

881039

32
gem

UNIVERSIDAD FRANCO MEXICANA

INCORPORADA A U.N.A.M.

CLAVE: 8810-39

LESIONES NO ESPECIFICADAS EN EL CODIGO PENAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A

MR. DE LA PAZ MORENO MERCADO

NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO

1991.

FALLA DE ORIGEN



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.

INTRODUCCION.	4
CAPITULO I : CONCEPTO DE SIDA	
CONCEPTO DE SIDA.	9
A) ANTECEDENTES EN AMERICA.	11
B) ANTECEDENTES EN EUROPA.	27
C) ANTECEDENTES EN AFRICA.	33
D) ANTECEDENTES EN ASIA.	46
E) ANTECEDENTES EN OCEANIA.	47
CAPITULO II: REGLAMENTACION JURIDICA MUNDIAL	
REGLAMENTACION JURIDICA MUNDIAL.	49
A) ANTECEDENTES EN AMERICA.	51
B) ANTECEDENTES EN EUROPA.	59
C) ANTECEDENTES EN AFRICA.	116
D) ANTECEDENTES EN ASIA.	119
E) ANTECEDENTES EN OCEANIA.	123
CAPITULO III: REGLAMENTACION JURIDICA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.	
A) ANTECEDENTES.	129
B) ELIBERACION DE LA RESPONSABILIDAD PENAL DEL DELINCUENTE.	130
C) CONCEPTO DE LESIONES.	148
D) CONCEPTO MEDICO-LEGAL DEL DELITO DE LESIONES.	155
E) EXTRACCION DE LA ESTENOGRAFIA PARLAMENTARIA DE LA SESION DE LA H. CAMARA DE DIPUTADOS DEL DIA 12 DE JULIO DE 1990.	159
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	
CONCLUSIONES.	184
BIBLIOGRAFIA.	203

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Uno de los principales bienes que tiene el ser humano después de la vida es la salud. Lo cual se puede constatar observando hacia donde se dirigen los diversos esfuerzos (tanto personal, familiar e institucional) en todo el mundo.

Se puede encontrar la importancia de tal bien partiendo de que para lograr cualquier objetivo, el requisito indispensable es la salud, sin la cual no hay productividad, educación, bienestar o desarrollo social.

La salud se ha ubicado en un contexto puramente médico sin tomar en cuenta el aspecto jurídico, quien es el encargado de regular y limitar la conducta humana en un estado de derecho.

El avance epidemiológico en este siglo ha mostrado que en muchas enfermedades prevalentes en el mundo actual están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual. Como es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual

ha sido catalogado como la nueva enfermedad del siglo XX, que ha venido a transformar a un mundo acosado por numerosos problemas y conflictos.

Este acontecimiento, plantea al hombre una difícil incógnita que requiere de respuesta inmediata.

Sin duda, el punto central que se convierte en la esperanza de miles de personas, se refiere a la posibilidad de encontrar un tratamiento para su curación.

Sin embargo, la respuesta definitiva tardará algunos años, durante los cuales la pandemia se elevará sin medida si no se establecen acciones contundentes para detener la diseminación de la enfermedad.

Para esto, será necesario sacudir los prejuicios, la desinformación y las falsas alarmas, que se han generado alrededor del SIDA.

Hoy el conocimiento es la principal arma que protege o atenua según el uso a que se le destine.

Esto ha sido tomado en cuenta por muchos países para la elaboración de sus campañas contra el SIDA.

Al hablar de salud, es importante no perder de vista, que México es un país en vías de desarrollarse y por tanto se encuentra en condiciones de absorber todo el costo de investigación y tratamiento médico que representa la población de enfermos diagnosticados con SIDA. Es por ello que cada vez se hace más necesaria la atención que presta a todas las etapas de ella. Para lograr eficacia en la relación costo-beneficio, es decir, todo lo que se invierte en medidas de control y acciones concretas legislativas, educativas, etc. equivale a un porcentaje mínimo de lo que representa el costo hospitalario para tratar a dichos enfermos.

En México, la educación para la salud ha formado parte importante de los programas y actividades que se realizan para fomentar, preservar y restaurar la salud y capacidad del individuo, a través de la persuasión, utilizando tanto la educación formal como la educación masiva. Sin embargo el aspecto jurídico no ha sido descuidado en nuestro país, únicamente por el hecho de que los años y nuevos problemas jurídicos al no contar con una legislación específica, se han ido resolviendo a través

Penal Mexicano vigente.

El presente trabajo ha sido un esfuerzo por analizar los delitos contenidos en el Código Penal vigente, encontrando al tipo que encuadre la conducta, que tipifica el delito del SIDA.

El presente, reclama esta enfermedad transmisible como lesión y propone al legislativo un artículo que tipifique este aspecto tan importante en la vida actual de México.

En el trabajo se define al SIDA y se ubica su surgimiento en los diferentes continentes del mundo.

Se exponen algunos aspectos jurídicos comparados de los diferentes continentes.

Se tratan los antecedentes penales mexicanos en materia de SIDA. Así mismo contiene las conclusiones del tema.

CAPITULO I

CAPITULO I CONCEPTO DE SIDA.

Partiendo de una perspectiva global y cronológica de la aparición del SIDA, el Doctor Mann, Director del programa especial del SIDA de la O.M.S., dividió la historia de la pandemia en cuatro periodos:

El primero, en la década de los setentas, se caracterizó por el silencio, debido a una escasa información entre 1981 y 1985, cuando se hicieron los descubrimientos científicos más relevantes. En 1985 entró un periodo de movilización global y desarrollo de estrategias.

En la actualidad estamos en una etapa que se distingue por la instrumentación de los programas nacionales de SIDA." (1).

"La sigla SIDA es la contracción, según las referencias, de "síndrome de inmunodepresión adquirida" o "síndrome de inmunodéficit adquirido".

(1) NOTICIAS, SIVOCOLNO, 1988, 14. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA No.3.

La multiplicidad de expresiones derivadas de esta abreviatura que, por otro lado, tienen todas el mismo significado, se explica fácilmente por el hecho de que se trata de una adaptación del vocablo anglosajón AIDS (acquired immune deficiency syndrome) que ha suplantado a su predecesor GRID (gay related immune deficiency).

Demasiado restringido, puesto que vinculaba la deficiencia inmunitaria con la homosexualidad masculina.

El SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida corresponde a un déficit inmunitario crónico inducido por virus, cuyo agente etiológico es un retrovirus denominado, VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

El déficit de inmunidad celular es responsable de un determinado número de manifestaciones clínicas cuyo listado permite formular el diagnóstico de SIDA siempre que pueda afirmarse la responsabilidad del VIH debido al descubrimiento, en el individuo, de anticuerpos dirigidos contra ese virus (serodiagnóstico) y/o del virus mismo.

El SIDA representa simplemente la consecuencia más

grave de la infección por el VIH.

Una sintomatología más moderada, hasta indefinida, o incluso una ausencia total de síntomas clínicos son eventualidades más frecuentes que el SIDA mismo, a pesar de que siempre exista el riesgo de un pasaje al SIDA " (2).

La historia del SIDA está jaloneada por múltiples anuncios ruiseños o terroríficos, controversias científicas, debates acalorados. Podemos definir tres vastos sectores geográficos del SIDA;

El primero de ellos, cuya situación es tan catastrófica que va a llegar al punto en el cual ya no será posible regresar, es África. Allí el virus se difunde por la vía heterosexual, por la vía sanguínea y también se transmite de madre a hijo.

El segundo es América del Norte y Europa, en donde el virus se ha propagado sobre todo entre los homosexuales jóvenes y los drogadictos, pero en donde también ha empezado a difundirse por la vía heterosexual.

(2) CASSUTO, JILL-PATRICE; PESCE, ALAIN. SIDA. PAIDOS. ARGENTINA. 1987.

El tercer sector geográfico concerniente a Asia, es donde sólo los hemofílicos se han contaminado a través de la aportación de factores derivados de la sangre y en donde, según parece, los únicos casos comprobados han contraído la enfermedad en otra región y no en su continente de origen.

Antes de entrar al desarrollo del presente capítulo observaremos brevemente la distribución global de los focos de infección del VIH, cuyo estudio aportará algunas claves sobre el origen del virus. (ANEXO I).

Las principales áreas endémicas del virus son la cuenca caribeña y el Suroeste de Asia. Otra posible área endémica, aún sin confirmar, sería Nueva Guinea. Entre las zonas con niveles intermedios de infección se cuentan algunas del África Ecuatorial e Iberoamérica. En otras áreas existen focos débiles de infección. No se dispone de datos epidemiológicos de muchas zonas. El descubrimiento de virus extraordinariamente parecido al VIH en ciertas especies de monos africanos sugiere que el virus pudo originarse en África y transportarse al resto del mundo a través de rutas comerciales".(1).

(1) SINGHESI F., SARRE, CHEEMAN J.D., PETERABUM W. EL SIDA EN PREGUNTA. EL VISIÓN. MADRID. 1984.

A).- ANTECEDENTES EN AMERICA.

"El SIDA apareció por primera vez en el año de 1981 y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Durante los primeros años y hasta 1983, se habían elaborado diversas hipótesis concernientes al agente etiológico del SIDA, la cual alimentó incontenibles fantasmas concernientes al sexo, al amor, las drogas, el poder y la muerte. El agente causal era desconocido y el número de muertes iba en aumento. Más adelante, en combinación con un grupo de clínicos en Francia lograron aislar un nuevo virus, un retrovirus responsable de la pérdida de las defensas del organismo y de la aparición del SIDA. Ya se conocía al agente pero ¿en dónde se encontraba?. ¿de dónde provenía?. ¿cómo se transmitía?. todas estas preguntas seguían alentando la psicosis: apenas se anunciaba que el virus del SIDA (VIH) se encontraba en la saliva: cuando ya nadie se atrevía a asistir a una cafetería por temor a contagiarse. El sudor, para mucha gente se encontraba el virus: en el caso de Nueva York las personas usaban guantes por temor a un contacto.

Esto vino sucediendo, hasta que, se informó que los medios de transmisión eran las relaciones sexuales y la vía sanguínea" (4).

"Durante el periodo transcurrido entre el mes de octubre de 1980 al mes de mayo de 1981, cinco hombres jóvenes, todos ellos homosexuales, estuvieron sometidos a tratamiento debido a una neumonía causada por el Pneumocystis carinii (infección oportunista que se presenta en la infección por el VIH), en tres hospitales diferentes en la Ciudad de los Angeles California. Dos de esos pacientes ya fallecieron. Esos cinco pacientes también estaban afectados con infecciones, confirmadas por el laboratorio, causadas por algunos otros virus oportunistas.

