, modificandose de la siguiente forma:

"Artículo 199 - bis.- El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

(68) F.Pamán y G. Vargas op. cit. p. 153.

Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido"

La redacción del texto, revela que la intención del legislador fue la creación de un delito de peligro concreto o efectivo, en el que el contagio venéreo de constituirse caería dentro de la figura típica del delito de lesiones. (Art. 288 CP.DF.).

Ello da al delito "del peligro de contagio", el carácter de tentativa de lesión, puesto que su aplicación es independiente del contagio venéreo que como resultado pueda producirse.

Indudablemente que si el precepto tipificador, sanciona la conducta activa y conciente en las relaciones sexuales de quien se sabe enfermo de un mal venéreo y otra enfermedad grave en periodo infectante, poniendo en peligro la salud de otra persona, el bien jurídico tutelado no puede ser otro que el de la salud individual.

Es decir, si el sujeto activo al ejecutar la relación sexual, "no supiere", de su infección no se le sancionara con el peligro de contagio, ya que no es tentativa, de lesión, pero de llegar a producirse el contagio, se le sancionaría como una tentativa punible, ya que la aplicación

del peligro de contagio es independiente de la lesión que se produjera, es decir --> Surgira diversas hipótesis acerca del peligro de contagio.

HIPOTESIS ACERCA DEL PELIGRO DE CONTAGIO.

Fundamentalmente tenemos cinco hipótesis:

1) El sujeto activo, con previo conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo, este último no desarrolla la enfermedad venérea.

En este caso se sancionaría al sujeto activo por el peligro de contagio, 199-bis, ya que constituye una tentativa de lesión.

Para configurar la tentativa, (Art.12), es necesario que los medios empleados resulten idoneos para lograr el daño, así mismo no debe faltar el objeto sobre el que debe recaer la conducta delictuosa, es decir

Medios idoneos --> Es la relación sexual.

Objeto Material del delito --> La enfermedad venérea
(lesiones manifiestas
de la enfermedad).

"A falta de algún elemento se esta ante un delito imposible".

2) El sujeto activo con previo conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo y este si desarrolla la enfermedad venérea.

En este caso se sancionará con la norma de mayor entidad valorativa que sería la lesión, tomando en cuenta el grado de alteración a la salud que se le produjo al sujeto pasivo.

3) El sujeto activo sin conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo, y este último no desarrollara la enfermedad venérea.

En este caso nos encontraríamos ante un delito imposible, ya que sin previo conocimiento de la infección --> no constituye el peligro de contagio.

Sino desarrolla la enfermedad venérea --> por ende no constituye lesión.

4) El sujeto activo sin conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo, y este último si desarrolla la enfermedad.

En este supuesto, el sujeto activo al no tener conocimiento de su infección no se adecuaría al peligro de

contagio, pero debido a que este delito es autónomo e independiente de la lesión que se consumace, se le sancionaria la lesión que desarrollo el sujeto pasivo, adecuandolo como una tentativa punible.

Sin conocimiento --> no se sanciona el peligro de contagio.

Se desarrolla la enfermedad --> se sanciona el grado de lesión.

5) Ambos sujetos, tanto introductor como receptivo, tienen la infección, tengan o no la intención dolosa del contagio al ser portadores de la enfermedad ambos serian sujetos activos, y obviamente no podrian reinfectarse por la misma enfermedad, por lo que el propósito delictivo se anularia por ambos, ya que para configurar el delito se requiere de una victima o sujeto pasivo. En este caso estaríamos ante un delito imposible.

Venéreo.- (Del latin Venerous) adj. Perteneciente al deleite sensual o al acto carnal. Dicese del mal contagioso que se contrae por medio de relaciones sexuales.

C) TIFIFICACION DEL DELITO.

Poco tiempo después de que entro en vigor el código vigente de 1931, se pugno por la cración legislativa que sancionara las actividades sexuales de los enfermos venéreos, con total independendencia de la consumación del delito, es decir se argumentaba que con conocimiento de la existencia del mal se originara un delito intencional o culposo de lesiones, según se diera con el propósito de transmitir la enfermedad venérea o bien sin la intención y con la esperanza de no transmitirla o sin la prevención para causar ese daño, deberían sancionarse las actividades sexuales de los enfermos venéreos; creandose un delito de peligro autónomo e independiente de la lesiones que originara el contagio.

El texto original de 1940; se reforma hasta enero de 1991, con lo que se vuelve a confirmar la autonomia típica del peligro de contagio, cuya previsión legal cae en los articulos 12 y 288 del código penal vigente, refiriendose estos a la tentativa y lesiones, quedando claramente establecido el delito del Peligro de Contagio (199-bis), como una tentativa de lesiones.

El error de los autores a esta adición legal, consiste en creer factible la comisión imprudencial del contagio

condición, lo que provoca el propio conocimiento de la enfermedad por su autor, ya que con conocimiento hace dolosa la conducta típica. (10)

La tipicidad es uno de los elementos del delito cuya ausencia impide su configuración. En nuestra constitución, en el artículo 14 se establece en forma expresa: "En los juicios de orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía y aún por mayoría de razón, pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata"

Lo cual significa que no existe delito sin tipicidad.

Tipos: Es la expresión legislativa, la descripción que el estado hace de una conducta en los preceptos penales.

Tipicidad: Es la adecuación de una conducta concreta con la descripción legal formulada en la ley.

La tipicidad es el encuadramiento de una conducta con la descripción hecha en la ley, la del comportamiento con el imputado por el legislador. "En suma se la adecuación de un hecho a la hipótesis legislativa" (11)

(10) Francisco de Paula de la Cruz, Derecho Penal, México, F.C. México, Méx. 1994, p. 117
(11) Alfonso Reyes E. La Tipicidad, Colombia, Universidad Nacional de Colombia, 1998, p. 28

AUSENCIA DE TIPO Y TIPICIDAD.

Cuando no se integran todos los elementos descritos en el tipo legal, se presenta el aspecto negativo del delito llamado es la ausencia de la adecuación de la conducta al tipo. Si la conducta no es típica jamás podrá ser delictuosa.

Ausencia de Tipo.

Cuando el legislador, deliberada o inadvertidamente, no describe una conducta que, según el sentir general, debería ser incluida en el catálogo de los delitos.

Ejemplo; El Código penal veracruzano suprimio el tipo delictivo que figuraba en el ordenamiento anterior, integrando un adulterio en condiciones determinadas. (71).

Ausencia de Tipicidad.

Surge cuando existe el tipo, pero no se amolda a él la conducta dada.

Ejemplo; El estupro, copula con una mujer casta y honesta, obteniendo su consentimiento mediante el engaño, debe ser menor de 18 años para configurar el delito.

Entendemos por "Adecuación Típica", el proceso mediante el cual un concreto comportamiento humano encuadara dentro

(71) Fernando Castellanos, Lineamientos elementales de derecho penal, México, Porrúa, 1986, p. 171.

de un tipo penal determinado. Es esta una labor que el juez realiza cada vez que tiene conocimiento de una noticia criminal para ver si de ella debe ocuparse el ordenamiento jurídico penal.

El objeto de la interpretación de las normas penales no es otro que el de averiguar si una determinada conducta encaja o no dentro de un cierto tipo penal.

Este proceso de adecuación de la conducta al tipo puede realizarse de dos maneras diversas: o el concreto comportamiento humano encuadra directa e inmediatamente en uno de los tipos de la parte especial del código y entonces habrá una adecuación directa, o tal encuadramiento se produce a través de uno de los dispositivos legales amplificadores del tipo (Tentativa, complicidad), en cuyo caso la adecuación es indirecta. (72).

Ahora bien, si por enfermedad venérea, entendemos aquel mal contagioso que se contrae por medio de relaciones sexuales; tenemos que el SIDA es un mal contagioso ya que es causado por un virus que se transmite principalmente como cualquier enfermedad venérea, es decir por medio de relaciones sexuales; por tanto el SIDA es una enfermedad venérea; que se adecua perfectamente a la conducta descrita en el artículo 199-bis.

(72) A.Reyes, op. cit. p.251.

**D) LA CONDUCTA TIPICA Y LA CLASIFICACION
DEL CONTAGIO VENEREO.**

La relación sexual constituye la conducta típica del delito, en cuanto a la descripción del tipo, se requiere que el sujeto se encuentre enfermo de un mal venéreo y otra enfermedad grave en periodo infectante.

El artículo 199-bis precisa que la actividad voluntaria en la relación sexual sabiéndose poseedor de la enfermedad, pondría en peligro de contagio a la víctima. La ley emplea el término "relación sexual", en sentido amplio es decir, equiparable al de "acceso carnal", refiriéndose al acto sexual sin las limitaciones que su significado hace a otras figuras delictivas. En tal sentido, el acto sexual comprende la penetración del órgano genital, masculino o femenino por vía normal o anormal en persona de cualquier sexo, independiente de que se llegue o no a la eyaculación. (73).

La conducta típica es la relación sexual o acto carnal, constituyendo el medio por el que se pone en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo de la relación, por el autor del mal venéreo.

La acción es actividad voluntaria por ello se requiere que el coeficiente síquico de la voluntad se encuentre sin vicios ocultos, como podría ser el EDO, hipnótico, ya que

(73) F. Pavón y G. Vargas, op. cit. p. 156.

cuando una persona acepta el acceso carnal bajo el mandato del hipnotizador y estando enferma de algún mal venéreo, existirá la acción típica pero no la voluntad que necesariamente debe acompañarla para la realización del delito, ello desembocaría en un delito mayor para el que vicio la voluntad del sujeto pasivo, (hipnotizador sujeto activo) que sería equiparable a la violación artículo 266. "Se equipara a la violación y se sancionara con las mismas penas, la cópula con persona menor de 12 años o que por cualquier causa no este en posibilidades de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa".

Clasificación doctrinal del Peligro de Contagio:

Doctrinalmente el artículo 199-bis se clasifica en: (74)

- A) En orden a la conducta.*
- B) En orden al resultado.*
- C) En orden al sujeto.*
- D) En orden al tipo.*

En orden a la conducta.

Es un delito de acción, ya que el acceso carnal, solo puede verificarse mediante movimientos corporales. La omisión es inadmisibles, pues no puede existir relación sexual sin movimientos corporales, aún aunque se piense en la actitud pasiva de quien admita la penetración del organo sexual.

(74) Ibidem. p. 158.

En orden al resultado.

Es un delito de peligro, ya que no que se realice el contagio y por ende produzca la lesión o contagio venéreo. El delito se perfecciona cuando el agente por medio del contacto sexual, pone en peligro el bien jurídico tutelado que es la salud. Es un delito formal, ya que el tipo se integra a la conducta del agente.

En orden al Sujeto.

Es un delito personal, ya que solo la persona física en su integridad corporal puede sufrir el contagio.

El sujeto activo solo puede ser la persona infecciosa.

Por número de sujetos, solo puede ser Monosubjetivo, pues aunque la relación sexual, requiere de 2 sujetos, no puede darse en ambos el mismo propósito delictivo, pues si así fuera, se desecharía el delito por la voluntad dolosa de ambos.

En orden al Tipo.

La estructura del delito, revela que el único bien jurídico tutelado es la salud personal, pues el artículo exige que se ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, u otro medio transmisible.

Es un tipo autónomo, ya que su existencia no depende de ningún otro delito al cual se subordine.

Los sustentadores de la teoría de la representación no exigen que el resultado sea querido, basta que sea previsto; la que debe ser querida es la acción. Von Liszt, quizás el más conspicuo defensor de esta tendencia, define el dolo como la representación del resultado que acompaña a la manifestación de voluntad. De modo que el dolo comprende la previsión del acto voluntario y la del resultado. En los delitos de comisión, la representación de la casualidad del acto; en los de omisión, la de la no evitación del mismo. Existe, por tanto, dolo directo cuando el agente se ha propuesto el resultado, es decir, toda vez que su previsión fué el motivo del acto cuando, por el contrario, aquella no ha sido el motivo de su acto y el autor solo considera posible su efectucción, entonces se da el dolo eventual, siempre que no haya evitado la producción del resultado. Si el agente espera, confiado en su destreza, buena fortuna, etcetera, que el resultado no se producirá, no hay dolo. En suma, si el autor se forma una opinión afirmativa o no se forma ninguna acerca de su previsión, si bien ha previsto la posibilidad de esta, hay dolo eventual. (75).

(75) Francisco Finol, Peligro y Culpabilidad, Argentina, Universidad Nacional del ZULIA, 1958, p. III.

CAPITULO VI

AD LA CULPABILIDAD Y LA PUNIBILIDAD DEL CONTAGIO VENEREO.

LA CULPABILIDAD.

La figura solo admite la forma dolosa de culpabilidad, ya que el dolo requiere conocimiento del hecho y de su significado así como una voluntad para causar el resultado.

El delito del 199-bis, recoge un delito de mera actividad y sin resultado material, por lo que el conocimiento siquico del dolo se proyecta sobre la relación sexual, que pone en peligro la salud de otro, por ende exige la naturaleza dolosa del agente activo que con conocimiento de la enfermedad que padece y su estado infectante el caracter de delito doloso.

LA PUNIBILIDAD.

La penalidad del 199-bis, determina prisión hasta de 3 años y multa hasta de 40 días, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Si la enfermedad padecida fuera incurable. (SIDA, herpes genital), se aplicara prisión de seis meses a cinco años o sanción de trescientos a quinientos días multa o ambas a juicio del juez.

Por un lado la ley adopta por sancionar el contacto sexual, creador del peligro de contagio, con la consiguiente alteración a la salud que integra el delito de Lesiones cuando el contagio se produce, lo que nos da por resultado la sanción de la tentativa de Lesiones y por otro si se llegare a producir el daño; aunque la solución lógica del aparente concurso de delitos se manejaría a la aplicación de la norma de mayor entidad valorativa que en este caso sería la Lesión. (76).

Es decir, en teoría el contagio venéreo por VIH, está perfectamente tipificado como una tentativa de lesión, que de llegar a consumarse lo adecuaríamos al artículo 292 y 293 referente a lesiones que ponen en peligro la vida, esto lo analizaremos a fondo en la sección referente a tentativa, lesiones y la imposibilidad de la aplicación penal.

PUNIBILIDAD EN LA TENTATIVA.

El fundamento de la punición en la tentativa es el principio de efectiva violación de la norma penal, al poner en peligro intereses jurídicamente tutelados.

(76) Francisco Panón Vasconcelos, lecciones de derecho penal, México, Porrúa, p. 48.