(4) SINDOUSSI F. BARRE, CHERMAN J.C., ROZENBAUM W. EL SIDA EN PREGUNTAS, EDIVISION, MEXICO, 1989.

Es así como el 5 de junio de 1981 se hace del conocimiento médico los primeros casos de lo que posteriormente se denominaría SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). El incremento en el consumo de un medicamento llamado Zidovudine (distribuido por el centro de Atlanta) fue el reflejo.

Posteriormente la aparición del SIDA en un joven homosexual Estadounidense es sorprendente en los Estados Unidos cuando al chequear sus archivos detectan que esta enfermedad era propia de mayores de 50 años. Los investigadores al estar preocupados por las neumonías y el síndrome de Kaposi bautizaron a esta enfermedad como el Síndrome de Gay (AID) (gay related immunodeficiency). Sin embargo en el mes de octubre de 1981 se observa que no solamente los homosexuales eran afectados con esta enfermedad, pues se contaba una mujer entre éstos. El calificativo de gay se retira en ese momento de la denominación de estos pacientes. A las nuevas descripciones de este síndrome se le denominó "AIDS" (acquired immunodeficiency syndrome). En francés y en Español Síndrome de Inmune

deficiencia adquirida." (5).

"En 1983 el Doctor Robert C. Gallo, quien habia iniciado sus investigaciones a finales de 1982, aporta las primeras pruebas de la presencia de retrovirus, distinto al HTLV III, en tejidos de pacientes con SIDA. Al mismo tiempo en Francia el Dr. Montagnier y sus colaboradores informan del aislamiento de un nuevo retrovirus, obtenido de un paciente que presentaba linfadenopatía ("glándulas hinchadas"), típica de algunos casos de SIDA.

Posteriormente se organizó un comité formado para resolver los problemas generados por la atribución de varias designaciones a un mismo objeto biológico, rebautizándolo con el nombre de VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida)." (6).

Respecto a la situación epidemiológica del SIDA, éste se encuentra en las grandes ciudades.

(5) SINOUSSE F., BARRE, CHERMAN J.C., ROZENBAUM W. EL SIDA EN PREGUNTAS. EDIVISION, MEXICO, 1987.

(6) C. GALLO, ROBERT, EL VIRUS DEL SIDA. POPULATION REPORT, 1987. THE JOHNS HOPKINS SCHOOL OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH, UNITED STATES.

En Nueva York, un adulto de cada diez están infectados por el virus del VIH, es decir alrededor de 500 000 personas, y los 10 000 casos de SIDA en Nueva York y del Estado de Nueva Jersey representan la tercera parte de los casos de todos los Estados Unidos. Después viene California (alrededor de 9 000 casos de SIDA). Sobre todo en la ciudad de San Francisco; en seguida Florida con la ciudad de Miami (2 000 casos) y por último, Texas con 1500 casos de SIDA." (7).

"La infección por el VIH y el SIDA se han convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los Estados Unidos. Como se considera que en ese país están infectados por el VIH cerca de un millón de habitantes, cabe esperar que la morbilidad y la mortalidad por esta causa aumente en los próximos años y que siga elevándose el número de casos del SIDA.

(7) SINOSSI F. SARE, CHERMAN, JD. ROJENBAUM W. EL SIDA EN PREGUNTAS. EDIVISION, MEXICO. 1989.

Aunque el impacto social y médico de esta enfermedad será profundo. En la atención médica solamente se gastarán miles de millones de dólares. Lo más triste de todo será la pérdida de miles y miles de vidas". (5).

En el CANADA la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) empezó a finales de los años setenta. Hoy día, los Canadienses están experimentando sus consecuencias: es decir, un aumento creciente de casos del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con sus consiguientes repercusiones sociales y políticas.

En 1978 se diagnosticó el primer caso de SIDA en un paciente del Canadá y en 1982 el Centro de Laboratorios para el control de Enfermedades estableció un sistema para seguir de cerca la epidemia del SIDA que estaba apareciendo en el país.

(8) DUINN THOMAS C. PERSPECTIVAS DE LA EPIDEMIA DEL SIDA. EXPERIENCIA EN ESTADOS UNIDOS. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1988.

En la actualidad, el SIDA, es una enfermedad de notificación obligatoria en las 10 provincias y dos territorios del Canadá.

Hasta Septiembre de 1988 se habían notificado en el Canadá 2 000 casos de SIDA. 50% de los cuales aparecieron en las provincias de Ontario, Quebec y Columbia Británica.

En el Canadá hace falta conocer mejor la epidemiología de la infección causada por el VIH.

Hasta el momento, sólo se han realizado algunos estudios de seroprevalencia en varones homosexuales.

Sin embargo, basándose en varias aproximaciones epidemiológicas y matemáticas independientes, se estima que aproximadamente 30 000 Canadienses estaban infectados por el VIH a principios de 1988. Esta es una estimación forzosamente bruta y el verdadero número de individuos podría ser tan bajo como 10 000 a tan elevado como 50 000.

Durante los pasados cinco años, la investigación sobre el SIDA y la infección por el VIH en el Canadá se ha realizado fundamentalmente en los tres grandes centros urbanos que tienen incidencia de SIDA más elevadas: Toronto, Montreal y Vancouver; a medida que progresa la epidemia, se están formando equipos de investigación en otros centros urbanos.

Las pruebas para la detección de anticuerpos contra el VIH son gratuitas y están a disposición de cualquier Canadiense que las solicite. Actualmente, el programa de detección del VIH en el Canadá consiste en la solicitud individual voluntaria de pruebas, ya sea por motivos clínicos o personales, y de la detección selectiva anónima de poblaciones para fines epidemiológicos. "

(9).

(9) AZDRIEN D. HANMINS C. REMIS R. EXPERIENCIAS CANADIENSES CON EL SIDA Y LA INFECCION POR EL VIH.

A continuación se hará una breve reseña sobre los antecedentes en nuestro país México.

En la conferencia inaugural del primer congreso nacional del SIDA, el Dr. Guillermo Soberón, enfatizó: "todavía se escuchan voces de incredulidad que niegan importancia al SIDA como problema de Salud Pública y aún otras que esperan que surgiera una mágica solución al mismo.

La definición de una enfermedad como problema de salud pública se hace entre parámetros, por su frecuencia, su letalidad, su costo, su capacidad de transmisión. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye, por sus características en cuanto a esos parámetros, un problema de la más alta prioridad nacional. (10).

En México, los primeros casos se diagnosticaron en 1983, los pacientes habían empezado su padecimiento

(10) SOBERÓN GUILLERMO. SIDA. CARAC. GLEBALES DE UN PROBL. DE SALUD PÚB. SALUD PÚBLICA, MEXICO, 1986.

en 1981, año que se considera como de inicio de la epidemia en nuestro país. En 1985 comenzó la detección de anticuerpos anti-VIH en muestras de suero. En febrero de 1986 se integró el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA)." (11).

"De 1981 a la fecha, el número de casos de SIDA ha ido en aumento en México aproximadamente al 10% por mes. Hasta el 10. de mayo de 1988 se habían notificado 1367 casos, de los cuales 1270 (92.95%) correspondían a hombres y 86 (7.15) a mujeres.

La distribución global es diferente según la región que se considere. La mayor proporción de casos se concentra en el D.F., que se acumula el 37% de ellos (500 casos). Esta ciudad, tiene también la tasa de incidencia acumulada más alta por millón de habitantes a nivel nacional.

(11) SEPULVEDA ANDR JAIME. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y COGNOSCITIVAS DEL VIH EN MÉX. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, 1988. MÉXICO.

Las tasas más altas por millón de habitantes se presenta en el D.F. (50.3), en el Estado de Jalisco (34.3) y de los Estados de las Fronteras Norte, Baja California Norte (27.6), Coahuila (27.0) y Nuevo Leon (24.2). Si bien el estado de Yucatán ha notificado 37 casos, tiene una tasa de incidencia de 0.0 casos por millón de habitantes. (12).

"En México, la vigilancia epidemiológica del SIDA ha requerido de una definición de caso, la cual también se ha ido modificando. En Marzo de 1987 se formuló la primera definición, la cual agregaba algunos nuevos criterios a los ya establecidos. En el mes de Septiembre del mismo año, se adoptaron las medidas implementadas por la O.M.S. respecto a la prueba de detección.

Los casos se clasificaron por nivel socioeconómico: en el nivel alto se incluyeron las siguientes categorías: profesionistas, técnicos y funcionarios, trabajadores de la enseñanza, funcionarios públicos y privados, administradores, propietarios e inspectores agrar-

(12) DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA SITUACIÓN DEL SIDA EN MEXICO, MAYO DE 1989, BOL. MENSUAL SIDA.

pequeros, jefes de departamento y oficina, supervisores y capataces industriales, comerciantes y vendedores. En el nivel socioeconómico bajo se agruparon: obreros, campesinos, trabajadores ambulantes, trabajadores domésticos, de armas y de seguridad y prostitutas. En el rubro "otro" se agruparon: estudiantes, amas de casa, desempleados, reclusos. (13)

"Las manifestaciones clínicas en los pacientes con SIDA han variado dependiendo de las regiones geográficas. El grupo más afectado continúa siendo el hombre homo y bisexual que habitan en las grandes ciudades. En forma geográfica el grupo más afectado es el grupo socioeconómico el grupo más afectado es el grupo alto". (14)

(13) GARCIA GARCIA MA. DE LOURDES MD. MANIFESTACIONES CLINICAS EN PACIENTES CON SIDA. SALUD PUBLICA DE MEXICO. 1988.

(14) DIR. GRAL. DE EPIDEMIOLOGIA. CONSIDERACIONES SOBRE LAS TENDENCIAS DEL SIDA EN MEX. BOL. MENSUAL SIDA. 1987.

A pesar de toda la extensa literatura científica publicada en los últimos años sobre el SIDA, existen pocos informes en México que describan y analicen la situación de nuestro medio.

En marzo de 1987, salió a la luz una publicación mensual editada por la Dirección General de Epidemiología y el Comité Nacional para la Eliminación del SIDA (CONASIDA), que se encarga de difundir información epidemiológica oportuna y periódica sobre la situación del SIDA en la República Mexicana, así como sobre las actividades de prevención y las medidas de control que la Secretaría de Salud ha adoptado.

El Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) se ha convertido en México en el centro de referencia para los pacientes adultos con SIDA, por lo cual es importante la divulgación de la información y experiencia acumulada en esta Institución sobre los aspectos específicos encontrados en la población mexicana que padece esta enfermedad.

La revista de investigación clínica, que es el órgano oficial del INNSZ, publicó un suplemento a finales del año de 1987 sobre la experiencia clínica de esta Institución en el manejo de pacientes adultos con SIDA. En este suplemento se describen y analizan los hallazgos encontrados en los primeros 93 pacientes estudiados de enero de 1983 a agosto de 1987, siendo hasta la fecha el informe más extenso que se ha publicado en México.

Este suplemento consta de 12 artículos que se encuentran clasificados de acuerdo al tipo de alteraciones de cada paciente.

Algunas conclusiones de este suplemento son:

En México, el factor de riesgo en los pacientes fue la homosexualidad.

Las proporciones de casos adquiridos por contactos con extranjeros disminuyó con los años.

La manifestación inicial de SIDA fue una infección

oportunistas en 73.5% de los casos y el Sarcoma de Kaposi en el 20.4% restante.

El 76% de los enfermos de SIDA presentó alteraciones gastrointestinales, predominando la diarrea, pérdida de peso y candidiasis.

Se realizaron 21 autopsias y se observó que el 95% de estos murió a causa de la infección oportunista.

De los pacientes estudiados, 65% había realizado estudios profesionales o de especialización; estaban en edad productiva, perteneciendo 77% a una clasificación socioeconómica media o alta. (15).

"En C O L O M B I A, después de que se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1983, el Ministerio de Salud estableció un programa nacional de lucha contra el SIDA

(15)URIBE JUNISA PATRICIA. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA. 1987. (8 SUPLEMENTOS).

y se comprometió a controlar la expansión del virus de la inmunodeficiencia adquirida VIH en todo el país. Como resultado de este programa iniciado en 1984. El sida pasó a ser una enfermedad de notificación obligatoria y en todos los bancos de sangre de la nación se estableció la obligatoriedad de efectuar pruebas de detección del VIH en los donantes de sangre. Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Salud en Colombia, en Bogotá, inició los estudios seroepidemiológicos destinados a proporcionar al Ministerio de Salud información actual sobre la prevalencia de la infección del VIH en el país.

La infección por el VIH-1 y el SIDA se hallan ampliamente distribuidos en Colombia y probablemente afecta a la mayoría de las zonas urbanas del país. Hasta la fecha, el patrón de la infección parece que es similar al observado en Europa, Estados Unidos, siendo los varones de edades comprendidas entre los 20 y 39 años los que mayoritariamente padecen el SIDA.

Es probable que dichos varones se infectaran principalmente por actividades homosexuales, no obstante

también hay evidencia de transmisión heterosexual del VIH-1 en Colombia. No se han notificado casos en toxicómanos que se inyectan en este país.

De enero de 1984 a diciembre de 1987, se notificaron 176 casos de SIDA al Ministerio de Salud.

El análisis de su ubicación, teniendo en cuenta el número limitado de casos registrados en la mayoría de las ciudades más grandes, sugiere que el SIDA está ampliamente extendido en Colombia. (16).

"En B R A S I L, los primeros cinco casos de SIDA registrados, ocurrieron en el Estado de Rio de Janeiro y 4 en el De São Paulo).

Desde antes la incidencia sufrió grandes incrementos teniendose registrados en el territorio Nacional, durante los primeros siete meses del 1982. 914 casos, una gran porción de los cuales ocurrieron en las grandes metrópolis. Mientras que las áreas urbanas de menor im
(16) ROSHELL, JORGE, RACHARNA S. MANUEL, GARCIA MARCELO, OTROS. SIDA EN COLOMBIA. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. O.M.S., 1988.

portancia han empezado a incrementar su número de incidencia en forma muy rápida. La población afectada se encuentra entre los hombres de 35 a 40 años de edad.

El 80% de los casos notificados fueron transmitidos por contacto sexual. En los últimos 3 años se tuvo considerable aumento en los casos transmitidos por vía perinatal." (17).

"En la A R G E N T I N A, hasta julio de 1988 se habían notificado 157 casos de SIDA de los cuales 12% tenían antecedentes de toxicomanía por inyecciones intravenosas. La prevalencia de infección por VIH es elevada y variable, según el tipo de toxicomanos por inyección de que se trate. Así se pudo identificar a un 22% de un grupo de toxicomanos que participaban en grupo de rehabilitación; un 35% de los reclusos en una prisión federal y un 39% de los que acudieron espontáneamente a consultar sobre el VIH.

(17) GUERRA MACEDO RODRIGUES DE LAIR, CHEQUER, PEDRO, SIDA NO BRASIL, 1988, BOLETIN DE LA OFICINA PANAMERICANA DE SALUD, O.M.S.

Una vez que la infeccion por VIH se establece en un grupo de toxicomanos que se inyectan, estos se pueden convertir en la fuente mas importante de transmision heterosexual del virus en la zona.

En la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores asi como en otras comunidades urbanas del pais, la toxicomania por inyeccion ha experimentado un notable incremento en los últimos años. Esta situacion ha determinado un aumento de la incidencia de infecciones por el "SIDA" por Virus A. " (18).

Desde sus inicios en 1975, el Centro de Epidemiologia del Consejo Interamericano para el Desarrollo Social, los datos que provienen de la vigilancia de las enfermedades transmisibles en sus 19 paises miembros: ANGUILA, ANTIGUA Y BARBUDA, SAHAMAS, BARBADOS, BELICE, BERMUDAS,

(18) DIAZ LESTAEM MARCELO, FAINSOIM HUGO, MENDEZ NORA, BOXACA MARTHA, LIPONATTI OSVALDO, CALELLO MIGUEL ANGEL, OTROS, PREVALENCIA DE INFECCION POR EL VIH-1 EN ENFERMOS DE HEPATITIS VIRICA CON ANTECEDENTE DE TOXICOMANIA POR INYECCION, BOLETIN DE LA O.P.S. DE LA O.M.S., 1983.

DOMINICA. GRENADA. GUAYANA. ISLAS CAIMAN. ISLAS TURCAS Y CAICOS. ISLAS VIRGENES BRITANICAS. JAMAICA. MONTSE-RRAT, SAN KITTS Y NEVIS. SANTA LUCIA. SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS. SURINAME. TRINIDAD Y TOBAGO. Estos países comprenden una población de 5.7 millones de habitantes y tienen en común una historia de Colinaje y problemas similares, especialmente en el campo de la salud.

La vigilancia del SIDA en la región comenzó en 1982; desde 1985, los países han notificado sistemáticamente al CAREC los casos de SIDA, utilizando el formulario estándar de la Organización mundial de la Salud. Las primeras pruebas de laboratorio para el VIH se iniciaron en 1985, primero en Trinidad y Tobago y posteriormente en muchos otros países. En agosto de 1988, casi todos los países y territorios ya disponían de equipos y suministros para efectuar pruebas de detección del VIH y habían capacitado a sus técnicos con la colaboración del CAREC.

El SIDA es un grave problema en los países del Ca-

Caribe, donde la tasa de incidencia anual es una de las más elevadas del mundo. Como el virus se introdujo a finales de la década de los sesenta, al principio entre la población homosexual por homosexuales y bisexuales que viajaban del Caribe a América del Norte, y teniendo en cuenta que el SIDA con frecuencia tiene un periodo de incubación de 7 a 8 años o más, el incremento anual de los casos de transmisión heterosexual ha sido extremadamente rápido.

Se piensa que la mayoría de los homosexuales que viven en la zona del Caribe, a diferencia de los que viven en los Estados Unidos, tienden a ser bisexuales porque la "homosexualidad" es considerada una "zona" difícil de seguir un estilo de vida abiertamente homosexual: muchos homosexuales están casados, tienen hijos y quizá continúan manteniendo relaciones homosexuales y bisexuales a la vez.

Los gobiernos caribeños, enfrentados con la creciente amenaza del SIDA y de la infección por el VIH, han tratado muy seriamente el problema; se han establecido

comités nacionales sobre el SIDA, se han comenzado a educar a los trabajadores de salud y al público general, y actualmente en casi todos los países se realizan pruebas de detección del VIH en el sangre suada. La mayoría de países han comenzado a llevar a cabo programas a corto plazo (1 año) para la prevención del SIDA, y muchos han elaborado planes a mediano plazo (tres años) que cuentan con la colaboración del programa de la O.P.S. Y LA O.M.O. sobre el SIDA en las Américas y del CAREC. (19).

"En C U B A, las acciones de prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se remontan a principios de 1987, cuando se creó la Comisión Nacional Multidisciplinaria que tenía como objetivo fundamental asesorar al Ministerio de Salud Pública acerca de las medidas que debían de adoptarse para prevenir la enfermedad, mucho antes de que se notificara el primer caso a mediados del año de 1986.

(19) NARAIN JAI P., PAUL B. HOSPEDALES C.J., MANJEIR S. BASSET. D.C. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA Y DE LA INFECCION POR EL VIH EN EL CARIBE., O.P.S., 1988.

Las primeras medidas tomadas consistieron en la suspensión de las importaciones de hemoderivados procedentes de países que habían notificado casos, y la implantación de sus sistemas de vigilancia epidemiológica especial de los enfermos con Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

A finales de 1985, cuando ya se disponía de pruebas para detectar los anticuerpos contra el virus causante de ésta enfermedad, se diseñó un programa de control mucho más completo y eficiente. La finalidad de este programa, iniciado en enero de 1986, era dirigir sobre bases científicas las actuaciones en el campo de control de la diseminación del SIDA, fenómeno que se estaba produciendo en numerosos países de varios continentes.

Los resultados de las investigaciones seroepidemiológicas de prevalencia y circulación del VIH se refieren a una tercera parte de la población cubana en edad sexualmente activa. El tamaño de esta población, así como los estudios serológicos de parejas de contactos y la eficacia de medidas de prevención y control aplicadas--

das. nos permiten concluir que el nivel del SIDA es muy limitado y que lejos de mostrar incremento evidenciado, en Cuba a tendido a disminuir.

Hasta la fecha se han efectuado 2 224 748 pruebas seriológicas para detectar anticuerpos contra el VIH en grupos de riesgo y en otros grupos de la población. obteniendose una prevalencia de seropositividad de 0.01 seropositivos / 100. Con este programa se han estudiado aproximadamente a la tercera parte de la población en edad sexualmente activa". (20).