La Tentativa se sanciona en forma menos enérgica que el delito consumado, ya que este último además de violar la norma penal, lesiona bienes protegidos por el derecho, mientras que la tentativa solo pone en peligro esos bienes. Si el sujeto desiste espontáneamente de su acción criminal no es punible la tentativa, por lo que a esta se refiere sin perjuicio de aplicar la pena que corresponda por actos u omisiones que constituyan delitos. (77).

"Todas las tentativas son punibles", excepto cuando el sujeto desista de la acción o impida la consumación del delito, no se impondrá ninguna pena; pero ello es independientemente de que se constituya o no algún delito.

El artículo 51 nos señala que la aplicación de la pena, es la que resulte de la elevación de mínimo y del máximo según corresponda a cada delito. Cuando se trate de prisión la pena nunca será menor de tres días.

El artículo 63 Código Penal de el Distrito Federal .- "A los responsables de tentativas punibles se les aplicara a juicio del juez y teniendo en consideración las prevenciones de los artículos 52 y 59, hasta las dos terceras partes de la sanción que se les debería imponer de haberse consumado el delito, salvo disposición en contrario".

(77) F. Castellanos, op. cit. p. 275

**B) LA QUERRELLA Y LA DENUNCIA EN
EL PELIGRO DE CONTAGIO.**

LA DENUNCIA.

El artículo 199-bis; es perseguible de oficio en forma ordinaria, previa denuncia, la autoridad esta obligada a actuar, por mandato legal, persiguiendo y castigando a los responsables, independientemente de la voluntad del ofendido, consecuentemente al ser perseguible de oficio no opera la voluntad del ofendido a la inversa de lo que ocurre en la querrela necesaria.

La mayor parte de los delitos se persiguen de oficio y solo un reducido número es por querrela; Aarón Hernandez López, en su obra de Derecho Procesal Penal, enumera los siguientes:

- 1) Rapto.
- 2) Estupro.
- 3) Adulterio.
- 4) Golpes o violencias físicas o simples.
- 5) Injurias.
- 6) Difamación.
- 7) Calumnias.
- 8) Abuso de confianza.
- 9) Abandono de cónyuge.

10) DAÑOS en propiedad ajena por imprudencias, o cuando sea con motivo de tránsito de vehículos, exepctuando los sistemas regulados por la Ley Federal de Vías de Comunicación.

11) En los términos de las reformas de enero de 1984, los delitos patrimoniales por robo, fraude, despojo de cosas, inmuebles, de aguas y daño en propiedad ajena, según lo dispuesto por el artículo 399 bis, sólo se perseguirán por querrela, cuando sean cometidos por familiares a lo que hace relación al mencionado precepto del Código Penal.

12) Lesiones leves y levísimas y aquellas que dejen en la cara del sujeto pasivo una cicatriz perpetuamente notable, con motivo del tránsito de vehículos.

13) Contagio entre cónyuges.

Delitos Federales: Contrabando y Evasión Fiscal. (78)

LA QUERELLA.

El artículo 199-bis precisa que cuando se trata de cónyuges concubinarios o concubinarias, solo podrá procederse por querrela del ofendido, de manera que solo es perseguible a instancia de parte y cesa toda acción penal con el perdón del ofendido.

(78) Aarón Hernández López, Manual de Procedimientos Penales, México, PAC, 1985, p.142.

La razón por la cual se mantiene la querrela se basa en la consideración de que en ocasiones, la persecución oficiosa acarrearía a la víctima mayores daños que la misma impunidad de delinciente.

La querrela subordina el ejercicio de la acción penal a la manifestación de la voluntad del particular ofendido, ya que en la virtud de la ofensa, la honestidad del conyuge inocente implicaría la acusación pública, originada en la denuncia de un extraño, con el consiguiente escandalo familiar. (79).

CAUSAS DE LA INIMPUTABILIDAD.

El artículo 15 del Código Penal del Distrito Federal en su fracción II, nos señala:

Padecer el inculpado, al cometer la infracción 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 esa incapacidad intencional o imprudencial.

"Son causas de inimputabilidad la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros de las

facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber; esto es, aquellas causas en las que, si bien el hecho es típico y antijurídico, no se encuentra el agente en condiciones de que se le pueda atribuir el acto que perpetró". (80).

Conforme a este criterio, enunciaremos la clasificación adecuada:

A) Falta de desarrollo mental.

- La minoría de edad se reconoce en los códigos como eximente; pero varía el plazo de exención, que en los más antiguos se fija en los diez años de edad; en otros - los más en los doce; en algunos figuran como límite los catorce y en los más adelantados en este punto, los dieciséis y hasta los dieciocho.

- Sordomudez.

B) Falta de salud mental.

C) Transtorno mental transitorio:

- Embriaguez (solo atenuante en algunos códigos).

- Fiebre y dolor.

El sexo y la vejez por si solos jamás pueden ser causas de inimputabilidad a lo sumo lo serán de atenuación de pena, pero no de responsabilidad penal. Si los trastornos de la mujer (menstruación, embarazo, menopausia), y la involución

(80) Luis Jiménez de Asúa, *La ley y el delito*. Buenos Aires. Hermes, 1954, p. 305.

de la senectud causan estados psicopáticos o psicóticos, éstos se aprecian como tales, pero no por ser mujer o anciano quienes lo padecen. (81).

C) TRATAMIENTO Y MANEJO DE INIMPUTABLES.

Si el sujeto activo estuviere en el caso de inimputable, la opción jurídica que toma el juez, es ordenar su traslado a un hospital adecuado para su tratamiento, como nos lo señala el art. 67 del Código Penal del Distrito Federal, referente al tratamiento de inimputables en internamiento o libertad.

En el caso de inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o libertad, previo el procedimiento correspondiente.

La imputabilidad tiene relevancia en la integración del propio delito en razón de que el juicio de reproche que determina la culpabilidad, solamente puede realizarse respecto de un sujeto imputable.

Dicho en otras palabras, si no hay imputabilidad tampoco puede haber culpabilidad y la ausencia de esta última provoca la inexistencia del delito.

(81) Ibidem. p. 365 - 366.

El concepto de la inimputabilidad contiene sustancialmente tres elementos; la capacidad de autodeterminación, la facultad de conocimiento de la antijuricidad de la conducta autodeterminada y el reconocimiento que la ley hace de que se tiene la capacidad como la facultad que se han mencionado.

El contenido verdadero de la inimputabilidad lo expresaremos diciendo que existe inimputabilidad cuando se realiza una conducta típica y antijurídica pero el sujeto carece de la capacidad para autodeterminarse conforme al sentido ò de la facultad de comprensión de la antijuricidad de su conducta, sea porque la ley le niega esa facultad de comprensión o porque al producirse el resultado típico era incapaz de autodeterminarse. (82).

D) ANTEPROYECTOS Y LEGISLACIONES DEL PELIGRO DE CONTAGIO.

"LEY GENERAL DE SALUD".

Art. 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles.

Fracc. XIII.- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

(82) Sergio Vela Treviño, Culpabilidad e Inculpabilidad, México, Trillas, 1973. p. 44 - 45.

Art. 136.- Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o en su defecto, a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifican:

Fracc. IV - En un plazo no mayor de 24 hrs., de los primeros casos individuales de las demás enfermedades transmisible que se presenten en un área no identificada.

Así mismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona.

Art. 137.- Las personas que ejerzan la medicina o que realizan actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.

Art. 139.- Las medidas que se requieran para la prevención y el control de la enfermedades que enumera el artículo 134, de esta ley, deberán ser observadas por los particulares. El ejercicio de esta acción comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

I.- La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles.

II.- El aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de germen de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas.

Art. 145.- La Secretaría de Salud, establecerá las normas técnicas para el control de las personas que se dediquen a trabajos o actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades transmitibles a que se refiere esta ley.

Art. 146.- Los laboratorios que manejen agentes patógenos estarán sujetos a control por parte de las autoridades sanitarias competentes, de conformidad con las normas técnicas que expida la Secretaría de Salud, en lo relativo a las precauciones higiénicas que deban observar, para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles al hombre. Cuando esto represente peligro para la salud animal, se oír la opinión de las autoridades competentes en la materia.

Art. 149.- Sólo con autorización de la Secretaría de Salud se permitirá la internación en el territorio nacional de personas que padezcan enfermedades infecciosas en periodo de transmisibilidad, que sean portadoras de agentes infecciosos o se sospechen que estén en periodo de incubación por provenir de lugares infectados.

Art. 150.- Las autoridades sanitarias señalan el tipo de enfermos o portadoras de germen que podrán ser excluidos de los sitios de reunión, tales como hoteles, restaurantes, fábricas, talleres, cárceles, oficinas, escuelas, dormitorios, habitaciones colectivas, centros de espectáculos y deportivos.

Art. 151.- El aislamiento de las personas que padezcan enfermedades transmisibles, se llevará a cabo en sitios adecuados, a juicio de la autoridad sanitaria.

Art. 152.- Las autoridades sanitarias podrán ordenar, por causas de epidemia, la clausura temporal de los locales o centros de reunión de cualquier índole.

Art. 330.- La extracción y conservación de la sangre y su administración de un ser humano a otro, así como el fraccionamiento de aquella en sus diferentes componentes, estará a cargo de bancos de sangre y servicios de

transfusión, que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables y previa autorización de la Secretaría de Salud. La sangre será considerada como tejido.

Art. 332.- La sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

Art. 333.- Los órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y homoderivados no podrá internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud.

Los permisos para que la sangre y homoderivados puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechos las necesidades de ellos en el país, salvo casos de emergencia.

Los homoderivados sólo podrán exportarse con autorización previa de dicha Secretaría, la que será concedida tomando en cuenta las necesidades de ellos en el país.

Art. 339.- Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse entre las doce y cuarenta y ocho horas

siguientes de la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público o de la autoridad judicial.

Art. 354.- Compete a la Secretaría de Salud adoptar las medidas que procedan para la vigilancia sanitaria de personas, animales, objetos o substancias que ingresen al territorio nacional y que a su juicio, constituyen un riesgo para la salud de la población, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

Art. 357.- La Secretaría de Salud podrá restringir la salida de todo tipo de vehículos, personas, animales, objetos o substancias que representen un riesgo para la salud de la población del lugar de su destino, de acuerdo con lo previsto en las disposiciones que regulen los servicios de sanidad internacional.

Art. 359.- La Secretaría de Salud, notificará a la Organización Mundial de la Salud de todas las medidas que haya adoptado, de modo temporal o permanente, en materia de sanidad internacional. Así mismo informará a esta misma organización y con la oportunidad debida, sobre cualquier caso que sea de interés en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades que se citan en el Reglamento Sanitario Internacional, las que puedan originar epidemias o cualquiera otras que considere de importancia notificar.

Art. 404.- Son medidas de seguridad sanitaria las siguientes:

Fracc. I. El aislamiento.

Fracc. XIII. Las demds de indole sanitaria que determinen las autoridades sanitarias competentes, que puedan evitar, que se causen o continuen causando riesgos o daños a la salud.

Son de inmediata ejecución las medidas de seguridad señaladas en el presente artículo.

Art. 405.- Se entiende por aislamiento la separación de personas infectadas durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio.

El aislamiento se ordenará por escrito y por la autoridad sanitaria competente, previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de la infección.

En la LEY GENERAL DE SALUD, podemos observar una amplia gama de medidas de seguridad, para evitar la propagación de la infección por VIH, así como de otras enfermedades, infectocontagiosas de carácter epidemiológico,

por un lado observamos la regulación y medios de prevención y por otro observamos una serie de sanciones, penas y medidas de seguridad, con las que se pueden hacer acreedoras las personas encargadas de la prevención y control de las enfermedades transmisibles; mas si bien es cierto, estas sanciones, no son contempladas para el sujeto infectocontagioso que con o sin previo conocimiento de su enfermedad, la propague, ya que de ser así, sería teóricamente sancionado por el peligro de contagio, regulado por nuestro código penal en el art. 199-bis.

A continuación señalaremos los aspectos más sobresalientes de cada artículo y le daremos su aplicación al caso concreto del VIH, posteriormente señalaremos su sanción administrativa o penal, según sea el caso.

Artículos:

Artículo 134.- Prevención y Control del VIH por la Secretaría de Salud y los estados en su ámbito de competencia.

Artículo 136.- La obligatoria notificación del VIH a la autoridad sanitaria.

Artículo 137.- Sea esta por médicos o laboratorios.

- Artículo 139.- O por las particulares cuando se detecte su presencia o se sospeche de aquel, así como el aislamiento del paciente.
- Artículo 145.- El establecimiento de normas para el control de las personas que se dediquen a trabajos o actividades por medio de las cuales se pueda propagar la enfermedad.
- Artículo 146.- Los laboratorios que manejen el virus estarán sujetos a control de las autoridades sanitarias.
- Artículo 149.- Sólo con autorización de la Secretaría de Salud, se permitirá la entrada de personas que padezcan el VIH.
- Artículo 150.- Las autoridades sanitarias podrán señalar al tipo de enfermos que podrán ser excluidos de los centros de reunión.
- Artículo 151.- El aislamiento de las personas infectadas se llevará a cabo en los sitios adecuados y a juicio de la Secretaría de Salud.

Artículo 152.- Las autoridades sanitarias podrán ordenar por causas de epidemia la clausura temporal de locales o centros de reunión de cualquier índole.

Artículo 330.- La extracción, conservación y administración de la sangre, solo estará a cargo de bancos de sangre.

Artículo 332.- La sangre humana solo podrá obtenerse por voluntarios que la proporcionen gratuitamente, y en ningún caso será objeto de comercio. Con esto se elimina a los bancos de sangre particulares, donde se comerciaba con el plasma.

Artículo 333.- La sangre y homoderivados no podrán internarse o salir del país sin permiso previo de la Secretaría de Salud.

Artículo 339.- Los cadáveres contaminados por el VIH, deberán incinerarse inmediatamente salvo autorización específica de la autoridad sanitaria.

Artículo 354.- Compete a la Secretaría de Salud, las medidas de vigilancia sanitaria de personas infectadas que ingresen al país.

Artículo 357.- La Secretaría de Salud podrá restringir la salida de personas con el VIH, que representen un riesgo para la salud de la población del lugar del destino.

Artículo 359.- La Secretaría de Salud, notificará a la Organización Mundial de la Salud, de las medidas adoptadas en materia de sanidad internacional.

Artículo 405.- Referente al aislamiento de personas infectadas durante el periodo de transmisibilidad para evitar el peligro de contagio.