"En V E N E Z U E L A, el Centro Nacional de referencia en inmunología clínica ha investigado prospectivamente 240 pacientes infectados por el VIH, para intentar determinar las características inmunopatogénicas de la infección por este virus". (21)

(20) TERRY MOLINTE, GALBÁN GARCÍA ENRIQUE, OTROS. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CUBA, 1995.

(21) ECHEVERRÍA PÉREZ GLORIA, OTROS. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN VENEZUELA, 1995.

B).- ANTECEDENTES EN EUROPA.

Europa puede dividirse en tres sectores: el primero, Europa del Norte, incluyendo a Francia, en donde el SIDA se desencadenó uno o dos años después que en Estados Unidos y en donde la distribución de personas de riesgo está representada, lo mismo que en Estados Unidos, por una gran mayoría de homosexuales afectados, alrededor del 75% y con el 25% de personas de origen africano; el resto está repartido entre drogadictos, hemofílicos y casos de transfusiones. Suiza tiene el mayor número de casos por cada millón de habitantes, seguida por Dinamarca y después por Francia. Sin embargo, en Francia se encuentran más de la tercera parte de los casos europeos registrados (1500 de los 4000 casos), cuya mayoría se encuentra en París.

El segundo sector europeo está representado por el sur de Europa: España, Portugal, Italia y Yugoslavia, en donde los drogadictos son más numerosos que los homosexuales afectados. Representa un sector importante na-

ra la propagación del virus VIH: entre los drogadictos, hay tantas mujeres como hombres infectados por el virus y la transmisión se lleva a cabo a través de las jeringas utilizadas y no desinfectadas y (c) por la relación sexual, de hombre a hombre, de hombre a mujer y también de mujer a hombre.

Por último, el tercer sector está representado por los países del Este, en donde el virus todavía no ha hecho su aparición entre la población. Hay algunos hemofílicos que han recibido factores antihemofílicos importados de Occidente.

En Europa, la población más afectada es la de los hombres entre los veintinueve y los cuarenta y dos años de edad, es decir, una población activa, por lo general educada y que forma parte del medio ambiente promedio. Además del elevado costo del tratamiento de un enfermo afectado por el SIDA, las naciones pierden un capital considerable en cuanto al potencial de años perdidos tratando de corregir a los especialistas.

C).- ANTECEDENTES EN AFRICA.

A partir del año de 1981 fue cuando se empezó a sospechar de la presencia del SIDA en Africa. En efecto, el reconocimiento del SIDA en Europa entre los enfermos de origen africano, ha permitido llegar a la conclusión de que, por lo menos, veintidós países africanos estaban afectados: el 12% de los casos hospitalizados en la actualidad en Europa son de origen africano, con una mayor proporción en Bélgica, en donde sobre todo se trata de enfermos procedentes de Zaire. Fue así como se descubrió uno de los focos mundiales del SIDA, Africa Central.

Se organizaron varias misiones científicas y médicas. Con autorización del gobierno de Zaire, la mayoría de los laboratorios volvió a sacar los sueros recolectados en Africa para otras investigaciones antiguas, en especial durante el curso de los Estudios sobre la vacuna contra la hepatitis-B. Surgieron los primeros resultados: Zaire y Africa Central estaban contaminadas por el virus del SIDA.

La investigación de los anticuerpos circulantes con-

tra el virus de la inmunodeficiencia humana, testigo de una infección causada por el virus del SIDA, ofrecía valores de los más contradictorios sobre el estado del SIDA, en África, y en especial en lo que concernía a la situación de la población normal. Algunos informes mencionaban la contaminación masiva de diferentes países; en realidad se trataba de falsas reacciones, debidas a la calidad de los sueros utilizados y a todo a su mal estado de conservación.

Las misiones enviadas al lugar mismo examinaban a los enfermos que sin la menor duda estaban contaminados por el SIDA, pero cuyo cuadro clínico se apartaba de la descrita por el Centro de Investigación y Control, en los casos de los enfermos norteamericanos y europeos.

Era necesario redefinir el SIDA en África, el cual se caracteriza por un extremado adelgazamiento, una pérdida de más del 10% del peso corporal normal, acompañado de las diarreas entre la mayoría de los enfermos hizo que se hablara de un SIDA húngaro en África. El SIDA se manifiesta por ciertas infecciones oportunistas sobre todo candidiasis esofágica, meningitis cribradas

por *Cryptococcus* y manifestaciones herpéticas crónicas y ulcerosas.

El Sarcoma de Kaposi, denominado es uno de los cánceres que se encuentran entre los enfermos afectados de SIDA.

La transmisión del SIDA en África, es una de las características esenciales del SIDA en África, es que ninguno de los factores asociados a los grupos de riesgo censados en Estados Unidos o en Europa: homosexuales o bisexuales del sexo masculino, drogadictos que se inyectan por la vía intravenosa, hemofílicos, mujeres que son parejas sexuales de individuos de riesgo, o niños.

Entre los enfermos africanos hay tantas mujeres como hombres y la edad promedio es de alrededor de treinta y cuatro años. En el Tercer, de acuerdo con los datos publicados, hay 320 casos por cada millón de habitantes y la incidencia en el año de 1987 se calculaban en alrededor de 500 a 1000 casos por cada millón de habitantes.

Una de las formas de transmisión es la vía sanguí-

nea no sólo en el momento de las transfusiones, sino también a causa de la contaminación de la sangre, debida a las deficientes reglas de higiene hospitalaria: a saber, la falta de esterilización de jeringas y la repetición del material de empleo de un enfermo hospitalizado a otro. Testigo de ello es una mayor incidencia de los sujetos infectados en el hospital: un 20% contra un 5% entre la población general en Zaire central. La forma de transmisión más difundida en Africa es la vía sexual, de hombre a mujer, pero también de mujer a hombre, ya sea que se trate de Zaire, de la República Centrafricana, de Congo o de Guinea. En Zaire se observa una progresión del número de mujeres prostitutas infectadas, de un 7% en el año de 1980, un incremento al 50% en el año de 1984, para llegar a alrededor del 95% en 1986, de acuerdo con los numerosos informes científicos. También se observa un aumento en el número de hombres contaminados por el contacto sexual con esas prostitutas, confirmando así la transmisión de la mujer al hombre, como ya se frecuentaba en Europa y en América del Norte.

El virus VIH también se transmite de la madre al hijo recién nacido, ya sea durante el embarazo o bien en el momento del parto.

El virus del SIDA de los monos, llamado SIV (SIMIAN IMMUNO DEFICIENCY VIRUS), virus de la inmunodeficiencia del simio, todavía llamado STLV-III, infecta a los monos verdes de Africa sin provocar en ellos la enfermedad: en cambio, cuando se inocula a los macacos con dicho virus, aparece un SIDA cinco meses después de la inoculación.

Para el grupo de Max Essex, ese virus muy bien podría ser el origen de la enfermedad humana: los nativos comían carne de mono, al pastorear la carne, podría tener lugar una contaminación a través de la sangre y el virus podría infectar al hombre.

En la República centroafricana se llevó a cabo un estudio preliminar en una región de maleza poblada de monos donde habitan los pigmeos, se alimentan con la carne del mono.

Si el mono es el origen del SIDA en el hombre, quizá esto solo ha sido en una especie restringida. Considerando al ancestro del virus HTLV1 de la leucemia, el virus SIV

parece ser de reciente aparicion en el mono verde de Africa, puesto que no se han encontrado en los monos importados de Africa al Caribe (Haiti) hace unos cien años.

Uno de los argumentos más importantes en favor del origen africano del virus del SIDA fue el ofrecido por el descubrimiento del virus STLV3 en el mono verde de Africa y del virus humano LAV 2 O HTLV3, intermeriante entre el virus del mono y el virus humano. El prototipo que causa estragos en Europa y en America. Sin embargo, parece que la dispersion del virus y de la enfermedad es reciente en Africa pues lo establecieron por una parte los datos de los médicos belgas asonados al Congo Belga antes de la independencia. Y por otra parte la ausencia del virus del mono verde en Haití, un mono que importó el Caribe hace cien años como acabamos de verlo.

El profesor J. Bonnet es un médico especializado en el SIDA en el hospital Saint-Luc en Bruselas. Fue el quien, junto con H. Blanche, reconoció los primeros casos de SIDA en Zaire con motivo de su aparicion en Bélgica. Desde el año de 1987 hasta 1988, fue el res-

ponsable del departamento de medicina interna en Kinsasa y como tal, es uno de los mejores expertos para afirmar que el SIDA no existía en esa época en el Congo Belga, convertido después de su independencia en Zaire, o bien, que era muy raro.

En el Congo Belga: en la época de la colonización, no se autorizaba a la población negra a desplazarse de una región a otra y sobre todo a entrar a las ciudades, sin antes someterse a un control médico que demostrara que el sujeto no padecía ninguna enfermedad transmisible por la vía sexual. Si el virus existía, quizá estaba confinado a una región de Zaire, sin manifestarse de una enfermedad como el SIDA, que de inmediato se habría reconocido por el número de muertos o de enfermos que presentaban una sintomatología de la enfermedad.

A partir de la independencia de Zaire, en el interior del país se produjeron algunos movimientos de la población después de la abolición de las barreras sanitarias. Las ciudades se poblaron de nuevos habitantes procedentes de las zonas rurales, como consecuencia de que fuese de las suenas entre las crisis o de las rebeliones

nes. Al no haber ya barreras entre las tribus y con el incremento de los viajes aéreos y por consiguiente, del número de visitantes extranjeros, bastaba para que un virus en equilibrio biológico se difundiera en forma insidiosa a través de las ciudades africanas hasta llegar a una proliferación que lo llevo a convertirse en el agente de una enfermedad tan terrible como el SIDA.

El virus VIH pasó por las ciudades occidentales de Africa central a través del cauce de visitantes extranjeros: en efecto, durante la década de 1950, incontables colaboradores extranjeros llegaron al Haiti para controlar la crisis causada por la independencia del Congo y, pudieron llevar el virus a Africa o quizá lo recibieron para transmitirlo en Estados Unidos y en otras partes.

D).- ANTECEDENTES EN ASIA.

Según parece, el virus VIH todavía no ha penetrado en Asia a pesar de la promiscuidad sexual que impera en ciertos países.

El asiático no resistente al virus: se han presentado algunos casos de SIDA entre los chinos, y los japoneses que residen en Estados Unidos y algunos helenofílicos están contaminados. La detección de algunas prostitutas en Tailandia y en Singapur ha demostrado que sólo un reducido porcentaje de mujeres esté contaminado, a pesar de la abundancia de clientes originarios de Europa o Estados Unidos. Esta época a pesar de que en Asia, el virus no se transmite fácilmente del hombre a la mujer, lo que es muy común en otras regiones.

Puesto que ya se conoce al agente etiológico causal del SIDA, es necesario que haya acciones médicas para evitar la propagación del virus. (22)

E).- ANTECEDENTES EN OCEANIA.

En el área médica, no se cuenta con bibliografía de referencia, que contenga los antecedentes de este continente, por lo que no se cuenta con datos en el presente inciso.

(22) BARRE, F. SINOUSSE, CHERMAN, ROZENEBAUN W. EL SIDA EN PREGUNTAS. 1989.

CAPITULO I

CAPITULO II. REGLAMENTACION JURIDICA MUNDIAL.

Nadie duda ya de que el SIDA constituye una amenaza de enormes proporciones. Más de 50 países han notificado casos de la enfermedad. Hay partes de Africa central en las que el VIH, el fatal virus de inmunodeficiencia humana que deja al organismo humano sin defensa contra la infección afecta a más del 25% de algunas comunidades.

El SIDA se está convirtiendo rápidamente en una enfermedad de familia. Como Elizabeth Fain explica, que con el SIDA dentro de unos cuantos años habrá más mujeres contagiadas que hombres. Solamente en Africa, se calcula que el número de hijos y mujeres contagiadas llegará a un millón para 1992.

Fero el SIDA no es una enfermedad exclusivamente americana. o africana. el Brasil tiene el mayor número de casos de America Latina y ocupa el cuarto lugar en el mundo después de los Estados Unidos. Uruguay al Cairo aproximadamente la mitad de todos los procedimientos por vía intravenosa examinados en laboratorio tienen el VIH. Este virus no respeta ninguna frontera y se extiende --

sin reparar en la raza, la cultura, la religión, la edad, el sexo, o las preferencias sexuales.

Es una enfermedad tan sutil que hace creer al enfermo que no la tiene. Como un caballo de Troya, el virus puede estar latente en el cuerpo humano durante 10 años o más, nadie lo sabe con seguridad, antes de lanzar el ataque contra el sistema de la inmunidad. Durante ese período un solo individuo puede contagiar a otros, a menudo a los que más quiere. Una vez que el virus penetra en una sociedad, se extiende siguiendo la línea menor de resistencia, que suele llevarla directamente a las comunidades más vulnerables.

Mientras no haya cura para el SIDA, el mundo en desarrollo, que es donde más predomina el virus entre parejas heterosexuales, se enfrenta con un problema de enormes dimensiones. La mayor parte de las enfermedades mortales afectan principalmente a las personas de edad avanzada, pero el SIDA está secando la vida de personas que se encuentran en el mejor momento de su vida. Es así como expresaron a las Naciones Unidas para prevenir la propagación, la única forma que puede

actuar el Estado, es con la creación de normas legislativas de protección al ser humano sano. (23).

A).- ANTECEDENTES EN AMERICA.

Unicamente 17 países han realizado alguna actividad jurídica, para evitar la propagación del SIDA y son:

B A R B A D O S. Instrumento jurídico editado en junio de 1985, para la creación de un Comité de SIDA. (24)

E E L I C E. Decreto de 1987 relativo a enfermedades infecciosas (SIDA). su objetivo del texto es: el SIDA es una enfermedad que afecta a la salud pública, sentir del procedimiento relativo a la salud pública. (25)

B E R M U D A S. Decreto de 1985 relativo a la salud pública (enfermedades transmisibles, SIDA). el objetivo de este decreto es que el SIDA es una enfermedad transmisible de primer categoría, de la parte V de la ley de 1949, relativa a la Salud Pública en donde señala la categorización de enfermedades de primer categoría.

(23) OMS, DAA WHO GUIDELINES, GENEVA, 1987, p. 1.

(24) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICOES, OMS, P. 10

(25) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICOES, OMS, P. 10

En 1986 hay un Decreto relativo a la Salud Pública enfermedades transmisibles SIDA en el que contiene: la infección por el VIRUS HTLV III es de la misma clase que una enfermedad transmisible de primer categoría, por lo que queda sujeto a declaración obligatoria. (26)

B R A S I L. Decreto No. 199 del 25 de Abril de 1986. su texto contiene la creación de una comisión consultiva para el SIDA, encabezado por el Canciller y el Ministro de Salud, para ver todos los aspectos relacionados al SIDA en Brasil: sus funciones deberán ser de supervisión, ejecución de programas de lucha contra el SIDA y su coordinación nacional, la realización de evaluaciones semestrales, investigaciones respecto a la evolución del SIDA.

El 22 de diciembre de 1986 se publica el decreto 542 el cual expresaba la declaración obligatoria del SIDA.

En el mismo año se publica el Decreto en el cual se señala que la división Nacional de Dermatología Sanitaria, es la encargada de coordinar el Programa Nacional de lucha contra el SIDA, las medidas de prevención, el

(26) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P.17 Y 14.

comportamiento del virus. acciones conjuntas concernientes a las categorías existentes. como: grupos de riesgo, contactos con casos existentes, casos presuntivos de SIDA, etc.

El 14 de mayo de 1987 se publica un Decreto interministerial MPAS/MD el cual señala que la sangre y sus derivados deberán ser sometidos a prueba de detección del VIH. Se chequeen las medidas de calidad en las transfusiones, establecidas en centros de referencia para la realización de exámenes de laboratorio.

Ley No. 7644 del 25 de junio de 1989 marcando la obligación de abrir un registro de donaciones de sangre y de efectuar dos exámenes de laboratorio a la sangre con el fin de prevenir la propagación de enfermedades. Esta disposición detallada relativa a la recolección de sangre por los bancos de sangre y los servicios de hemoterapia, etc.

Decreto No. 9995721 del 11 de febrero de 1989 que contiene el reglamento de aplicación de la ley no. 7649 del 25 de junio de 1989. en el que se detallaba que toda persona física o moral que se dedicara a la actividad de

La hemoterapia, deberá ser titulada y tener una licencia que lo acredite como tal. expedida por el Organó de Sanidad competente. (27)

C A N A D A. La modificación del 5 de julio de 1985, al reglamento sobre los instrumentos médicos. Este contiene las necesidades de ensayo para la detección del retrovirus llamado SIDA, así mismo añadir a la lista de nuevos instrumentos médicos, el uso de material desechable. (28)

11 Provincias del Canadá hicieron sus reclamos los cuales a continuación se mencionan.

ALBERTA. Reglamento del 31 de julio de 1985 relativo a los cuerpos de personas fallecidas en el cual se señalaba las precauciones que se deberían de tomar con las personas fallecidas a consecuencia del SIDA para evitar la propagación de la enfermedad.

Reglamento del 31 de julio de 1985 relativo a las enfermedades transmisibles en donde se dan a conocer las disposiciones previstas por la ley relativa a la salud pública y que son aplicables al SIDA: particularmente hace observaciones respecto a la donación de sangre. (29)

(27) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIGUES. OMS. 5. 10. 15

(28) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIGUES. OMS. 5. 10. 15

(29) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIGUES. OMS. 10

COLONIA BRITANICA. Reglamento relativo a las enfermedades transmisibles, ley relativa a la salud. En la que se expresa que el SIDA constituye una enfermedad transmisible sujeta a declaración (30).

ISLA DEL PRINCFE EDUARDO. Estos textos legislativos no se encuentran disponibles al público (31).

MANITOBA. Reglamento relativo a enfermedades sexualmente transmisibles, que señala que el SIDA esta sujeto a la lista del MS.T. y los laboratorios deberán señalar todos los resultados positivos a las pruebas de aplicación seriológica y al identificación del VIH en el laboratorio (32).

NUEVO BRUNSWICK. Reglamento general del 7 de Diciembre de 1984 que modifica el del 29 de abril de 1985, en el que señala que estan sujetos a declaración: el SIDA, ARC, presencia de HTLVIII, y la seropositividad (33).

NUEVA ESCOCIA. Modificación aportada por el ministerio de salud el 9 de octubre de 1985 y el 12 de diciembre de 1985, un reglamento relativo a enfermedades transmisibles editado por el Ministro de Salud y aprueba (30, 31, 32, 33) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICUES. GMS.F. 17.

do por un decreto del Cónsul el 14 de Mayo de 1957. ésta es una serie de 3 modificaciones por el VIH. Así mismo señala la diagnosticación del SIDA aplicando la prueba de ELISA (34).

ONTARIO. Reglamento de Ontario No. 16/84 del 22 de Diciembre de 1983. el No. 162/84 del 22 de diciembre de 1983 y el 490/85 del 3 de octubre de 1985, conforme a la ley de 1983. relativa a la protección y a la promoción de la salud, en el que se reglamenta e incluye el SIDA en la lista de enfermedades transmisibles, así como a la lista de enfermedades obligatorias a notificar (35).

QUEBEC. Decreto no. 1477-84, del 10 de octubre de 1984. concerniente al reglamento modificado. el reglamento de aplicación de la ley sobre la protección de la salud pública. El sida deberá de ser incluido en la lista de enfermedades a declaración obligatoria (36).

SASKATCHEWAN. El texto legislativo no se encuentra disponible (37).

TIERRA NUEVA. Reglamento no. 20/87 del 20 de marzo de 1987, aportando la modificación a la tabla de enfermedades transmisibles: EL SIDA el APO, la coxidioidosis.

(34. 35. 36. 37) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES.
D.F.S. 17. 18.

las pruebas de detección. de anticuerpos anti-VIH son añadidos a la lista de enfermedades transmisibles y sujetos a declaración.

TERRITORIO DE GUAM. Los textos legislativos no se encuentran disponibles (38).

C H I L E. Circular no. 37/125 del 31 de julio de 1984 conteniendo las normas y las recomendaciones relativas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) relativo al grupo de riesgo, los medios de transmisión, los exámenes de laboratorio, la prevención, las precauciones, los diagnósticos y el tratamiento del SIDA que deberán de efectuarse en todas las regiones y comunas (39).

Decreto no. 194 del 29 de septiembre de 1984 aportando modificaciones del Decreto supremo no. 368 del 29 de septiembre de 1980. el SIDA esta incluido en la lista de enfermedades sexualmente transmisibles.

Decreto Supremo no. 197 del 28 de junio de 1985. en la declaración de casos de SIDA puede utilizarse el anonimato.