Todas estas son medidas que nuestra legislación contempla, para evitar el peligro de contagio y la diseminación del virus, que en un momento dado, si la situación lo exige, serían aplicables al caso concreto.

SANCIONES.

Dentro de las sanciones que podemos observar para una posible aplicación al caso de la infección por VIH, encontramos los siguientes artículos de la ley General de Salud.

Artículo 419.- Se sancionará con multa equivalente hasta de 20 veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación a las disposiciones contenidas en los artículos 137, 139, y 339.

(55, 56, 83, 103, 107, 137, 138, 139, 161, 202, 259, 260, 263, 334, 336, 339, 350, 372, 374, 390, 391, 392).

Artículo 137.- Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico a sospecha diagnóstica.

Podríamos referir a los médicos, que están obligados a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de la infección por VIH, de no hacerlo serían sancionados hasta con 20 días de salario mínimo general.

Artículo 139.- Las medidas que se requieran para el control y prevención de las enfermedades transmisibles que enumera el artículo 134 de esta ley (comprende al VIH), deberán ser observadas por los particulares. El ejercicio

de esta acción comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate. (En el caso de infección por VIH, comprende las dos primeras fracciones.

I.) La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles.

II.) El aislamiento por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas.

La ley contempla en un momento dado que las medidas de prevención y control de la infección por VIH deben ser observados por los particulares, en la fracc. I; nos señala la obligatoria confirmación del virus por medios clínicos, y la fracc. II, nos describe el aislamiento obligatorio del paciente, en la práctica este es llevado por los centros del sector salud.

Art 339.- Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse entre las 12 y 48 horas, siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público o de la autoridad judicial.

Actualmente se recomienda la incineración de cadáveres infectados por VIH, así mismo se trata de evitar su manejo común por ser fuente de infección, la incineración y manejo del cuerpo, corresponde a la Secretaría de Salubridad.

Así tenemos que en el caso específico de la infección por VIH, la ley contempla sanciones hasta por 20 días de salario, la violación a las disposiciones contenidas en los artículos 137, 139, 339.

Artículo 420.- Se sancionara con multa equivalente de diez hasta cien veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica en que se trate, la violación a las disposiciones contenidas en los artículos 149 y 330 (La ley además contempla al 75.º 121, 127, 142, 147, 149, 153, 157, 200, 204, 205, 233, 241, 258, 265, 267, 280, 287, 304, 306, 307, 308, 319, 329, 330, 340, 342, 343, 344, 345, 346, 373, 375, 376, 400, 411 y 413 de esta ley).

Art. 149.- Sólo con autorización de la Secretaría de Salud se permitirá la internación en el territorio nacional de personas que padezcan enfermedades infecciosas en periodo de transmisibilidad, que sean portadoras de agentes infecciosos o se sospeche que estén en periodo de incubación por provenir de lugares infectados.

Este artículo prevé un permiso de la Secretaría de Salubridad, para la internación de personas que sean portadoras de agentes infecciosos, en este caso incluiremos a los pacientes contaminados por VIH, o se sospechen que estén en período de incubación por provenir de lugares infectados, ello implicaría una serie de actos administrativos y hasta de carácter diplomático, ya que obviamente para detectar al virus o alguna de las enfermedades que lo acompañan se requiere de pruebas de laboratorio, por lo que sería necesario una certificación de laboratorio, antes del internamiento de extranjeros al país, ya que por varias razones económico - administrativas no se podrían hacer en el momento del ingreso.

Si contemplamos lo que nos señala el último párrafo del artículo 149, "que sean portadores de agentes infecciosos o se sospeche que estén en períodos de incubación por provenir de lugares infectados".

Nos damos cuenta que esto en el caso del VIH, es inaplicable ya que el país con el que más tenemos relaciones comerciales es Estados Unidos de América, que es el más infectado del mundo y por razones obvias no se puede anteponer una barrera para el intercambio comercial y

turístico al generalizar las enfermedades infecciosas, el Art. 134, fracc. XIII, incluye al VIH, ya que las palabras sospecho por provenir de lugares infectados, incluire a todo estadounidense y africano principalmente, que desearan ingresar al país. La multa de diez a cien veces el SMGV, se inpondria a la persona fisica o autoridad que introdujera ilicitamente a la persona infectada.

Art. 330.- La extracción y conservación de la sangre y su administración de un ser humano a otro, así como el fraccionamiento de aquella en sus diferentes componentes, estarán a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que se instalaran y funcionaran de acuerdo con las disposiciones aplicables y previa autorización de la Secretaria de Salud. La sangre será considerada como tejido. (multa de diez a cien veces el SMGV)."

La sanción es aplicable tanto a personas físicas o morales que extraigan, conserven, administen, fraccionen sangre o sus diferentes componentes sin previa autorización de la Secretaria de Salud, esta multa administrativa es independientemente de llegar a consumr un delito por la violación de estos articulo 459, 460, 462.

Art. 421.- Se sancionara con multa de cincuenta a quinientas veces el salario minimo general vigente en la

zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 146, 332, 333, (100, 101, 122, 125, 126, 146, 193, 210, 212, 213, 218, 220, 230, 232, 235, 237, 238, 240, 242, 243, 247, 248, 249, 251, 252, 254, 255, 256, 264, 266, 276, 281, 289, 293, 296, 297, 298, 318, 321, 322, 323, 324, 325, 332, 333, 338, 365 y 367).

El artículo 146, hace referencia a que los laboratorios que manejen agentes patógenos, estarán sujetos a control de la autoridad sanitaria competente, y se les sancionara aquellas que no cumplan con las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Salud, para evitar la propagación de la enfermedad.

El artículo 332, nos señala que la sangre sólo puede ser obtenida de voluntarios en forma gratuita y en ningún caso estara sujeta a comercio, la sanción se aplicara a aquellos individuos que la vendan como donadores, que la revendan o que la cambien dentro del territorio nacional.

El artículo 333, nos señala que la sangre y homoderivados no podrán internarse o salir del territorio nacional, sin previo permiso de la Secretaría de Salud, este permiso se concedera siempre y cuando esten satisfechas

las necesidades nacionales. Esto implica que para la internación de sangre se requiere una serie de requisitos técnicos, de laboratorio, además del permiso correspondiente, para que la sangre que ingrese al país en un momento determinado este libre de infecciones, y la exportación de esta hacia el extranjero, una vez cubierto el consumo nacional y salvo casos de emergencia.

DELITOS.

Art.455.- Al que sin autorización de las autoridades sanitarias competentes o contraviniendo los términos en que ésta haya sido concedida, importe, posea, aisle, cultive, transporte, almacene o en general realice actos con agentes patógenos o sus vectores, cuando estos sean de alta peligrosidad para la salud de las personas, de acuerdo con las normas técnicas emitidas por la Secretaría de Salud, se le aplicara de 1 a 8 años de prisión y multa equivalente de 100 a 2000 días de SMGV en la zona económica de que se trate. (Este art. se relaciona con el 146, es decir, de 50 a 500 veces el SMGV de la multa ADM, mas si llegare a constituir delito).

Norma técnica No. 23 para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles (D.O., 7. VII. 86).

Norma técnica No. 26 para la organización, operación y evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (D.O. 7. VII, 86).

Norma técnica No. 31, para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual (D.O. 7. VII, 86).

Art. 459.- Al que por cualquier medio pretenda sacar o saque del territorio nacional sangre humana, sin permiso de la Secretaría de Salud, se le impondrá prisión de 1 a 10 años de prisión y multa de 100 a 500 días de SMGV, en la Zona económica de que se trate.

Si el responsable es un profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, a la pena anterior se añadirá suspensión en el ejercicio de su profesión u oficio hasta por cuatro años.

A este artículo se suma la multa del 333, de 50 - 500 veces el salario mínimo general vigente.

Art. 461.- Se impondrá de 2 a 6 años de prisión y multa de 20 a 150 de SMGV de la zona económica de que se trate.

Fracc. II.- Al que comercie con órganos, tejidos incluyendo la sangre humana.

A este artículo se suma la multa del artículo 332, de 50 - 500 veces el SMGV de la zona económica de que se trate.

BREVES EJEMPLOS DE CODIGOS PENALES VIGENTES:

Código Penal del Distrito Federal.

"Art. 199-bis. El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, medio de relaciones sexuales, y otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

Cuando se trate de conyugues, concubenarios o concubinas, solo podrá procederse por querrela del ofendido".

Reforma del 21 de Enero de 1991 del Diario Oficial.

Artículo 200.- Se aplicará prisión de seis meses a cinco años o sanción de trescientos a quinientos días de multa o ambas a juicio del juez.

Código Penal del Estado de México.

Art. 216.- Se impondrá de 3 días a 3 años de prisión y multa hasta de 3-150 días, al que sabiendo que padece un

mal venéreo o cualquier otra enfermedad grave, en periodo infectante, ponga en peligro la salud de otro, mediante relaciones sexuales.

Solo se procedera por querrela del ofendido.

Código Penal del Estado de Guanajuato.

Art. 285.- El que sabiendo que padece cualquier enfermedad grave y en periodo infectante ponga en peligro de contagio a otro, será sancionado con prisión de 3 días a 2 años y multa de 100 a 2000 pesos.

Entre cónyuges y concubinas, sólo se procederá por querrela del ofendido.

" Como ejemplos de relación más notables entre estos códigos notamos :"

A) El previo conocimiento de infección grave:

- | | |
|----------------|--|
| D.F. | - Un mal venéreo. |
| Edo. de México | - Mal venéreo o cualquier otra enfermedad grave. |
| Guanajuato. | - Cualquier enfermedad grave. |

Como podemos observar, ahora con la nueva reforma realizada al ya antiguo artículo 199 - bis, se adicionan preceptos más completos en cuanto al peligro de contagio, ya que contemplan como nuevos puntos:

A) "Cualquier enfermedad grave"

B) Poner en Peligro de contagio por "cualquier medio transmisible".

C) Se aumentan las sanciones.

Como sabemos existen además de las relaciones sexuales, otros medios para poner en peligro de contagio a otras personas, como son entre otros, las agujas hipodérmicas, transfusiones sanguíneas, el intercambio de saliva, que si bien además del posible contagio venéreo, se exponía a la víctima, a enfermedades como la hepatitis, tifoidea, cólera, sarampión, etc., que al no ser venéreas no eran contempladas por el antiguo artículo.

En cuanto a relaciones sexuales entendemos a estas en sentido amplio salud del paciente del delito y en sentido estricto comprendiera 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.

Si por enfermedad venérea entendemos aquel mal contagioso que se contrae por medio de relaciones sexuales, enfermedades transmitibles por medio de estas relaciones, serían venéreas, pero la medicina no contempla al herpes simplex o la hepatitis B, como enfermedades venéreas, sin

embargo estas si pueden contagiarse por medio de relaciones sexuales. Sin embargo ahora, con la reforma legal, puede decirse que ya quedan contempladas al citar el nuevo artículo "Cualquier enfermedad grave".

B) Los tres Códigos coinciden en que deben ser:

Un mal venéreo o cualquier otra enfermedad grave, en periodo infectante.

Ante la ausencia de la enfermedad en periodo infectante, estaríamos ante un delito imposible, ya que al no existir un peligro latente para la salud no se configuraría el delito.

- Por medio de relaciones sexuales, es adecuado a los tres códigos citados, ya que resulta un medio idóneo para poner en peligro de contagio al sujeto pasivo.

C) Sanción en el Código Penal del Distrito Federal, fija la pena de:

D.F. - 3 días a 3 años de prisión y hasta 40 días SNGV.

- Si la enfermedad padecida fuere incurable, se aplicara prisión de 6 meses a 5 años o sanción de 300 a 500 días de SNGV o ambas a juicio del juez.

En el Código Penal del Estado de México - Prisión de 3 días - 3 años y multa de 3-150 días.

En el Código Penal del Estado de Guanajuato - Prisión de 3 días-2 años y multa 100-2000 pesos.

El art. 381, del Código Penal Colombiano, nos señala:

"Lesiones por contaminación venérea". - El hecho ilícito consiste, al tenor de este artículo, en tener acceso carnal con otra persona hallandose el agente atacado de una enfermedad venérea y con conocimiento de esta circunstancia.

Se trata en este caso de un delito de peligro. No se requiere para su perfeccionamiento que se produzca efectivamente el contagio de la enfermedad; basta con la cohabitación con otra persona, a sabiendas de que se sufre enfermedad de tal índole, cualesquiera que sean las consecuencias de este acto.

Para la configuración de la infracción reprimida es indispensable que el sujeto exponga a otra persona al contagio venéreo mediante la conjunción carnal, es decir, que tenga conciencia de su enfermedad y asuma el riesgo de contagiar al copartícipe de la unión sexual, lo que equivale a un obrar con dolo eventual.

Consideramos que si quién padece la enfermedad venérea procede con la intención determinada y directa de causar

mediante el contagio un daño en la salud de otro, para satisfacer una venganza supongamos, y con este fin obtiene el acceso carnal logrando su cometido, se debe afirmar un delito simple de lesiones corporales. Lo difícil en tal caso será demostrar el dolo específico de contagiar a la persona.

La infracción de que se trata no se puede investigar oficiosamente. "En este caso - dice el inciso segundo del artículo 381 - solo podrá procederse a petición de la parte ofendida". (83).

Ahora bien pasaremos a lo que nos señala el Código Civil, para el D.F., y lo que adecuaremos al caso concreto del SIDA, como causal de divorcio:

- Código Civil D.F. Art. 267 y 277.

267.- Son causas de divorcio:

Fracc. VI. Padecer sífilis, tuberculosis o cualquier otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio.

(83) Luis E. Mesa V., *Delitos contra la vida y la Integridad Personal*, Bogotá, Externado de Colombia, 1976, p.76 y 77.

Como se observa la infección por el VIH, se adecua perfectamente como una causa directa de divorcio ya que reúne los requisitos necesarios de este artículo.

A) El VIH, es una enfermedad Crónica incurable.

Crónica.- porque el individuo siempre es contagioso, aunque este en estado latente la infección o solo desarrolle alguna fase de la enfermedad como la linfonodopatía o el complejo relacionado al SIDA.

Incurable.- Porque no existe vacuna para prevenir, ni tratamiento clínico para curar.

B) Es además Contagiosa para el cónyuge o hereditaria para el feto producto de la concepción.

C) Por si fuera poco, sobreviene la impotencia al desarrollar SIDA franco.

Fracc. VII.- Padecer enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente.

Como sabemos entre las complicaciones que surgen con la infección del virus, es la Encefalopatía del SIDA, que consiste en demencia y cambios de personalidad que afecta aproximadamente al 40% de los pacientes.

La enajenación mental es incurable ya que afecta el sistema nervioso central, en un alto porcentaje de individuos que desarrollan la infección.

Art. 277.- El cónyuge que no quiera pedir el divorcio fundado en las causas enumeradas en las fracciones VI y VII, del artículo 267, podrá sin embargo, solicitar que se suspenda su obligación de cohabitar con el otro cónyuge, y el juez, con conocimiento de causa, podrá decretar esa suspensión, quedando subsistentes las demás obligaciones creadas por el matrimonio.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA
DE FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN
MATERIA DE FUERO FEDERAL.

2a. REFORMA.

EXPOSICION DE MOTIVOS.

28 DE SEPTIEMBRE DE 1937.

1.-) El 25 de Septiembre de 1937, el entonces presidente Lázaro Cárdenas, por medio del Secretario de Gobernación, Silvestre Guerrero, remite al Congreso de la Unión, una iniciativa de Ley, solicitando sea reformado, el Código Penal, en lo que se refiere a delitos contra la Salud.

El mismo Secretario, en la exposición de motivos, nos señala: "el deber del estado, de proteger la salud de las personas sanas e impedir sean contaminadas por los enfermos peligrosos". Por medio de la expedición de normas que impongan la obligación de considerar como delito, el hecho de que las personas enfermas de ciertos padecimientos contagiosos, expongan a otros al "peligro de" contraer los mismos males.

El Contagio una vez producido se comprenderia en la definición de Lesiones que contiene el Código Penal.

El hecho de que una persona enferma, exponga a otro al contagio de la enfermedad, hasta antes de esta iniciativa de

ley había carecido de sanción; no obstante la trascendencia del daño que puede ocasionar y la trascendencia morbosa del agente transmisor.

"Los contactos sexuales son unas de las formas de contagio que mayores perjuicios acarrea a la colectividad", tanto por los graves efectos que ocasionan a los individuos, como su funesta influencia a las generaciones futuras.

- Si bien, esa forma de contagio, ha sido objeto de atención por parte de las autoridades, que para prevenir las contaminaciones por ese medio, crearon el reglamento a la prostitución, vigente desde 1872, hasta antes de la creación del 199 - bis, según las estadísticas y experiencias que se obtuvieron hasta 1937, demostró que no solo era ineficiente, sino hasta contraproducente, este reglamento se derrogo hasta diciembre de 1939, es decir tuvo vigencia 67 años.

"Esta reglamentación implicaba la tolerancia del estado para el Lenocinio y el proxenetismo". Lo que contribuía a la formación de nuevos antros de vicio, que solo sirven para añadir nuevos alicientes a la prostitución, Alcoholismo, y Mal vivencia. Contribuyendo así al fomento y propagación de dichos males cuyo único fin es degradar la moral y sano juicio de quienes ahí acuden.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA
DE FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN
MATERIA DE FUERO FEDERAL.

2a. REFORMA.

DICTAMEN.

27 DE ABRIL DE 1938.

2.-) El 27 de Abril de 1938, el Secretario de Gobernación, Silvestre Guerrero, explica ante la Cámara de Diputados, el estudio y dictamen que realizaron las comisiones unidas de justicia y salubridad, en análisis al motivo que impulso a Lázaro Cárdenas, proponer las reformas que implican la abolición absoluta a la reglamentación de la prostitución.

Desde 3 puntos de vista las comisiones enfocaron el estudio de la iniciativa.

- 1) Con relación a la salud colectiva.
- 2) Desde el punto de vista ético.
- 3) Desde el punto de vista de los resultados prácticos.

De acuerdo con el Departamento de Salubridad, existían en 1938, registradas 8.000 prostitutas, en el D.F., las cuales deberían pasar registro una vez a la semana o sea 52 veces al año, pero resulta que de todas ni una sola cumplió con tal disposición.

Por otra parte, de las 3,000 individuos que se curaron en salubridad, alrededor de la mitad informaron que se habían contaminado con mujeres con libreto y la otra mitad con prostitutas sin libreto, lo que quiere decir que tan enfermas están las registradas como las que no pasan el registro.

Además se tiene el dato que todas las mujeres registradas que aparentemente están sanas, mediante una sencilla prueba de laboratorio se demuestra que están enfermas:

"Por lo anterior se ve que la salud colectiva, nada gana con la reglamentación a la prostitución"

Desde el punto de vista ético, el Estado, se coloca en un papel muy difícil, al tener que dar trámite a solicitudes de casos de citas, burdeles y demás antros de vicio que se convierten en una oportunidad para mujeres jóvenes en iniciarse en la perdición y mal vivencia.

Desde el punto de vista práctico, sería menos que imposible, obligar a todas las prostitutas a pasar su registro, además que de lograrse esto, todas estarían en los hospitales curándose, y se llegaría al caso de que tal número no se podría atender materialmente. Por otra parte

los hombres que las enfermaron estarían fuera de control, y las que fueran sanando volverían a enfermarse, y de ahí se volvería un círculo vicioso.

3.-> La reforma contenida en el artículo 199 - bis 1, referente al castigo que se impone a las personas que ponen en peligro de contagio, la salud de otras, está perfectamente justificado ya que hasta antes de que entrara en vigencia este artículo tales hechos carecía de sanción y como en sí, tales hechos constituyen un delito, nada más justo que así quede instituido en el Código Penal, en beneficio de las personas sanas.

Capítulo II.

"De los delitos de peligro de contagio e incitación a la prostitución."

Art.199-bis 1. 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 cópula, amamante o de cualquier manera directa ponga en peligro de contagio la salud de otro, será sancionado con prisión hasta de seis años y multa hasta de diez mil pesos.

Se presumirá el conocimiento de la dolencia, cuando el paciente presente lesiones o manifestaciones externas de enfermedad fácilmente perceptibles.

Artículo 199 - bis 2. Se impondrá prisión hasta de seis años y multa hasta de diez mil pesos.

I. Al que utilice medios directos de propagación de enfermedades.

II. Al que utilice medios directos de propagación de una epizootia, una plaga o parásitos o gérmenes nocivos para los cultivos agrícolas o forestales.

- Al respecto, el diputado Velarde Adán pide la palabra para hacer la siguiente aclaración (textual).

"El que sabiendo que esta enfermo de sífilis o de un mal venéreo", y en seguida se estipulan las penas que se les dan dentro de un margen más o menos grande.

Yo quiero hacer esta aclaración en este sentido:

Que en muchas ocasiones el padecer una enfermedad venérea, aún de buena fe se puede ignorar. De manera que yo encuentro el artículo un poco confuso en cuanto a esto se refiere. Por ejemplo se presenta el caso muy común de las mujeres blenorragicas en que la vaginitis gonocóicas casi siempre son desconocidas por ellas, porque no traen, ningun sintoma doloroso.

- Esto es lo único que quiero poner a la consideración de los compañeros.

- Esta a discusión. No habiendo quien haga uso de la palabra, se reserva para su votación.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA
DE FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN
MATERIA DE FUERO FEDERAL.

2a REFORMA.

MINUTA.

29 DE DICIEMBRE DE 1939.

4.-) El viernes 29 de Diciembre de 1939, el Secretario de Gobernación Silvestre Guerrero, devuelve el expediente del decreto aprobado por la Cámara de Senadores a la Cámara de Diputados, reunidos en el Congreso de la Unión, para someterlo a su consideración.

- El C. Secretario Velarde Adán: Por unanimidad de votos fue aprobado el proyecto de decreto en lo general.

Está a discusión en lo particular.

Artículo 1o. se reforma el título 7o. del libro II del Código Penal en los siguientes términos:

"El título llevará por rubro "Delitos contra la salud", y los artículos que actualmente contiene dicho título formarán el Capítulo II, que se denominará."

"De la tenencia y tráfico de enervantes" se agrega al Capítulo II que se denominará "Del peligro de contagio", con el siguiente artículo:

Artículo 199 - bis 1. El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de 3 años y multa hasta de 3,000 pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

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

Esta a discusión. Sin ella, se reserva para su votación.

- El C. Secretario Velarde Adán: Por unanimidad de los votos fue aprobado el proyecto de decreto. Pasa al ejecutivo para efectos de ley.

5.-) De esta forma, es como el 29 de diciembre de 1939, queda aprobado el decreto presidencial, donde se pugna por la creación de un nuevo delito, denominado " del peligro de contagio".

Como vemos la intención del legislador, fue la creación de un delito, en el cual se sancionara las actividades sexuales de los enfermos venéreos, con tal independencia del contagio que pudiera producirse, es decir, sería un delito doloso (el que sabiendo esta enfermo) de carácter autónomo, independiente de la lesión, que como resultado del contagio se produzca y de peligro concreto (enfermedad venérea).

Al eliminar el legislador, el último párrafo del artículo 199 - bis 1.

"Se presumirá el conocimiento de la dolencia, cuando el paciente presente lesiones o manifestaciones externas de enfermedad fácilmente perceptibles."

Ello le da el carácter de plena autonomía al delito, ya que si bien ahora se requiere solo el previo conocimiento de la enfermedad para ser sancionado, independientemente de la lesión que se produzca al transmitirlo, no se requiere de manifestaciones externas de la infección para ser sancionado, es decir que si el sujeto activo procediese de buena fe en su relación sexual y no supiera de su enfermedad por falta de manifestaciones externas y no contagiare a otro no existiría ningún delito, sin embargo si se produjese el contagio, solo se le sancionaría como una tentativa punible de lesión, con atenuante dándole de esta forma total autonomía al peligro de contagio venéreo.

Anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1958.

Capítulo I.

Delitos Contra la Salud.

Art. 142.- El que sabiendo que padece de sífilis, un mal venéreo o cualquier otra enfermedad en periodo

infectante, ponga en peligro de contagio a otro mediante relaciones sexuales, donación de sangre, amamantamiento o cualquier otra forma, será sancionado con prisión hasta de 3 años y multa de 100 - 2000 pesos. "sin perjuicio de su reclusión en un hospital hasta que cese el periodo infectante."

Cuando se trata de cónyuges o personas en concubinato, sólo se procederá por querrela del ofendido.

Este anteproyecto de el Código Penal del Distrito Federal de 1958, resultaba mas completo, hasta antes de la reforma de enero de 1991, que implica el peligro de contagio en nuestra sociedad, ya que contempla una serie de conductas por medio de las cuales es transmisibles no solo la infección VIH, sino también una serie de enfermedades infecto - contagiosas que no solo se transmiten a través de relaciones sexuales, como a continuación analizaremos.

1) "El que sabiendo que padece sífilis o un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio, la salud de otro por medio de relaciones sexuales" (199 - bis).

La primera diferencia que notamos con el anterior artículo son las palabras "o cualquier otra enfermedad", ello implica que puede ser cualquier otra enfermedad no venérea como la hepatitis o el herpes o la viruela o sarampión entre otros.

Sin embargo el actual 199-bis, ya contempla estas enfermedades, ya que no solo toma en cuenta la sífilis o males venéreos como la gonorrea, herpes genital, chancroides, granuloma gonocócico, etc.

199-bis Sífilis
 Males venéreos.
 Ejem. Gonorrea, herpes, etc.

PERIODO

INFECTANTE	142	Sífilis. Males venéreos. Cualquier enfermedad	Relaciones sexuales, donación de sangre amamantamiento de cualquier forma
------------	-----	---	--

2) El peligro de contagio del 142, además contempla otras formas por medio de las cuales se puede transmitir cualquier enfermedad infectocontagiosa, siempre y cuando los medios sean idóneos para ello, como son:

1) La Donación de Sangre, muy común en el caso de infecciones como la hepatitis y enfermedades venéreas entre otras.

2) Amamantamiento.- Una forma cruel de contagio al recién nacido, ya que los virus se alojan en la leche sea materna o de nodriza.

3) Cualquier otra forma.- Entre otros medios aquí podemos citar las inyecciones con agujas contaminadas donde la inoculación puede darse entre drogadictos intravenosos o en clínicas u hospitales.

3.-) En cuanto a la sanción no radica prácticamente ninguna diferencia con el anterior 199 - bis, ya que la prisión es hasta de 3 años y la multa en el primero hasta de 3000 pesos y en el segundo (142) hasta de 8000 pesos.

4.-) "Sin perjuicio de su reclusión en un hospital hasta que cese el periodo infectante."

Aquí la diferencia con el actual 199-bis, es que la reclusión obligatoria del sujeto infeccioso es decretada por la autoridad judicial (en el 142).

Mientras que el 199-bis, no puede decretarla por este medio, sin embargo puede requerirla a las autoridades de salud, fundamentándose en los artículos 404 fracc. I y XIII, y 405, de la ley general de salud, que a la letra dice:

Art. 404.- Son medidas de seguridad sanitaria las siguientes:

Fracción I. El aislamiento.

Fracción XIII. Las demás de índole sanitaria que determinen las autoridades sanitarias competentes, que puedan evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud. Son de inmediata ejecución las medidas de seguridad señaladas en el presente artículo.

Art. 405.- Se entiende por aislamiento la separación de personas infectadas, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio.

El aislamiento se ordenará por escrito y por la autoridad sanitaria competente previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro.

5.-) Art. 199-bis. Cuando se trata de cónyuges o personas en concubinato, solo se procederá por querrela del ofendido. De otra forma procede por oficio, evitando así al cónyuge o concubinos al consiguiente escándalo que provocaría la denuncia de la infección por un familiar o amigo.

PROYECTO DE CODIGO TIPO 1963

SECCION QUINTA

DELITOS CONTRA LAS PERSONAS

TITULO PRIMERO.

DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA SALUD PERSONAL.

CAPITULO VIII.

Art. 295.- El que sabiendo que padece cualquier enfermedad grave y en periodo infectante ponga en peligro de contagio la salud de otro, será sancionado con prisión de 3 días a 3 años y multa de 100 a 300 pesos, sin perjuicio de reclusión en un establecimiento adecuada hasta que cese el periodo infectante.

Igual sanción se impondrá a las personas que ejerciendo la patria potestad, tutela o guarda de un infante, que padezca alguna de las enfermedades a que se refiere el párrafo anterior, permita que sea amamantado por persona distinta de la madre, si conoce la existencia de la enfermedad. Entre cónyuges o concubinas, sólo procederá por querrela del ofendido.