(38. 19) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICALS, OMS, P.18.

El ordenamiento no. 36/39/99 del 3 de julio de 1985, dictando dos reglas de conducta a las personas con el SIDA: medidas de protección para los pacientes y precaución para las personas que practican autopsias y a las personas que manipulan con cuerpos en las funerarias.

Resolución no. 228 del 5 de marzo de 1986 estableciendo reglas técnicas para la manipulación de muestras prevalentes sobre los pacientes que presentan inicio de la infección por el virus HTLV III en los laboratorios y clínicas.

Decreto no. 1 del 21 de mayo de 1986, creando la creación de una comisión nacional de Enfermedades sexualmente transmisibles, creación de una comisión internacional y una subcomisión del SIDA (40).

C O S T A R I C A. Decreto no. 17187 del 12 de septiembre de 1986: en donde señala que son enfermedades obligatorias a declarar: SIDA, ARC, Seropositividad, y confirmación del VIH.

Decreto no. 17278-E del 23 de septiembre de 1986, sobre la donación de sangre y la interacción de personas (40) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P. 12 A 20.

aparentemente de grupos de alto riesgo. (homosexuales, prostitutas, etc.).

Decreto No. 17424-S del 21 de junio de 1987 aprobando el reglamento relativo a la serovalencia epidemiológica y a la lucha contra las enfermedades transmisibles; El artículo 18 dispone que todo el personal y los visitantes marinos que entren a Costa Rica deberán tener un certificado emitido por la autoridad sanitaria competente, donde exista la prueba de anticuerpos del virus del SIDA, este artículo fue aprobado por el decreto no. 18189 del 20 de junio de 1988 (41).

E U E A . Resolución ministerial no. 12 del 20 de febrero de 1986 y el no. 129 del 3 de julio de 1986, dando la disposición seriológica obligatoria a los Cubanos y a las provincias "endémicas".

Resolución no. 144 . Disposición de los residentes del país o repatriados, deberán tener la prueba seriológica (42).

E C U A D O R . Decreto no. 2894 del 2 de octubre de 1985 aprobando reglamento relativo a la prevención y

(41. 42) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS.P.23.23

a la serovalencia del SIDA: obligación de declaración de todos los casos presuntos o ciertos de SIDA: especificación mecánica sobre pruebas y confirmación de diagnóstico en el análisis de la célula (43).

G U A T E M A L A . Decreto de Gobierno no. 342 del 10 de junio aportando reglamento relativo a la lucha contra las enfermedades sexualmente transmisibles. El SIDA esta clasificado como enfermedad sexualmente transmisible. Asi mismo diversas disposiciones sobre pruebas y control periódico de prostitutas.

Decreto Gubernamental no. 1190-87 del 23 de diciembre de 1987 aportando la creación de la comisión nacional de serovalencia y de control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): detalles relativos a la composición y atribución de las modalidades del funcionamiento de la comisión (44).

M E X I C O . Regla técnica no. 25 relativa a la información epidemiológica del año de 1986: declaración obligatoria e inmediata de casos confirmados de SIDA.

Regla técnica del 19 de mayo de 1986, relativa a la
(43, 44) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS.F.24.46

utilización de sangre humana y sus fines terapéuticos: todos los donativos de sangre deberán de estar sometidos a una prueba de detección de anticuerpos anti-HIV1/2+LAV.

Decreto del 20 de nov. de 1986 del Consejo General de la salud. El SIDA esta añadido a las listas de enfermedades transmisibles y será sometido a las actividades de serovalencia epidemiológica y los fines de prevención y control.

Decreto del 15 de abril de 1987, modificando y complementando la ley general de salud. El SIDA esta añadido a las enfermedades transmisibles de acuerdo a la propuesta de la Secretaría de Salud y los órganos gubernamentales federales. Deciendo adquirir las actividades de serovalencia epidemiológica de la prevención y el control. Esta obligatoriedad de declaración inmediata de la presencia de VIH o de anticuerpos anti-VIH.

Decreto del 24 de agosto de 1988 donde se creó el Consejo Nacional para la prevención del SIDA. (CONASIDA) (45).

(45) TABLEAU DE INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P. 53

P A N A M A . Circular No. 793/065/VED/85. del 13 de mayo de 1985. expedida por la Dirección General de Salud pública relativa al SIDA. Demanda la inclusión de la atención a las investigaciones sobre el SIDA, en los homosexuales, bisexuales y toxicómanos (por inhalación o por vía perinatal) y las actividades del donador de sangre.

Memorándum No. 2024-DGSE-85 del 13 de Noviembre de 1985, del Director General de Salud relativo a la detección de anticuerpos anti-HTLV III: en el que se demanda la introducción para los bancos de sangre de una prueba sistemática de anticuerpos anti-HTLV III.

Memorándum No. 2055-DGS-VE-85 del 20 de Noviembre de 1985 del Director General de Salud relativo a las pruebas de detección de anticuerpos anti-HTLVIII. en el caso de los hemofílicos. Todos los hemofílicos deberán de efectuarse sistemáticamente la prueba establecida por la Secretaría de Salud.

Resolución no. 01207 del 21 de Julio de 1987. del Ministro de Salud. aprobando la creación de una comisión

consultiva nacional.

Resolución no. 01363 del 27 de julio de 1987 del Ministro de Salud. Medidas para garantizar que los productos biológicos de origen humano y los productos sanguíneos importados no contengan anticuerpos anti-VIH.

Decreto No. 048 del 4 de septiembre de 1987 aprobando la declaración del SIDA a título de enfermedad transmisible y la declaración sobre el dengue en el territorio nacional. El SIDA esta entre las enfermedades de declaración obligatoria. La Dirección General de salud puede decretar las medidas sanitarias pertinentes, sobre la responsabilidad de los docentes.

Resolución no. 00505 del 18 de junio de 1988 del Ministerio de Salud. Todo establecimiento dedicado a la importación de productos biológicos de origen humano debe ser producto que no contenga el virus que origina al SIDA, ni anticuerpos del virus.

En el Distrito de la CHORRERA, se dio el Decreto municipal no. 4 del 27 de octubre de 1987 aprobando la promulgación de medidas relativas a la decencia pública.

y a la presencia de "camas" en los bares, las pensiones, los hoteles, los centros de prostitución y los centros recreativos analógicos. Las "camas" que se establecían en los centros anteriormente mencionados cesarán de existir se a todas las pruebas de detección de anti-VIH (46).

P A R A G U A Y. Resolución 56 no. 11 del 31 de junio de 1985 dictando dos reglas para la aplicación de dos artículos: el 28 relativo a la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles; y el 37, relativo a las enfermedades sometidas a serovalencia epidemiológica, de la ley No. 510/80, promulgada por el Código de Salud. El SIDA es un caso de declaración después de las 24 horas que se haya tenido el diagnóstico (47).

P E R U. Decreto supremo no. 013-87 SA, del dos de abril de 1987, declarando la necesidad de utilizar medios públicos y sociales para la lucha contra las enfermedades de origen viral, así como la declaración, certificación, clasificación y tratamiento. Declaración de todos los casos presuntivos de enfermedades de origen (46, 47) TABLEAU DE INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P. 83, 84

viral, que afecta al sistema inmunitario del hombre.
Creación de una comisión técnica de certificación, clasificación y de Registro detallado de las enfermedades.

Resolución Suprema no. 11781 del 2 de abril de 1987, aportando la aprobación del programa nacional multisectorial de prevención y de lucha contra el SIDA. El programa nacional aprobado por la presente resolución, implica la participación del Ministro de Salud, 2 Ministros de la educación y del Interior, 1 de la Presidencia de Justicia así como de 2 organismos públicos y privados. El programa busca: informar y educar a la población sobre los riesgos y modos de prevenir las enfermedades virales. Detectar y tratar los casos que se manifiestan y mantener la zerovalencia, epidemiológica y control de ésta. Proceder al ataque sobre la prevalencia de agentes patógenos de estas enfermedades (48).

R E P U B L I C A D O M I N I C A N A. Resolución del 3 de abril de 1987 de la Secretaría de Edo. de la Salud Pública y el Bienestar social. Declaración

(48) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUEES. OMS. P. 65.66.

obligatoria de casos de SIDA y sus relativos.
Resolución del 10 de abril de 1987 de la Secretaría de Estado de la Salud Pública y Bienestar Social. disociación a los clientes de hoteles, bares y restaurantes de tener a la venta (autorización) preservativos.

Resolución del 21 de abril de 1987 de la Secretaría de Salud y Bienestar Social. Creación de la Comisión Nacional para el SIDA. indicación de la composición, atribuciones, modalidades de funcionamiento de la comisión.

Resolución del 21 de abril de 1987, de la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social. Que las unidades de sangre destinada a la utilización de fines terapéuticos deberá, obligatoriamente de aplicarse las pruebas de detección de anticuerpos de la Hepatitis-E y el VIH.

Circular del 19 de abril de 1987 de la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social. Autorización de reutilizar dos series en las unidades de sangre y autorizar el uso único, a fin de prevenir la propagación de -

la hepatitis-B.

Reglamento no. 536-87 del 17 de octubre de 1987 relativas a los bancos de sangre. Disposiciones detalladas relativas a las condiciones a realizar por los bancos de sangre con el fin de prevenir la transmisión del VIH (49).

U R U G U A Y. Ordenamiento no. 7/90. Disposición sistemática de la obligación de declarar el VIH, para el aprovechamiento de la sangre que se utiliza en Los hospitales. para fines de transfusión y de fabricación de productos sanguíneos y sus derivados. Entre otras disposiciones. esta la referencia del programa para la prevención de la transmisión del SIDA. para evitar la transmisión. Las actividades del programa son coordinadas y tienen las funciones de supervisión, planificación (50).

V E N E Z U E L A. Resolución no. 5 del 4 de octubre de 1984. creando una comisión permanente y honoraria denominada. comisión Nacional para el Estudio del SIDA. la comisión trabajara en forma colectiva a nivel (49,50) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICQUES. OMS.69.70.84

nacional e internacional. en materia de etiología y de epidemiología del SIDA y de medidas terapéuticas concernientes al SIDA. de recomendación para tener un sistema adecuado para la renovación epidemiológica; propone reglas, directrices, procedimientos administrativos para prevenir, afrontar y combatir el SIDA; contribuye a la formulación de programas para el aprovechamiento global del SIDA; se encarga de la educación para la salud.