Este artículo no es de mayor trascendencia, ya que representa una copia del 142 de 1958, debido a:

1) No nos señala que debe ser transmisible la infección por relaciones sexuales, estas significan el medio idóneo de infección por ser un peligro latente para la salud, que

representa. Nos señala poner en peligro de contagio la salud de otro, esto podría prestarse a una serie de especulaciones acerca del medio idoneo para representar un peligro latente para la salud.

2) No contempla la donación de sangre o cualquier otra forma del contagio como la inoculación por agujas contaminadas, sino como dijimos solo nos señala poner en peligro de contagio, esto es vago e impreciso.

En Japón hay actualmente un proyecto de ley en marcha que preve un año de carcel y una multa de 2000 dólares para aquellos que sabiendo que son portadores de SIDA, demen sangre, semen u otros órganos o que realicen actos sexuales sin tomar las medidas preventivas adecuadas.

El proyecto de ley obliga a los médicos a informar al gobierno en el plazo de un mes, del sexo y edad de los enfermos que diagnostican, tanto si son enfermos de SIDA como si son portadores.

Igualmente la ley obligará a los médicos a dar nombre y dirección de los pacientes que no cumplan estrictamente las medidas recomendadas. La ley preve también penas para los médicos que incumplan esta reglamentación.

También tiene previsto autorizar a las autoridades locales para que inpongan, de modo obligatorio las pruebas a quienes resulten o puedan ser sospechosos. (84).

CAPITULO VII.

LATENTATIVA, DEFINICION Y FUNDAMENTO.

El *inter criminis* (camino del delito) comprende el estudio de las diversas fases recorridas por el delito su ideación hasta su agotamiento. Tradicionalmente distingue en el *inter criminis*.

La fase interna (subjetiva) y la externa (objetiva). El delito se encuentra en su fase interna cuando aún no ha sido exteriorizado; no ha salido de la mente del autor, y la fase externa es simplemente la manifestación externa de esa intención delictuosa. (85).

Definición.

La Tentativa es un delito que por diversas causas no llega a consumarse, sea porque la acción no resultaba adecuada para la realización íntegra o porque la acción tuviera posibilidad de consumir el delito (86).

Los hechos deben estar encaminados directa o inmediatamente a la realización de un delito, es decir debe haber dolo de consumir un delito.

(85) Francisco Pavón Vasconcelos. *La Tentativa*. México, Porrúa, 1964, pp. 9-10.

(86) F. Casanova, M.Suarez, E.Righi. *Cuatro ensayos de derecho Penal*. México, ENEP Acatlán, p. 28.

Ejemplo: El delito no se consuma por circunstancias ajenas a la voluntad del sujeto activo, porque no encontro la cosa de la que iba a apoderarse o porque supo erroneamente donde estaria, esto seria una "Tentativa inidonea".

Cuando el autor es sorprendido con la cosa antes de salir de la esfera de custodia de su dueño --> "Tentativa idonea".

Segun la doctrina la tentativa se pena porque se pone en peligro un bien juridico tutelado; para que se de la tentativa, el tipo objetivo no debe de haberse realizado totalmente.

Intentar un delito no es solamente pensarlo o deliberarlo, o bien decir que se ha pensado o deliberado, sino antes bien es poner por obra todo aquello con que se pueda obtener su ejecucion. Mientras su ejecucion no se haya cumplido del todo, el delito es todavia simple tentativa, pero cuando haya sido llevada a sus ultimos extremos, ya no es tentativa, sino consumacion del delito. (87).

Se puede decir que la tentativa de delito, que los abogados llaman conato a delinquir, es la ejecucion incompleta de un delito.

(87) Giandomenico (Romagnosi, Genesis del derecho penal, Bogota, Temis, 1956, p. 255.

Carrara, por su parte indico que la tentativa lejos de ser una fracción del delito consumado es un ente jurídico substancialmente diverso de aquél. Tanto la tentativa como el delito consumado constituyen entes jurídicos toda vez que su esencia se encuentra en la contradicción observada entre el hecho humano y la figura delictiva delineada por el legislador, siendo no obstante, del todo diversas en cuanto a sus respectivos elementos, de manera que no se deba afirmar que una es parte de la otra y que con la tentativa venga consumado parcialmente el delito querido. (88).

Jurisprudencia Mexicana.

Hay tentativa punible cuando el agente inicia exteriormente la ejecución delictiva, directamente, por actos idóneos y no practique todos lo esencial de ejecución que deberían producir el delito, por causa o condición que no sean su propio y espontaneo desistimiento; pero no debe perderse de vista que una tentativa, domina casi por completo el elemento subjetivo del delincuente. (89).

Artículo 12 del Código Penal del Distrito Federal.

Existe tentativa punible cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza ejecutando la conducta que debería de producirlo u omitiendo la que debería evitarlo, si aquél no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente.

(88) G. Malo Camacho, *Tentativa del delito*, México, UNAM, 1971, p. 255.

(89) *Ibidem* p.95.

La tentativa es punible cuando se ejecutan hechos encaminados directa e inmediatamente a la realización de un delito, si éste no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente. Para imponer la pena de la tentativa, los jueces tendrán en cuenta la temibilidad del autor y el grado a que se hubiere llegado en la ejecución del delito. (Art. 63. C.P. D.F.).

Si el sujeto desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se impondrá pena o media de seguridad alguna por lo que a este se refiere, sin perjuicio de aplicar la que corresponda a actos ejecutados u omitidos que se constituyan por sí mismos delitos.

TENTATIVA DE LESION POR CONTAGIO VENEREO.

Cuando haya dolo manifiesto en perpetrar una lesión grave, habría tentativa de ella si esta no se consuma.

Tentativa de lesión, Art. 418-423 C.P. Español.

Tentativa de lesión, Art. 98 - 93 C.P. Argentino.

La Suprema Corte de Roma, reconoce que puede haber tentativa de lesiones. 12 de noviembre de 1880, Volumen I, Tercera Parte. (90).

(90) Jiménez de Asúa. Tratado de Derecho Penal. Tomo VII, Buenos Aires, Losada, 1970. p. 939 - 940.

Como todo delito material en el que se da un proceso ejecutivo, la tentativa constituye una hipótesis punible en las lesiones de acuerdo al artículo 12 del Código Penal del Distrito Federal.

Antes de que el Código Penal Argentino reglamentara el delito de contagio venéreo, la doctrina y la jurisprudencia italianas habían hecho posible incriminarle como lesiones, al declarar tanto los tratadistas como los tribunales, que este delito puede subsistir independientemente del hecho de haber inferido o no una violencia material en el cuerpo de la víctima. De ahí que pudiera afirmarse la existencia del delito de lesiones personales en el hecho del que, mediante unión carnal, contagio al "sujeto pasivo" de la cópula una enfermedad venérea. La doctrina y la jurisprudencia afirmaron, además de que se da la figura dolosa cuando el agente "había deliberado", transmitir el mal y existe la figura culposa cuando el agente, que se sabe enfermo, "descuida cerciorarse", antes del coito, de transmisibilidad y virulencia de su afección. (91).

Porte Petit afirma que la tentativa de lesiones no puede negarse, "al tratarse de un delito de carácter material".

(91) Luis Jiménez de Asúa, El Criminologista, Tomo I. Buenos Aires, La Ley, 1946, p. 275.

TENTATIVA.

Art. 12 C.P.D.F.-

- Existe tentativa punible cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza ejecutando la conducta que debería producirlo u omitiendo la que debería evitarlo, si aquel no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente.

- La tentativa es punible cuando se ejecutan hechos encaminados directa e inmediatamente a la realización de un delito, si éste no se consuma por causas ajenas a la voluntad de agente.

Para imponer la pena de la tentativa, los jueces tendrán en cuenta la temibilidad del autor y el grado a que se hubiere llegado en la ejecución del delito. Si el sujeto desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se impondrá pena o medida de seguridad alguna por lo que a ésta se refiere, sin perjuicio de aplicar la que corresponda a actos ejecutados u omitidos que constituyan por sí mismos delitos.

La tentativa se da, cuando el sujeto activo realiza actos para el comienzo de la ejecución de las lesiones o el total proceso ejecutivo, siempre y cuando no cause daños en el cuerpo de la víctima o no altere su salud por causas ajenas a su voluntad sea por:

A) *Tentativa Inacabada.*- Cuando hay un proceso de ejecución, pero no se agota el acto para llegar a la consumación del delito por causas ajenas a su voluntad.

B) *Tentativa Acabada.*- Cuando agotados todos los actos del proceso ejecutivo, el resultado de lesión no sobreviene debido a causas ajenas a la voluntad del sujeto activo.

Tanto la ley, como la doctrina, consideran al peligro de contagio, como un delito de carácter doloso y autónomo, es decir se configura al poner en riesgo la salud de otro por medio de relaciones sexuales.

Al referirnos al peligro de poner en riesgo, se entiende que existe una intención de daño, por ende es doloso, esta intención es independiente de la consumación del delito, por ello es autónomo, y de configurarse el daño este sería un delito concreto. Por ello se considera que la intención dolosa constituye una tentativa.

La ideonidad de la acción sigue siendo para nosotros, en el derecho penal y en orden a la tentativa un elemento básico y esencial. Si partimos del principio de que la tentativa requiere la antijuricidad objetiva; que se castiga no la intención unívocamente manifestada por el acto, sino

aquella y el acto que agrede el bien tutelado, sólo hay agresión cuando el medio es apto para producir el efecto prohibido por la norma penal. Si falta la agresión por la imposibilidad absoluta, total, completa, en el caso concreto, no hay estado objetivo de peligro y ahí falta tentativa punible. (92).

En el caso del peligro del contagio venereo, la tentativa se da cuando el sujeto activo, con previo conocimiento de la infección, realiza actos idoneos para el contagio, es decir mantiene relaciones sexuales con el sujeto pasivo, con la intención dolosa de transmitir la enfermedad a su víctima, esta tentativa se configura siempre y cuando no se transmita la infección y por ende no constituya lesión por causas ajenas a la voluntad del sujeto activo, de consumarse la lesión, se le sancionara, hasta las dos terceras partes de la sanción que se le debería imponer.

Artículo 63 del Código Penal del Distrito Federal .-
A los responsables de tentativas punibles se les aplicara, a juicio del juez y teniendo en consideración las prevenciones de los articulo 52 y 59, hasta las dos terceras partes de la sanción que se les debería imponer de haberse consumado el delito, salvo disposición en contrario.

(92) J.Ramón Palacios, La Tentativa, México, Imprenta Universitaria, 1951, p. 159 - 161.

"DESCARTAMINETO DEL CONTAGIO VIR,
COMO TENTATIVA DE HOMICIDIO "

Francisco Carrara, el gran maestro clásico, definió hace ya muchos años el delito de homicidio como la muerte injusta de un hombre por otro hombre a quien es moralmente imputable.

Esta definición, perfecta a nuestro modo de ver, en la actualidad abandonada por otra más breve: homicidio, igual a muerte de un hombre por otro hombre. Los que defienden esta última fórmula, son los autores de la llamada teoría jurídica del delito. (93).

Para la consumación del homicidio calificado, como para la tentativa es necesario que esta se haya consumado, por un medio idóneo para crear un peligro; cualquiera que sea el medio empleado debe existir el dolo de matar. (94).

La norma contenida en el artículo 12 del C.P.D.F., permite sancionar la tentativa de homicidio, se trate de "Comienzo de ejecución de un delito, o la realización total de este", pero sin que llegue al resultado de muerte por causas ajenas a la voluntad del sujeto.

(93) Jiménez de Asúa. Tratado de Derecho Penal. Tomo VII, pág 939.

(94) Constancio Bernaldo de Quiros, Lecciones de Legislación Penal Comparada, Trujillo, Ed. Universidad de Santo Domingo, 1944, p. 196.

El artículo 12 en su fracción II, nos señala la expresión "hechos encaminados directa e inmediatamente a la realización de un delito", si este no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente. Esto nos permite hablar de una tentativa inacabada o acabada de homicidio.

TENTATIVA INACABADA DE HOMICIDIO:

Es cuando se comienza la ejecución del homicidio, pero no se agota el acto necesario para llegar a la consumación del delito, debido a la intervención de causas extrañas a la voluntad del sujeto activo dejando inconcluso su acto y por ende la consumación de privarle de la vida a la víctima.

Por ejemplo quien habiendo pensado la muerte de otro, suministrándole pequeñas dosis de veneno, para hacer parecer la muerte como natural, es sorprendido por un tercero, administrándole más veneno a la presunta víctima, en este caso hablaríamos de tentativa inacabada de homicidio, pues ha comenzado a matar pero no culminó el proceso por causas ajenas a su voluntad, ya que fue descubierto.

TENTATIVA ACABADA DE HOMICIDIO.

Cuando agotados todos los actos del proceso ejecutivo, el resultado de muerte no sobreviene debido a causas ajenas del sujeto activo.

Por ejemplo, el sujeto propina una fuerte dosis de veneno para que la víctima muera de inmediato, pero debido a la oportuna intervención médica, se logra evitar la defunción, en este caso el delincuente agoto todo el proceso, pero no logra su propósito en este caso será tentativa acabada de homicidio.

La distinción entre ambas, tiene bastante importancia pues para imponer la sanción los jueces tendrán en cuenta la temibilidad del autor y grado en que se hubiere llegado a la ejecución del delito (Art. 12), es decir en los casos de tentativa de homicidio es fundamental considerar el tipo de lesión así como la alteración en la salud que le ocasionó a la víctima.

IMPUNIBILIDAD EN LA TENTATIVA DE HOMICIDIO:

Deja de ser punible cuando la muerte no se produce en virtud de causas propias del agente; esto es cuando el sujeto activo se desiste o se arrepiente en forma "activa", evitando la defunción del ofendido.

En este caso no se sancionará la tentativa de homicidio, y el sujeto sólo responderá en cuanto a los hechos realizados constituyan delitos por sí mismos.

Artículo 12 del Código Penal del Distrito Federal en su párrafo tercero .- Si el sujeto desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se impondrá pena o ejecución de seguridad alguna por lo que a este se refiere, sin perjuicio de aplicar la que corresponda a actos ejecutados u omitidos que constituyan por si mismos delitos.

Desistimiento.- Se refiere al abandono de la actividad criminal por motivos variados.

Arrepentimiento Activo.- Cuando el sujeto encamina una serie de actos cuya finalidad, tiene destruir la eficacia de los hechos realizados, y agotadores del proceso, también llamado arrepentimiento activo.

Utilizando por ejemplo, el del veneno, habrá "desistimiento" si el sujeto activo después de haberle proporcionado pequeñas dosis o una dosis letal, se arrepiente o desiste de su actividad criminal, y al ver los efectos nocivos en la salud de su víctima le proporciona auxilio médico, sea que se lo consiga o el mismo se lo proporcione; en este caso desaparece la tentativa de homicidio por operar el arrepentimiento activo, y el sujeto solo responderá en cuanto a los hechos realizados en cuanto por si constituyen delito, en esta caso si se causa una lesión por haber propinado el veneno o en su debido caso incurrir el inculcado en una circunstancia excluyente de responsabilidad (Art. 15 C.P.).

EL DESCARTAMIENTO DEL CONTAGIO POR
VIH COMO TENTATIVA DE HOMICIDIO.

La infección VIH como sabemos es una enfermedad venérea, que se transmite principalmente por medio de relaciones sexuales, como sabemos existe el artículo 199 - bis, que determina el peligro de contagio para enfermedades venéreas y por ende esta conducta se adecua perfectamente a este artículo, que considera a este como una tentativa de lesión.

El medio idoneo para transmitir la enfermedad son las relaciones sexuales en su mayor parte (86%) y en segundo término por transfusión sanguínea (13%).

Teóricamente para configurar la tentativa de homicidio, el sujeto activo debe ejecutar hechos directa e inmediatamente a tratar de privarle de la vida a alguien, estos hechos deben ser idoneos, es decir, que el sujeto activo tenga una amplia posibilidad de realizar el contagio y por ende que la víctima muera ya que se supondría esa fuera su intención.

Medios idoneos	---	La relación sexual.
Objeto Material del delito	---	Enfermedad Venérea.

Debido a que la posibilidad de realizar el contagio es muy variable (1 relación de 1/100-1/1000, 23-30% permanecen asintomáticos) y muy difícil de acreditar este, debido al largo periodo de latencia de la infección, y es casi imposible de señalar al individuo causante del contagio ya bien podría haber muerto a consecuencia de la enfermedad.

Por ende no podríamos hablar de hechos encaminados directa e inmediatamente a tratar de privarle de la vida a alguien, ya que la relación sexual causa del contagio no puede acreditarse.

Si hablamos de la enfermedad venérea como fuente del contagio, caeríamos en lo mismo, debido a la promiscuidad y al largo periodo de incubación del virus aunado al variable riesgo de contraer la infección; la acreditación de medios idóneos de prueba serían imposibles de reunir.

De llegar a consumarse el contagio, en teoría se aplicaría el 292 C.P., que nos habla de lesiones de la que resulte una enfermedad probablemente incurable y el 293, de lesiones que ponen en peligro la vida, no podríamos hablar de lesión mortal debido al 303 fracc. I y II que la lesión

no pudo combatirse por incurable, y que se verifique la muerte dentro de sesenta días apartir de que fue lesionado.

"Por ende, ni aún en Teoría podríamos hablar del contagio por V'IN, como tentativa de homicidio."

La punibilidad de la tentativa de homicidio resulta de relacionar el artículo 307, descriptivo de la punibilidad correspondiente a la consumación, con el artículo 63, que dispone:

"A los responsables de tentativas punibles se les aplicará, a juicio del juez y teniendo en consideración las prevenciones de los artículos 52 y 59, hasta las dos terceras partes de la sanción que se les debería imponer de haberse consumado el delito salvo disposición en contrario"

Como se advierte el artículo 63 no señala el mínimo, solamente determina el máximo, las dos terceras partes están en relación con el intervalo que va del mínimo al máximo ya que el legislador no dice en el artículo 63, que las dos terceras partes se obtengan del mínimo o del máximo, sino que usa el término sanción, que no pueda interpretarse más que como un intervalo.

En conclusión la punibilidad de la tentativa de homicidio es de tres días a dos tercios de 14 años, o sea de 3 días a 9 años con 4 meses. (95).

SANCION DE LAS TENTATIVAS POR CONTAGIO.

La tentativa debe ser sancionada con pena inferior al delito consumado. Este punto de vista fue proclamado por Beccaria, invocando la necesidad de ofrecer al delincuente motivos para apartarlo de la ejecución de nuevos actos que puedan llevarlo a consumar su propósito delictuoso.

Crivellari negó la adopción de la tendencia de paridad de penas, entre tentativa y consumación, considerando válida no sólo una razón de justicia sino además de política criminal, pues en manera alguna puede ser justo equiparar el peligro de un mal con el mal mismo y porque, de sostenerse el criterio aludido, el delincuente carecería de interés en abstenerse de repetir la ejecución del delito.

Carrara, por su parte, señala la aplicación, en el caso, de aquel principio de adecuación entre el hecho y la pena, pues siendo esta una tutela jurídica, debe estar acorde con la gravedad de la infracción a la ley, resultando a todas luces justificada la medida de sancionar con pena inferior al delito imperfecto. (96).

(95) Olga Islas, *Análisis lógico de los delitos contra la vida*, México, Trillas, 1982, p.76.

(96) Francisco Pavón Vasconcelos, *Breve ensayo sobre la tentativa*, México, Porrúa, 1974, p. 91-92.

Aunque algunos autores, niegan la tentativa en los delitos de peligro por la inexistencia del daño en la consumación, argumentando la imposibilidad del peligro de un peligro, la solución no parece tan sencilla y así lo han dejado entrever autores tan destacados como Antolisei, para quien es perfectamente admisible la tentativa en tales delitos. Entre nosotros, Jiménez Huerta admite, como regla general, el ensamblamiento del dispositivo de la tentativa con los delitos de peligro " siempre y cuando que los actos a los que dichos tipos requiere ampliar, sin integrar plenamente la conducta peligrosa que el tipo describe, sean en su esencia típicamente idóneos para su realización, lo cual tiene lugar cuando los actos ejecutados inician el riesgo al bien jurídico tutelado " (97).

La aplicación de sanciones en caso de tentativa nos la señala el artículo 63 del Código Penal del Distrito Federal:

A los responsables de tentativas punibles se les aplicara a juicio del juez teniendo en consideración la prevención del artículo 52 y 59 hasta las dos terceras partes de la sanción que se les debería imponer de haberse consumado el delito, salvo disposición en contrario.

(97) Ibidem. pag. 154 - 155.

Es decir que de haberse consumado el contagio, por VIH, se les impondría una sanción hasta de las dos terceras partes de la lesión señalada en el artículo 292 y 293 del Código Penal.

La sanción al peligro de contagio, la analizaremos detenidamente en lo referente a la imposibilidad para la aplicación penal, donde veremos la falta de elementos para poder configurar los medios de prueba tanto del artículo 199 - bis y 292 del Código Penal del Distrito Federal, referente a las lesiones, donde veremos que las sanciones son inaplicables, ya que la realidad misma de la enfermedad sobrepasa por mucho a nuestro Código Penal, y por si fuera poco, el tiempo de penalidad, tampoco se adecua a la realidad de esta infección venérea, entre otras circunstancias.

CAPITULO VIII.

LA LESION, DEFINICION Y FUNDAMENTO.

En nuestro Código Penal, artículo 288, encontramos como definición de lesión: "Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras; sino TODA ALTERACION EN LA SALUD y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa".

ART. 292.- Se impondrá de 9 a 9 años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una ENFERMEDAD SEGURA O PROBABLEMENTE INCURABLE, la inutilización completa a la pérdida de un ojo, de un brazo, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano, cuando quede PERJUDICADA PARA SIEMPRE CUALQUIER FUNCION ORGANICA o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrá de 6 a 10 años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte INCAPACIDAD PERMANENTE PARA TRABAJAR, ENAJENACION MENTAL, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

ART. 293.- Al que infiera una lesión que PONGAN EN PELIGRO LA VIDA se le impondrá de 3 A 6 AÑOS de prisión, SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES que le correspondan conforme a los artículos ANTERIORES.

Como podemos observar la definición del artículo 288, es bastante amplia, ya que entre otros comprende toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

Como sabemos la infección por el Virus VIH, comprende una secuela de enfermedades oportunistas que merman la salud del paciente en su sistema inmunológico, por lo que la infección venérea se considera como una lesión.

Ahora bien el 292, nos señala al que infiera una lesión de la que resulte una "enfermedad segura o "probablemente incurable", si bien como sabemos la inoculación del virus en las células del sistema inmunológico no siempre se desarrollan (25-30% permanecen asintomáticos de por vida) (50% la desarrollan en 10 años) por lo que no se podría hablar de una infección segura, pero si "incurable", ya que como se sabe es incurable y mortal al desarrollarse ésta, además hereditario y quedar mermada para siempre la función orgánica del sistema inmunológico."

" Las lesiones que ponen en peligro la vida, se clasifican en el momento de ser inferidas", y su categoría de tales no desaparecen porque el sujeto pasivo sane y se recupere totalmente, ya que basta con la puesta en peligro de la vida del ofendido, como consecuencia de la lesión, para que la misma subsista con esa categoría, independientemente de los resultados posteriores, salvo cuando el ofendido muere dentro de los sesenta días, en cuyo caso se convierte en mortal, o en la hipótesis de que quedase subsumida en otro tipo de mayor punibilidad. (98).

Al desarrollar el SIDA franco sobreviene la incapacidad permanente para trabajar así como la enajenación mental (Encefalopatía del SIDA 40% la desarrollan, demencia y cambios de personalidad), y hasta donde sabemos la infección pone en peligro la vida por lo que se le considera una lesión grave si no se desarrolla totalmente; pero al desarrollarse es Mortal. "Aunque por razones técnicas no se le considere como lesión mortal."

Como podemos observar la infección por VIH se adecua perfectamente a los artículos 199 - bis, 292, y 293 de C.P.D.F., aunque sea solo en teoría.

(98) Semanario Judicial de la Federación, tomo CX, p. 25, Segunda parte, sexta época.

LA DEFINICION DOCTRINAL.

Son multiples los que nos señala la doctrina, pero es un rasgo común: "El daño causado en el cuerpo o la alteración del equilibrio de las funciones fisiológicas."

Zanardelli expresaba.- La lesión corporal consiste en cualquier daño ocasionado al cuerpo, la salud, o la inteligencia de un hombre, en virtud del cual este queda afectado en su integridad física.

Hidalgo y Carpio y Sandoval afirmaron que.- "Bajo el nombre de lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones y quemaduras, sino toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano si esos efectos son producidos por una causa externa." (99) (misma definición de nuestro artículo 288 C.P.).

Por su parte "Porte Petit", nos señala la deficiencia de esta estructura pues hubiere bastado simplemente como una alteración en la salud.

La Suprema Corte de justicia de la Nación, ha establecido que "la lesión, por definición legal, es toda

(99) Francisco Pavón Vasconcelos, Lecciones de derecho penal, México, Porrúa, 1982, p. 103.

alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa externa, es decir, la definición envuelve como presupuesto indispensable la actualidad y realidad del daño sobre lo que debe estructurarse indefectiblemente la clasificación legal de la lesión, para el efecto de la penalidad a imponer." (100).

A) Una alteración en la salud.

- Elementos Constitutivos de las lesiones.

B) Cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano. (101).

- Elementos de Hecho.- Son los elementos que causan las lesiones.

Lesión breve.-las que no ponen en peligro la vida.

- Elementos de Hecho Lesión grave.-las que ponen en peligro la vida.

Lesión mortal.-las que causan el daño de muerte.

Una Conducta.- Son los movimientos corporales voluntarios realizados por el sujeto al consumir la agresión. (Sea disparando o descargando el instrumento lesivo a través de la inacción o actividad voluntaria).

(100) C. Porte Petit G., Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud Personal, México, 1990, p. 124

(101) F. Panón V. Ibidem, p. 111.

Un Resultado.- Se exterioriza en la herida, contusión, escoriación, fractura, dislocación, quemadura o en la alteración de la salud, o en cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

El Nexa Causal.- Es el hacer y el no hacer (acción y omisión) y la alteración en la salud o el daño material en el cuerpo, establece la relación para poder atribuir una lesión.

LACULPABILIDAD EN LAS LESIONES.

El delito de lesiones, admite de acuerdo con el contenido del Art. 8 del C.P.D.F., los delitos pueden ser:

- 1) Intencionales.
- 2) No intencionales o de imprudencia.
- 3) Preterintencionales.

1.-) INTENCIONALES O DOLOSAS.

Quando el sujeto "se propuso su realización", cuando es doloso se quiere causar una alteración en la salud personal o se acepta en caso de que se produzca, siempre y cuando el agente del delito no haya tenido la voluntad de matar, pues si tuviera esta estaríamos frente a una tentativa de homicidio. (Art. noveno, parrafo primero).

2.-) IMPRUDENCIALES.

Cuando la alteración en la salud o el daño en el cuerpo, se produjo por actuar con negligencia, impericia, falta de reflexión y sin intención de lesionar. (Artículo noveno, parrafo segundo).

El Código Penal Colombiano en su artículo 372 nos señala: "El que sin intención de matar cause a otro un daño en el cuerpo, o en la salud o una perturbación psíquica, incurra en las sanciones del artículo séptimo." "El que por culpa cause alguna de las lesiones previstas, disminuidas de las tres cuartas partes a la mitad y en lugar de prisión se aplicara el arresto y del presidio la prisión."

En nuestra legislación penal el sujeto responderá siempre por su imprudencia, está se encuentra regulada por el artículo 60, 61 y 62 C.P.D.F., además de tomar en cuenta las circunstancias generales de los artículos 51 y 52 para individualizar las penas. (102).

3.-) PRETERINTENCION.

El que cause un resultado típico mayor al querido o aceptado, si aquel se produce por imprudencia. (Artículo noveno parrafo tercero).

(102) Loc cit.

Artículo 6o fracción VI. En caso de preterintención el juez podrá reducir la pena hasta una cuarta parte de la aplicable si el delito fuere intencional.

DESCARTAMIENTO DE LA LESION VIH, COMO HOMICIDIO.

El homicidio y las lesiones por contagio venéreo, supone ordinariamente la relación sexual como medio de origen, aunque la relación sexual de una persona enferma de un mal venéreo ordinario, puede producir una lesión en el cuerpo, pues por esto entendemos toda alteración en la salud producida por una causa externa, la lesión no resulta en forma general suficiente para producir la muerte, mds no es así en el caso de la infección por VIH, que a la fecha es una enfermedad incurable y mortal, pero se descarta por razones técnicas como homicidio, ya que el artículo 303, nos señala lo siguiente:

303.- Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior. "No se tendrá como mortal una lesión sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:"

1) Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios.