Resolución no. 6755 del 18 de diciembre de 1986 sobre las pruebas de detección obligatorias de anticuerpos anti-VIH para la sangre y los derivados de la sangre. la declaración es nacional e la detección es enfermedades transmisibles. al Ministro de salud de la asistencia social. Toda la sangre que contenga anticuerpos anti-VIH deberá de ser eliminada e informar al donante los resultados de su prueba de detección.

Resolución no. 1 del 13 de marzo de 1987, todos los casos diagnosticados de anticuerpos anti-VIH, deberán de ser sometidos a declaración obligatoria. (51)

(51) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS. P. 84.85

B).- ANTECEDENTES EN EUROPA.

25 Países Europeos han realizado actividades legales respecto al SIDA a continuación se observara la atención de estos países al mal del siglo XX.

R E P U B L I C A F E D E R A L A L E M A N A

Aviso del 15 de octubre de 1987, relativo a la protección de investigación en el desarrollo del conocimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Línea de directrices de 1985 de la oficina federal de la salud relacionada a la reacción de anticuerpos anti-LAV/HTLV-III de donadores de sangre en la que se dice, que las pruebas de detección de anticuerpos deberán realizarse en cada donador de sangre, en caso de reacción positiva, la sangre no deberá ser utilizada.

Ordenamiento del 15 de diciembre de 1987 relacionado a la declaración para los laboratorios (abroga a un ordenamiento anterior de carácter provisorio). El mismo dice lo siguiente: Toda reacción positiva deberá estar declarada para la medicina trasante en los establecimientos -

públicos o privados en las pruebas de detección de SIDA son practicadas en el Registro Central de infectología de la oficina Federal de Salud contra el SIDA.

BADE WUISTEMBER. El ordenamiento del 19 de octubre de 1987 relativo a la higiene, las medidas correspondientes sobre las heridas en BAVARIA y en HESSE. así mismo las medidas en vista de prevenir la transmisión de VIH y de la hepatitis-B en las actividades de taller como: salones, manicure, pedicura, acupuntura, etc.

BAVARIA. Estado de Alemania Federal : el aviso del 25 de febrero de 1987 de la Cancillería del Estado de Bavaria: sobre la creación de grandes líneas de un programa de lucha contra el SIDA, que comprenden la incursión de la corte del sur dentro de los programas de educación para la salud, la creación de centros de consulta para las personas que ya hayan contraído el SIDA; Dentro de los programas de educación para la salud, la creación de centros de consulta para las personas que ya hayan contraído el SIDA, la creación de establecimientos que contribuyan a la propagación del

SIDA, la interdicción para las personas positivas del VIH : obligación de someterse a las pruebas de detección de VIH, las personas detenidas o encarceladas al momento del ingreso y de la salida.

Aviso No. 18/IA/IC-3260000-82/7/87, del 19 de mayo de 1987, del ministro del Interior de Bavaria: EL SIDA: aplicación del derecho relativo a las enfermedades transmisibles, extranjeros y asuntos de policía.

Aviso no. 1A2-28081-10 del 19 de mayo de 1987, del ministro del Interior de Bavaria: Legislación relativa a extranjeros: examen médico previo a la deliberación de un permiso de estancia. Se establece que la solicitud de un permiso de estancia a los extranjeros está sometida a una prueba de detección de la infección del VIH, será obligatorio que se aplique cada regla a los extranjeros.

Carta Circular del 2 de junio de 1987 del ministro del Interior de Bavaria, en donde la inclusión de una prueba de detección de anticuerpos anti-VIH dentro del examen médico a que son sometidos los candidatos a un empleo de la función pública o la magistratura. (52)

(52) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICUES, OMS, P.95.

A U S T R I A . Decreto del 16 de marzo de 1983 del Ministro Federal de Salud y protección del medio ambiente relativo al SIDA. notificación de casos de SIDA. detección de la aparición de la enfermedad. Recomendaciones a los infectados y cuidados al personal de salud y laboratorios.

Ordenamiento del 17 de mayo de 1984 (texto no. 220) del Ministro Federal de la salud de la protección del medio ambiente que lleva la modificación del ordenamiento relativo a la plasmogénesis. En donde la exclusión de personas presuntamente atendidas de SIDA. casques de operaciones de plasmogénesis.

Decreto del 24 de junio de 1985. del ministro Federal de Salud y protección del medio ambiente, relacionado al SIDA. medidas concernientes a la disposición de anticuerpos anti-HTLVIII. En donde la administración del test ELISA, es obligatorio para todos los donadores de sangre y de plasma. Asimismo todos los casos presuntos de SIDA. los fallecimientos resultantes de SIDA, deberán de ser declarados en el Ministerio.

Ordenamiento del 26 de octubre de 1985 (texto no. 459) del Ministro Federal de salud y protección del medio ambiente aportando modificación del ordenamiento relativo a la plasmocinesis. En donde se hace la exclusión de personas que a propósito probara estar en contacto con el virus del SIDA.

Ley del 16 de mayo de 1986 relativa al SIDA. Declaración de casos de SIDA y fallecimientos imputados al SIDA. confidencialidad de diagnósticos. disposiciones relativas para prostitutas. oferta de consultas a personas seropositivas. Promoción de estudios epidemiológicos sobre el SIDA. elaboración de un plan de información. mención de actividades a realizar con instituciones asociadas. (53)

B E L G I C A. Decreto Real del 18 de julio de 1985. modificando al Decreto Real del 10 de noviembre de 1971. relativo a la producción, conservación y comercialización de sustancias terapéuticas sanguíneas de origen humano. medidas de protección a los productos sanguíneos.

(53) TABLEAU OF INSTRUMENTE JURIDIQUEE. ONS. F. E. Y. P.

Decreto Ministerial de la Salud Pública del 6 de agosto de 1985 determinando los métodos para los anticuerpos anti-virus LAV/HTLV III. en el país. la decisión de efectuar el método de ELISA en los anticuerpos.

Decreto Real del 26 de septiembre de 1985 relativo al control de efectuarse en los análisis de sangre. la prevalencia, durante la transfusión del plasma, para evitar la propagación del SIDA.

Decreto Ministerial del 22 de noviembre de 1985, apertura a los centros de designaciones para efectuar exámenes complementarios para prevenir la difusión del SIDA.

Decreto Real del 6 de junio de 1986 relativo al conocimiento de los centros de referencia designados, para efectuar los exámenes complementarios para prevenir la difusión del SIDA.

Decreto del 13 de junio de 1987 del Ejecutivo de la Comunidad francesa, aportando la denominación de nombre de la célula permanente para la prevención del SIDA. Detalles sobre la composición de la célula.

Decreto Real del 27 de febrero de 1987, modificando el Decreto Real del 9 de julio de 1973 relativo al termino contraceptivo. Disposición aplicable a la publicidad de preservativos masculinos y su licencias: distribución e información relativa.

Decreto del 11 de junio de 1987 del Ejecutivo de la Comunidad francesa reglamentando, las asociaciones u organismos con el objeto de seguir la frecuencia del SIDA.

Decreto Ministerial del 14 de julio de 1987 agregando los organismos y asociaciones que tiene por objeto la prevención del SIDA.

Decreto Ministerial del 20 de octubre de 1987 agregando asociaciones para la prevención del SIDA.

Decreto Real del 18 de marzo de 1987, instaurando un Consejo superior sobre la coordinación de la lucha contra el SIDA. Instituto dependiente del Instituto de Higiene y Epidemiología que se encarga del Estado. los problemas y la propagación del VIH, las consecuencias de la propagación, estimular acciones susceptibles de información adecuada del control del SIDA: formular disposiciones y avisos en función a la evolución de la

situación nacional e internacional: relativo a los problemas del SIDA, en sus diferentes aspectos: médico, de investigación y desarrollo legislativo o técnico.

Decreto Real del 28 de marzo de 1985 nominando a miembros del consejo superior para la coordinación de la lucha contra el SIDA.

Decreto Real del 14 de abril de 1988, relativo al control y funcionamiento de centros de referencia, dirigido para efectuar exámenes y pruebas complementarias a fin de prevenir la difusión del SIDA (54).

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. Conclusión del consejo del ministerio de salud, reunido en consejo el día 15 de mayo de 1987. Texto con valor jurídico estableciendo los fundamentos de la política de las comunidades sobre los diversos aspectos del SIDA: parámetros, límites, señalamientos de infección, términos de prevención, recursos políticos de disposición sistemática obligatoria, controles sanitarios a extranjeros.

(54) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICUES. OMS. P. 10 A 10

Decisión del Consejo no. 87/551/CEE del 17 de noviembre de 1987, acordando la adopción de un programa de coordinación en materia de investigación y desarrollo de la comunidad Económica Europea referente a "Investigación Médica sanitaria (1987-1991), coordinado a nivel comunitario sobre las investigaciones, medios concernientes al SIDA, medios de transmisión, prevención de la enfermedad, investigación viro-inmunológica, investigación clínica (55).

C O N S E J O E U R O P E O. Recomendación no. R (83) del B al 23 del junio de 1983, del Comité. Ministerios de Estados miembros sobre el desarrollo de la actividad transnacional del SIDA, de donaciones contaminadas y sus productos. Esta es una recomendación a los gobiernos de Estados miembros. De disposición para prevención de un mal suceso de la transmisión del SIDA, por la sangre.

Recomendación no. R (85) del 23 de septiembre de 1985 del Comité de Ministros. Estados miembros sobre las disposiciones de la comunidad de transferir el SIDA, de (55) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURISDICTIONAL, P. 21

en los donantes de sangre. Recomendaciones de disposiciones posibles de acceso al servicio de consulta para los donadores preferentemente, darles información y aplicación de pruebas serológicas.

Recomendación no. R (57) del 25 y 26 de noviembre de 1987 del Comité de Ministros y Estados miembros, concernientes a una política de la Comunidad Europea en la salud pública en la lucha contra el SIDA. Establece un cuadro para la política de salud pública apropiada para la lucha contra el SIDA, en los estados miembros del Consejo Europeo, comprendiendo prevención, medidas de salud pública serológicas, información al personal, evaluación e investigación (33).

D I N A M A R C A . Decreto no. 498 del 8 de noviembre de 1985 relativo a la declaración para las medidas preventivas del SIDA. Declaración de casos de SIDA.