II) Que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días contados desde que fue lesionado.

III) Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo en los siguientes y en el código de Procedimientos Penales.

Para analizar este artículo, comenzaremos por analizar las tres fracciones (circunstancias) por separado.

1) Si bien la infección VIH, puede producir la muerte por alteraciones causadas por el virus, que al atacar el sistema inmunológico, hace fácil presa al paciente de enfermedades oportunistas que no puede combatirse debido al notable deterioro de Linfocitos y por ende es hasta la fecha incurable.

Como podemos apreciar la primera circunstancia es adecuada, a las lesiones que origina el VIH.

2) Hasta la fecha no ha habido un solo caso de muerte, a partir de la fecha de inoculación (contagio) por el virus dentro del plazo de 60 días.

Los casos más cortos, en los que se ha presentado los síntomas de la enfermedad son de 1 o 2 meses después de la inoculación, son raros y como sabemos a esto se suma el

tiempo de desarrollo de la enfermedad hasta que origine la muerte como mínimo unos 3 o 4 meses, que por regla general dura más tiempo.

Bien podríamos decir que un caso raro y sumamente corto, bien podría tardar cuando menos unos 6 meses en que se produzca la muerte por la infección, a partir de la fecha de inoculación, mientras que la ley nos señala un máximo de 2 meses; por lo que obviamente no se podría adecuar, y eso sin meternos en las dificultades que se presentarían para poder reunir los elementos materiales del delito y poder acreditar este.

3) Esta circunstancia es más bien referente a homicidios violentos no aplicable a la infección V'IN, que solo podría adecuarse a la primera fracción, por lo que no podemos considerarla como una lesión mortal y por ende como homicidio, más aún, existe el artículo 199-bis, que tipifica perfectamente el peligro de contagio venéreo.

C) LA IMPOSIBILIDAD DE LA APLICACION PENAL.

Aunque si bien, nuestro código penal contempla en su artículo 199-bis, el peligro de contagio, como un delito doloso, de caracter autonomo, para poder considerar una posible sancion penal, teoricamente primero debe adecuarse a la conducta dolosa y de ahí desglosar las conductas delictivas en que pueda incurrir el actor.

En segundo término el peligro que implica para la salud de otros el contagio doloso por VIH, además de considerar las estadísticas sobre:

- a) Mortalidad
- b) Período de incubación del virus.
- c) Tiempo de desarrollo de la enfermedad.
- d) Posibilidades de desarrollo de la infección.

El SIDA es una enfermedad venérea que se transmite preferentemente, por medio de relaciones sexuales principalmente entre homosexuales, por lo que se describe perfectamente en el "peligro de contagio", el contagio venéreo de constituirse caería dentro de la figura típica del delito de lesiones (art.288), ello le daría el carácter de tentativa punible de lesión (art.63), puesto que su aplicación es independiente del contagio que como resultado produzca la lesión (art. 292 y 293), no lo podríamos considerar tentativas de homicidio, ni homicidio por lo antes señalado; sin embargo tomando como base el Código Penal vigente del Distrito Federal, podríamos adecuarlo de la siguiente forma.

"Artículo 199-bis.- El que a sabiendas de que esta enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales y otro medio transmisible, para

sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

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

Artículo 200.- Se aplicará prisión de seis meses a cinco años o sanción de trescientos a quinientos días de multa o ambas a juicio del juez.

Para poder adecuarlo dentro de esta conducta, el sujeto activo debe tener pleno conocimiento de su enfermedad y por ende sabe el riesgo que conllevaría a otros tener relaciones sexuales con él.

El Peligro de Contagio y

El pleno conocimiento de la infección:

Es un medio de prueba determinante para poder configurar el delito, este se acreditaría con pruebas de laboratorio de **SEROPOSITIVO**, expedidas por laboratorios públicos o privados (SS, CONASIDA, FRONTERA, CHOPO, ETC.), y con fecha anterior a la denuncia.

- Pruebas de laboratorio con fecha anterior a la denuncia.
- Debe ser con fecha anterior a la denuncia, para poder acreditar el pleno conocimiento de su infección.

Las autoridades correspondientes (MP), se encargaría de investigar si realmente se encontraba registrado ante la Secretaría de Salud.

El Retaso en la notificación.

El problema que se presenta en la práctica es que si bien es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud (art. 136 fracc.IV L.G.S.), en los casos de detección de la infección VIH por laboratorios públicos o privados, como nos lo señala el artículo 136 de la ley General de Salud, dando un plazo de 24 hrs. para los primeros casos que se detecten en determinada área. "No se contempla ninguna sanción, en el caso de "retraso en la notificación" , señalándonos que es obligatoria la notificación inmediata (no comprende un plazo de tiempo) cuando se detecte el virus del SIDA."

Por lo que la falta de sanción en el retraso a la notificación, ha traído como consecuencia, que los casos diagnosticados en un año determinado, son notificados hasta dos años posteriores a su diagnóstico.

Por ejemplo:

Del total de los casos iniciados en 1987, hasta diciembre de ese año, se habían notificado solo el 32.6 %
para diciembre de 1988 se habían notificado el 44.5 %
para diciembre de 1989 se habían notificado el 23.0 %

100.0 %

Asumiendo que para esta fecha se habían notificado el 100% de los casos diagnosticados en 1987, por lo que casos diagnosticados, al inicio de 1989, se esperan sean reportados en su totalidad para diciembre de 1991. (103).

Por lo que a falta de un registro fidedigno, por parte de la Secretaría de Salud, hace otro obstáculo para probar el pleno conocimiento de la enfermedad por el sujeto activo. "Si bien tarda hasta 2 años en ser notificado el diagnóstico a dicha secretaria, la defunción del paciente se produce siempre a los 2 años del diagnóstico, con un promedio de 6 meses en México posteriormente al diagnóstico."

Si no se encontraba registrado, aparentemente no tenía conocimiento de su infección y por ende no procedería a peligro de contagi si bien este delito es de carácter autónomo y de consumarse el contagio nos encontraríamos ante una tentativa punible, la acreditación de esta sería imposible debido a los hechos enunciados en el inciso A.

- Pruebas de seronegativo posterior a la denuncia, nos encontraríamos ante un delito imposible, ya que para poder configurar este requiere de los medios idóneos -- > Relación sexual y del peligro concreto -- > enfermedad venérea.

Es decir que al ser seronegativo el sujeto activo, nos encontraríamos ante un delito imposible.

El sujeto pasivo debe presentar pruebas de seronegatividad, ya que "si" se encuentra infectado, sería imposible configurar el delito, ya que no podríamos saber quien contagio a quien, debido:

- 1) El periodo de incubación del virus es muy variable.
- 2) La enfermedad se desarrolla diferente entre los individuos.
- 3) Las posibilidades de desarrollo de la infección es muy variable.
- 4) El riesgo de contagio es muy variable.

Sujeto Pasivo.

- 1) Nombre y Domicilio del supuesto sujeto activo.
- 2) Acreditar con pruebas de laboratorio recientes no tener la infección ya que de tenerla nos encontraríamos ante un delito imposible de configurar.
- 3) Los demás que juzgue convenientes.

Sujeto Activo.

- 1) Análisis de Seronegatividad, antes y después de la denuncia. -- > Delito Imposible.
- 2) Registro de Seropositivo, antes de la denuncia. -- > Configuración del Peligro de contagio.
- 3) Análisis de Seropositivo, después de la denuncia o querrela -- > Delito imposible.

1.1) En este punto al no haber infección, el sujeto activo, no habría contagio y por ende no habría delito que perseguir.

2.1) Al tener el sujeto activo pleno conocimiento de la infección puso en peligro de contagio a su víctima y por medio de su registro en la Secretaría de Salud, teóricamente se podría configurar la enfermedad venérea. (El problema que se presenta, es que pueden pasar hasta dos años para que se le registre en la Secretaría de Salud.

3.1) Análisis de Sero positivo después de la denuncia, al no tener el sujeto activo conocimiento de la infección no se configura el delito, como nos lo señala el Código Penal, pero si existiere contagio este sería imposible de configurar.

Como observamos, teóricamente la única forma de proceder, sería con sujetos activos, "registrados" como seropositivos con fecha anterior, a la denuncia o querrela.

Por un lado observamos que las prácticas homosexuales son las que mayor riesgo tienen, además de ser por mucho los más promiscuos, es difícil, que en este tipo de relaciones se mantengan alguna fidelidad y por ende abundan los compañeros esporádicos y sea muy difícil demostrar quien puso en peligro de contagio a otro (más aún ante la falta de un registro confiable).

La dificultad en la presentación de los medios idóneos de prueba, además de la alta promiscuidad y las limitaciones del artículo 199 - bis, hace muy difícil acreditar este tipo de delito, además de que si la víctima se entera, que el sujeto activo tenía la infección, al hacerse los análisis correspondientes y confirmar que no la tiene, difícilmente se presentaría una denuncia de este tipo por un homosexual o si la tuviere sería imposible de demostrar que el sujeto activo lo contaminó, además que el retraso en la notificación nos podría dar como resultado un sujeto activo que muy probablemente ya hubiera muerto.

A) EL CONTAGIO CONSUMADO POR LA INFECCION VIH.

Para ello tenemos que considerar los siguientes hechos:

- 1) 50% de los infectados, desarrollan la enfermedad en un plazo de 10 años.
- 2) 35% en un plazo de 5 años.
- 3) 25 - 30% permanecen asintomáticos de por vida, pero son fuente de contagio para otros.
- 4) En donaciones de sangre, la latencia del virus puede durar hasta 5 años, con un 90% de posibilidad de contagio.
- 5) El riesgo de contagio por una relación sexual varía de 1/100, entre homosexuales y de 1/1000 entre heterosexuales.
- 6) Los seropositivos sobrepasan de 10/1 - 100/1 a quienes padecen de SIDA.

7) Los compañeros sexuales regulares de los pacientes con SIDA, tiene un 60% de posibilidades de contraer la infección.

8) 75% de los homosexuales han tenido más de 30 compañeros.

9) 21% de los heterosexuales más de 15 compañeros.

10) La defunción se produce prácticamente siempre a los 2 años posteriores al diagnóstico de SIDA, en México, tiene un promedio de 6 meses la defunción después del diagnóstico.

11) El 100% de los casos diagnosticados, son reportados hasta 2 años posteriores al inicio de la infección.

A continuación analizaremos como en base a los citados hechos, se hace imposible de reunir los medios idóneos de prueba para configurar el delito de lesión por infección VIH.

Si consideramos que el presunto sujeto activo aún viviera y estuviera registrado su caso en la Secretaría de Salud, teóricamente podríamos configurar el primer elemento de prueba que sería el peligro concreto --> la confirmación de la enfermedad venérea por el presunto sujeto activo.

Ahora bien se pasaría a analizar si la presunta víctima se encuentra en los grupos de alto riesgo estadístico o bien es la pareja sexual regular del presunto sujeto activo.

Si se encontrase o comprobase que pertenece a los grupos de alto riesgo (homosexualidad, promiscuidad, Hemofilia, etc.) por razones obvias no se procedería contra el supuesto sujeto activo.

Por otro lado si fuere la pareja sexual regular de la presunta víctima, se analizaría si este presunto sujeto activo se contagio por contacto sexual o transfusión de sangre y si conocía o desconocía de su enfermedad.

1) Si es por contacto sexual, al estar alguno de los dos contagiados, se presumiría solo el peligro de contagio.

2) Si estuvieran los dos infectados, sería un delito imposible de configurar debido a que tendríamos 2 sujetos y además el virus tiene un estado de latencia diferente entre las personas o bien podría alegar el sujeto activo infidelidad de su cónyuge o contagio a él por transfusión, etc., entre otros elementos que hacen imposible la configuración del delito.

Si bien se podría aducir que entre cónyuges o concubinos se podría demostrar quien es el sujeto activo ofreciendo las siguientes pruebas:

1.- Análisis de sangre prematrimoniales.

2.- Acta de matrimonio.

- 3.- Análisis seropositivos del presunto sujeto activo.
- 4.- Análisis seropositivos de la presunta víctima (sujeto pasivo).

"Al estar los dos contagiados, debido al periodo de latencia de la infección, así como la variabilidad del contagio se haría imposible de configurar la lesión."

Ejemplo.- Una pareja se hace sus respectivos análisis prematrimoniales, ambos resultan seronegativos, se casan en 1985 y posteriormente en 1990, alguno se hace los análisis correspondientes y resulta seropositivo, aún no desarrolla la enfermedad plena, pero se lo oculta a su pareja y continua manteniendo relaciones sexuales con ella, posteriormente ella se entera y formula su querrela acreditando las respectivas pruebas.

En que forma podría acreditar la presunta víctima que no fue ella la que contagio en 1988 u otro año al presunto sujeto activo, sea por relación sexual o transfusión sanguínea. Mientras el virus tenga cambios moleculares en su estructura y por ende se desarrolle diferente entre los individuos trayendo como consecuencia una latencia diferente en el desarrollo de la enfermedad así como una amplia variabilidad de contraer la infección, jamás se podrán configurar los medios idóneos de prueba para acreditar la lesión por infección VIH.

Ante la imposibilidad de poder configurar la lesión por infección VIH a continuación analizaremos teóricamente como se procedería, a adecuar la lesión por este tipo de enfermedad venérea.

E) LA ADECUACION TEORICO PENAL DE LAS LESIONES CAUSADAS POR LA INFECCION VIH.

Considerando que la infección VIH, comprende una secuela de enfermedades oportunistas, que merman la salud en el sistema inmunológico del paciente, por lo que las enfermedades venéreas se consideran lesiones, ya que por lesión entendemos "toda alteración" en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano si esos efectos son producidos por una causa externa .

Art. 292.- Se impondrá de 5 a 8 años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o porbable incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, 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.

Se impondrán de 0 a 10 años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Art. 293.- Al que infiera una lesión que ponga en peligro la vida se le impondrá de 3 a 6 años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores.

El artículo 292, nos señala al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable o cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica.

Con la inoculación del virus en las células del sistema inmunológico no siempre se desarrolla la enfermedad (25-30% permanecera asintomáticos, 50% la desarrollan en 10 años), por lo que podríamos hablar de una enfermedad segura, ya que son contagiosos para los demás y como se sabe hasta ahora es incurable y mortal; además de que quede perjudicada para siempre la función orgánica del sistema inmunológico además de ser hereditaria.

Al desarrollar SIDA franco sobreviene la incapacidad permanente para trabajar, así como la enajenación mental (Encefalopatía del SIDA, 40% desarrollan demencia y cambios de personalidad) y hasta donde sabemos la infección pone en peligro la vida, por lo que se le considera una lesión grave conforme a los artículos 292 y 293.

Si bien hemos visto la lesión es imposible de configurar, teóricamente la infección por VIH, se adecuaría de la siguiente forma:

ENFERMEDAD
INCURABLE.

Se tomaría como base el dictamen pericial del médico legista, en base al grado de lesión y posible desarrollo de la enfermedad, además de considerar la tentativa punible (art.63), e individualización de la pena (art.52), por tomar un ejemplo, el término medio aritmético de la aplicación de estas sería: artículo 292.- de 5 a 8 años de prisión, y con una multa de 300 a 500 pesos.

Art.292.- de 6 a 10 años de prisión

Incapacidad permanente
de trabajar.
Enajenación mental.

Art.293.- de 3 a 6 años de prisión

Lesión que ponga en
peligro la vida sin
perjuicio de las san-
ciones del 292.

Teniendo en consideración que solo se sancionará como una enfermedad incurable y como una lesión que pone en peligro la vida seria:

$$\begin{array}{r} 5+8 = 13 \text{ años, término medio} = 6.5, \text{ tentativa punible} \\ 3+6 = 9 \text{ años, término medio} = 4.5, (2/3 \text{ partes de la pena}) \\ \hline 11 \text{ años } (2/3 \text{ partes de la pena}) \\ \hline \text{años } (7.4) \text{ (entre } 2 = 3.8) \end{array}$$

Considerando el término medio y la aplicación hasta de las 2/3 partes de la pena, por tentativa punible tenemos hasta unos 7.4 años, que se pueden reducir a 3.8 años, según el grado de lesión y las consideraciones particulares del juzgador, por razones obvias el reo, permanecería no en un reclusorio, sino en aislamiento en un hospital adecuado, en calidad de detenido, más aún este tipo de sanción estaría fuera de lugar, debido a que la muerte en México, se presenta alrededor de los 6 meses posteriores a la detección de la enfermedad.

"Además de que existe una posibilidad muy amplia de que el paciente no estuviera registrado, y de estarlo, quizá ya hubiera muerto o bien moriría en el transcurso del proceso judicial, para llegar a la conclusión de la imposibilidad de configurar la lesión por la infección VIH, y por ende la imposibilidad de la aplicación penal."

En cuanto al contagio por transmisión de sangre, nos enfrentamos a un segundo dilema, si bien la posibilidad de contagio es la más alta (90%), este puede durar hasta 5 años.

Primero debemos considerar si el sujeto se encuentra o no en un grupo de alto riesgo:

Alto riesgo Homosexual.
 Bisexual.
 Heterosexual promiscuo.
 Hemofilico.
 Drogadicto intravenoso.

Infante Hemofilico.
 Abuso sexual.
 Transfusión.

Anciano. Hemofilico.
 Una transfusión.

Primero desecharemos al grupo de alto riesgo estadístico, por la alta posibilidad de adquirir la infección por otros medios (contacto sexual), quedando los infantes y ancianos, en estos dos casos, teóricamente nos encontraríamos ante una tentativa punible de lesión (art.63), que no se podría configurar debido a la falta de elementos objetivos como a continuación lo veremos:

Anciano e Infante.

Si es hemofílico, no existen medios idóneos de prueba, para comprobar que transfusión fue la que le transmitió la infección, y si fue siempre en el mismo hospital, la ley general de salud, no contempla ninguna sanción para los casos de infección por transfusión.

En el caso del infante o anciano hemofílico, o por transfusión a este, bien podrían argumentar que la enfermedad tarda hasta 5 años en desarrollarse, y bien pudo hacerse la transfusión contagiosa en 1985, cuando todavía existían bancos de sangre privados, o bien que se le hizo en otra parte, o que fue por abuso sexual; así nos encontramos ante una serie de dificultades para poder establecer una posible configuración del delito.

Si bien en el caso del infante se podría argumentar el abuso sexual, considerado en el Código como violación, no se atendería al peligro de contagio o a la tentativa punible de lesión, sino a la violación por ser este precepto la norma de mayor entidad valorativa.

Como podemos observar, la falta de elementos para poder configurar el delito, hace imposible una sanción penal, lo

mismo la ley general de salud. si bien contempla sanciones administrativas y delitos para la exportación, importación almacenamiento y transfusión, o comercio con sangre sin el debido permiso, no contempla ninguna sanción para las inyecciones de enfermedades causadas por transfusión sanguínea.

CONCLUSIONES

1) El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, implica actualmente muchos retos para la ciencia médica, biológica, jurídica y la sociedad en general, esta infección ha aclarado muchos conceptos de inmunología como de diagnósticos.

2) El VIH es una inmunodeficiencia no muy frecuente en México sin embargo factores como un largo periodo asintomático, la posibilidad de ser asintomático, pero sero positivo toda la vida y la alta promiscuidad, en los grupos de alto riesgo hace muy difícil sino imposible la configuración de los elementos materiales para comprobar el delito del peligro de contagio o en su caso la tentativa punible de lesión; más aún la sanción solo podría ser aplicable a los individuos asintomáticos o quienes aún no desarrollen la enfermedad plenamente; ya que de otra forma estaría fuera de lugar ya que no alcanzaría a ser cumplida esta.

3) Si bien la ley General de Salud contempla el aislamiento a los individuos infectocontagiosos, no señala ninguna sanción para ellos ni destina responsabilidad, a quienes transmitan la infección por transfusión sanguínea, más bien se limita a sancionar penalmente el comercio,

exportación ilícita de sangre, así como sancionar administrativamente a las personas encargadas de la prevención y control de las enfermedades transmisibles, pero nunca para el infectocontagioso, si bien se puede ordenar su aislamiento, no existe ninguna sanción si el paciente no lo cumple.

4) De tal forma que si nuestras legislaciones actuales, no son las ideales para manejar este tipo de infecciones, si son perfectamente viables para la adecuación del mismo; ya que la enfermedad por si sola resulta sumamente compleja para una legislación aplicable a todos los casos concretos de contagio venéreo por VIH.

5) La infección VIH, supera por mucha a la realidad médica, como jurídica, bien, podríamos llamarle la epidemia del futuro, de tal forma que la medicina moderna, aún carece de los medios científicos para curar la enfermedad, y la legislación penal no esta preparada para sancionar, y configurar los medios idóneas de prueba para sancionar esta conducta dolosa.

6) Esta enfermedad es actualmente una epidemia, para la cual el hombre aún con todos sus adelantos científicos y sociales, no esta preparado para vencer en los próximos años, es equiparable a lo que fue la lepra y la

tuberculosis en su época, más sin embargo se podría asegurar que no implicar un retroceso en el desarrollo evolutivo del hombre, ni mucho menos una disminución sustancial en la población mundial, hasta antes de que se logre una vacuna o método efectivo de tratamiento.

7) La sanción penal, por contagio doloso por VIH, resulta imposible determinar con un margen no hipotético al sujeto activo de la relación.

8) Esta conducta dolosa, penalmente solo es adecuada al producir el contagio como una tentativa punible de lesión.

9) Solo sería sancionable dicha conducta dolosa, entre cónyuges o concubinos, cuando se demuestre el peligro de contagio, por el sujeto pasivo de la relación.

10) Esta infección no ocupa en nuestro país tantos decensos anualmente como las enfermedades gastrointestinales, propias del tercer mundo, por lo que en nuestro país actualmente podríamos considerarlo como una infección secundaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aarón Hernández López, Manual de procedimientos penales. México, PAC, 1985.
- 2.- Alfonso Reyes E., La tipicidad, Colombiana, editorial - Universidad, Externado de Colombia, 1976.
- 3.- Algunas respuestas sobre el SIDA, México, editorial Secretaría de Salud, 1985.
- 4.- August, W Von, Eiff, J. Gündel, El reto del SIDA, Barcelona, editorial Herder, 1988.
- 5.- Constancio Bernaldo de Quiroz, Lecciones de Legislación - Penal Comparada, Trujillo, editorial Universidad de Santo Domingo, 1944.
- 6.- Curso de capacitación sobre vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA, México, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE. Fundación Fugaty, noviembre de 1990.
- 7.- C. Porte Petit, Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud personal, México, Porrúa, 1990.
- 8.- David Baigón, Los delitos de peligro y la prueba del dolo Buenos Aires, Editorial, Depalma, 1967.
- 9.- Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el VIH. Suiza. Revista de la Serie OMS, No. 3, 1988.
- 10.- Ebbesen P, Biggan R.J., Melbye M., AIDS: A Basic guide for Clinicians, London, Munksgard, 1986.
- 11.- Efecto barrera al VIH, México, editorial CONASIDA. 1990.
- 12.- El Médico frente al SIDA, CONASIDA, México, 1989.
- 13.- El Odontólogo Frente al Sida, México, editorial CONASIDA, 1989.
- 14.- Estanislao, Stanislawski Mileant, Patología del SIDA, México, CONASIDA, 1989.

- 15.- Exposición de motivos del Peligro de Contagio de 1937. Dictamen sobre el Peligro de Contagio de 1938. Reforma sobre el Peligro de Contagio de 1940.
- 16.- F. Barre-Sinou, J.C., Chermann, W. Rozeenbaum, El SIDA en preguntas, México, Editorial edivisión, 1989.
- 17.- Francisco Burgos Finol, Peligro y Culpabilidad, Buenos Aires, Ed. Universidad Nacional de Eulia, 1958.
- 18.- F. Casanova, M. Suárez, E. Rihí, Cuatro Ensayos de Derecho penal, México, Acatlán, 1986.
- 19.- Fernando Castellanos, lineamientos elementales de derecho Penal, México, Porrúa, 1986.
- 20.- Francisco Pavón Vasconcelos, Breve ensayo sobre la Tentativa, México, Porrúa, 1974.
- 21.- Francisco González de la Vega, Derecho Penal Mexicano, - Tomo I, México, editorial México, 1939.
- 22.- Francisco Pavón Vasconcelos, La Tentativa, México, - Porrúa, 1964.
- 23.- F. Pavón Vasconcelos y G. Vargas López, Los delitos de Peligro para la vida, México, Porrúa, 1981.
- 24.- Francisco Pavón Vasconcelos, Lecciones de derecho Penal, México, Porrúa, 1982.
- 25.- Guías de Manejo de Pacientes con Infección por VIH, - México, Instituto Nacional de la Nutrición, 1989.
- 26.- Glandoménico Romagnosi, Génesis del derecho Penal, Bogotá, editorial Temis, 1956.
- 27.- Guido Vander Groen, Vacuna contra el SIDA, mitos y realidades, México, Revista ICYT, Información Científica y Tecnológica, septiembre de 1987.

- 28.- Gustavo Malo Camacho, Tentativa del delito, México, editorial UNAM e Instituto de Investigaciones Jurídicas, - 1971.
- 29.- Información Especial, México, Laboratorios Frontera, - diciembre de 1987.
- 30.- Información Especial, Laboratorios Frontera, México, - diciembre de 1987.
- 31.- J.P. Cassuto, A. Pesce, SIDA, Argentina, editorial Paidós 1987.
- 32.- Jorge Martínez S., Jaime Sepulveda Amor, et.al. SIDA, un problema de Salud Universitaria, México Syntex, 1989.
- 33.- J. Ramón Palacios, La Tentativa, México, Editorial Imprenta Universitaria, 1951.
- 34.- Jaime Sepulveda Amor, Jesús Kumate, Programa de mediano - plazo para la prevención del SIDA, México, 1990.
- 35.- Jaime Sepulveda Amor, SIDA, Ciencia y Sociedad, México, - D.F., Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud, - Pública, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1989.
- 36.- Jimenez de Asua, Tratado de derecho Penal, Tomo VIII, - Buenos Aires, Editorial Losada, 1970.
- 37.- Luis Eduardo Mesa Velázquez, Delitos contra la Vida, y la Integridad Personal, Bogotá, Editorial Externado de Colombia, 1976.
- 38.- Luis Jimenez de Asua, El Criminalista, Tomo I, Buenos - Aires, editorial La Ley, 1946.
- 39.- Luis Jimenez de Asua, La ley y el delito, Buenos Aires, - editorial Hermes, 1954.
- 40.- Manuel de Vigilancia epidemiológica VIH/SIDA, México, Se- cretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, 1990.
- 41.- Miguel Cruz López, Biología Molecular del VIH, México, - Revista Medicina y Cultura, agosto/septiembre, 1990.
- 42.- Miller Weber, Green, Atención de pacientes de SIDA, México D.F., Editorial Manuel Moderno, 1989.
- 43.- Olga Islas de González M. Análisis Lógico de los delitos - contra la vida, México, Trillas, 1982.

- 44.- Olga Islas, Elpidio Ramírez, Lógica del tipo en el derecho Penal , México, Jurídica Mexicana, 1970.
- 45.- Pearl ma y Armstrong D., The ACQUIRED Immune Deficiency - Syndrome and Infection of Homosexual men, U.S.A., Yourk - Medical Books, 1984.
- 46.- Rafael Nágera y María J. Herrera, Biología del virus del SIDA, Suiza, Revista de la OMS, Marzo de 1988.
- 47.- Ramón Sánchez Ocoña, Ance el SIDA, México D.F., Editorial-Planeta, 1988.
- 48.- Recomendaciones al personal Sanitario para la prevención y control de la infección por VIH y VHS, España, Clínico - Universitario, 1990.
- 49.- Recomendaciones para la prevención y control de la infección por VIH, España, OMS, 1986.
- 50.- Sergio Vela Treviño, Culpabilidad e Inculpabilidad, México Trillas, 1973.
- 51.- Servicio de Salud Pública de E.U.A., Informe del jefe de - servicio de salud pública de E.U.A. sobre el SIDA, E.U.A., 1987.
- 52.- SIDA, Información básica para el personal de Salud, México, Secretaría de Salud y Dirección General de Epidemiología , febrero de 1990.
- 53.- SIDA, Perfil de una epidemia, Washington, Revista de la - Organización Panamericana de la Salud y Organización Mun - dial de la Salud, 1989.
- 54.- Terrence Higgins, AIDS: HTLV-III, Antybody to test or not - test, E.U.A. Trust, 1986.
- 55.- Víctor G. Daniel's, SIDA, México, Editorial Manual Moderno 1988.