Decreto no. 313 del 14 de junio de 1988 relativo a la indemnización de hemofílicos, infección por el VIH y de personas VIH-positivas. Da un espíritu de conciliación a la indemnización de hemofílicos a su tratamiento y a los productores sanguíneos. Infecciones a consecuencia (34). TABLÓN DE INSTRUMENTOS JURÍDICOS, OMS, G. N. 11.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

cia de una transfusión , efectuada en un hospital. Este Decreto fue abrogado el 2 de septiembre de 1987 por el mismo Consejo.

E S P A Ñ A . Resolución del 2 de septiembre de 1985 de la Secretaría de salud. sobre la colocación de revisar los plasmas y sus productos así como las importaciones de los mismos y sus derivados. Así mismo aplicar la prueba de detección de anticuerpos anti-LAV/HTLV III, asociado al SIDA.

Resolución del 5 de septiembre de 1985. de la secretaria de Salud. estableciendo las formalidades y los requisitos para el uso de los reactivos utilizados en la prueba anti-LAV/HTLV III, asociado al SIDA.

Circular del 30 de septiembre de 1985 de la dirección de productos farmacéuticos y productos de sanidad aportando una nota explicativa para una mejor aplicación de la resolución del 6 de septiembre de 1985. disposición detallada (57).

Decreto del 4 de diciembre de 1985. aportando aquí (57) TABLEAU OF INSTRUMENTE JURIDICUES. OMS. P. 13,24.

cación del Decreto Real no. 195/1111485 del 9 de octubre de 1985. reglamentando la sangre. sus especificaciones técnicas características serovalencias así como las condiciones de la materia. Inclusion como conector potencial a toda persona aparentemente perteneciente a un grupo de riesgo en materia de SIDA.

Decreto del 18 de febrero de 1987 relativo a medidas de detección de anticuerpos anti-VIH. donadores de sangre, modificación para el decreto del 23 de julio de 1987.

Resolución del 10 de marzo de la Secretaría. relativa a la especificación de reactivos para la detección de anticuerpos y virus de la inmunodeficiencia humana. esta resolución modifica a la del 21 de julio de 1987.

Resolución del 20 de marzo de 1987. estableciendo la producción y documentación necesaria para la obtención de la autorización de reactivos útiles para la realización de pruebas de detección de marcas. de la infección por el virus humano de la familia de los retrovirus entre personas que permitieron la detección de anticuerpos y virus asociadas al Síndrome.

Resolución del 27 de mayo de 1987 de la Dirección General de Productos Farmacéuticos y de productos sanitarios. precisando las condiciones de seguridad, requisitos concernientes al VIH, para la importación y la exportación de los productos derivados de la sangre.

Circular del 17 de junio de 1987 de la Dirección General de Productos farmacéuticos y sanitarios, relativo a las designaciones concernientes a la distribución del (AZT).

Decreto del 24 de junio de 1987 relativo a las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH, el texto contiene la intención de pruebas de la transfusión, de la inserción y de la implementación de órganos humanos.

Decreto del 16 de septiembre de 1987 fijando las reglas aplicables al control de subsidios, estableciendo las pruebas no como lucrativas, así como los proyectos de financiar los estudios y proyectos de la denominación de la prevención del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Circular del 20 de octubre de 1987, relativo a la

disposición del (AZT), destinado únicamente a usos nos-
pitalarios.

Decreto del 6 de junio de 1982 fijando las reglas
aplicables al control de subsecios y establecimientos
privados de fines lucrativos y las dispensas financia-
rias a excepción de las dispensas personales.

Decreto del 6 de junio de 1983 aportando disposi-
ciones relativas al control de recursos financieros y
establecimientos hospitalarios y contribuciones finan-
cieras, actividades de prevención, de detección y de
tratamiento en los reportes de avance del SIDA.

Decreto del 13 de junio de 1983 relativo a la
coordinación de actividades en la lucha contra el virus
de la inmunodeficiencia humana, intervenciones medicas
en reportes de avance.

Decreto del 4 de diciembre de 1985 aportando la
creación del Comité de expertos sobre el SIDA.

Decreto del 12 de diciembre de 1985 aportando la
creación de la Comisión de participación de ciudadanos
contra el SIDA.

ANDALUCÍA. Decreto del 15 de junio de 1986 abor-

tando los establecimientos de notificación de la lista de enfermedades sujetas a declaración obligatoria de la Comunidad autónoma de Andalucía.

Decreto del 6 de noviembre de 1987 aportando la creación del plan autónomo para la prevención y el control de SIDA y las infecciones del virus de la inmunodeficiencia humana.

ARAGON. Decreto del 10 de noviembre de 1985 del Departamento de Salud, de la Asistencia Social, aportando la obligación para los bancos de sangre, de la Comunidad Autónoma de Aragón de practicar las pruebas de detección de anticuerpos contra el virus asociado a la linfadenopatía/virus linfotrófico, células T humanas, tipo III (LAV/ HTLV III).

Decreto no. 86 del 17 de julio de 1987 del Comité General de Aragón haciendo obligatorio la declaración del SIDA.

ASTURIAS. Resolución del año de 1985 del Canciller de Salud aportando la creación de la Comisión de estudio sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Resolución del 10. de junio de 1987 del Canciller de Salud. dictando la obligación para las oficinas de productos farmacéuticos. la deliberación de preservativos. sobre el territorio de Asturias.

BALEARES. Decreto del 30 de septiembre de 1985 del Canciller de Salud y de seguridad social. aportando la creación de un Consejo Consultivo sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

CANTABRIA. Decreto del 20 de marzo del Presidente de la Cancillería. aportando la declaración de carácter obligatorio de las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH y de la utilización de los jeringueros de uso desechable.

Decreto no. 17/1987 del 24 de marzo de 1987 aportando la creación del Consejo sobre el SIDA. de la Asamblea regional de Cantabria.

CANCILLERÍA DE LA MANCHA. Decreto del 15 de noviembre de 1985 aportando la creación de un Comité Regional de expertos para el estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

CATALUÑA. Decreto del 10 de Octubre de 1986. abor

tando la declaración de carácter obligatorio para las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH de todos los donadores de sangre realizados en Cataluña.

Decreto no. 68/1987 del 29 de febrero de 1987 aportando la creación del Programa para la prevención y el control del SIDA, de infecciones provocadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Decreto del 16 de julio de 1987 aportando la creación de la comisión consultiva del programa para la prevención y el control del SIDA en Cataluña.

COMUNIDAD DE MADRID. Decreto del 10. de octubre de 1985 del Canciller de la Salud y Consumo, actual aportando la creación de la Comisión regional de serovar-lencia del SIDA, y la autorización del servicio regional de la salud.

GALICIA. Decreto del 10 de marzo de 1987 aportando la creación de la comisión para el seguimiento y el control el SIDA en Galicia.

NAVARRA. Decreto foranes no. 205/1985 del 20 de octubre de 1985 aportando la aplicación de la detección sistemática de anticuerpos del virus del SIDA.

PAISES VASCOS. Decreto del 4 de octubre de 1985 del Canciller de salud y seguridad social, relativo a los análisis de laboratorio y los fines de realización de pruebas de detección de anticuerpos anti-HIV, así como practicados en los bancos de sangre de la comunidad autónoma de Países Vascos.

Decreto del 23 de julio de 1987 del Departamento de Salud de la Comunidad, aprobando la creación del Plan para la prevención y el control del SIDA y las infecciones asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana.

VALENCIA. Decreto del 20 de febrero de 1987 del Consejo de Salud aprobando la creación de la Comisión Técnica de la Comunidad de Valencia sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

F I N L A N D I A . Circular no. 1875 del 23 de Noviembre de 1985 de la Dirección de Salud Pública relativa a la declaración del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de los estados serológicos y sus enfermedades asociadas.

Documentación no. 181 del 7 de octubre de 1986.

(58) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICOES. OMS. P.24 A 35.

relativo a las enfermedades infecciosas: enfermedad sometida a declaración (E9).

Circular DGS/712 del 10 de junio de 1980, relativa a la prevención de transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, para la transfusión sanguínea.

Circular DGS/762/1 C no. 547 del 26 de octubre de 1987 relativa al síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

Circular DGS/712 R 730 del 15 de mayo de 1988, estableciendo la prevención de la transmisión del SIDA por transfusión sanguínea.

Circular DGS/712 del 10 de junio de 1988 relativa a la información sobre el SIDA, la cual dirige las instituciones y los servicios que prestar a los toxicómanos.

Circular no. 295 DGS/762/1 C y DH/762/ R B 1 del 26 de julio de 1988, relativo a las disposiciones técnicas a que deben someterse los centros de análisis de sangre de los centros asistenciales hospitalarios públicos.

(E9) TABLERO DE INSTRUMENTOS ELECTRICOS, DGS, P. 13 y 14.

Circular DGS-7767 I D/D D. del 26 de julio de 1985, relativa a la información sobre el SIDA y las instituciones que ofrecen servicios de asesoramiento, en donde se aclaran algunos puntos de la circular del 18 de julio de 1985.

Circular J 36 del 5 de septiembre de 1985 relativa a las infecciones del virus LAV y a los establecimientos penitenciarios, relacionados con el tema SIDA.

Circular DGS/3 E/143 del 20 de octubre de 1985 relativa a las disposiciones y a la información de donadores de sangre, portadores de anticuerpos anti-LAV y a la utilización de diversos productos sanguíneos.

Circular DGS/PPS/D NO. 94 del 19 de junio de 1986, relativa a la seroprevalencia del SIDA, conteniendo las instrucciones relativas al desarrollo de la seroprevalencia del SIDA.

CIRCULAR des/psic/ie no. 102 del 5 de febrero de 1986 relativa a la información sobre el SIDA, difusión gratuita de la revista que emite el comité francés de educación para la salud.

Decreto no. 56-770 del 10 de junio de 1986 en donde

se fija la lista de enfermedades obligatorias a declaración en aplicación al artículo 1.º de la Ley de salud pública.

Circular DGE/750/81 D. del 3 de octubre de 1984 relativo a las disposiciones de tratamiento del SIDA y de los toxicómanos.

Circular no. 502 del 3 de septiembre de 1986 relativa al tratamiento por vía oral de enfermedades relacionadas con la infección del virus LAV (SIDA).

Decreto del 3 de noviembre de 1986 relativo a la obligatoriedad de aplicar los exámenes biológicos en los bancos de sangre.

Decreto del 17 de noviembre de 1986, donde se fija la lista de enfermedades contagiosas aportando la interdicción de actividades funerarias, precauciones a realizar, las personas en contacto con enfermos.

Circular DGE/PGE/10 NO. 842 del 19 de noviembre de 1986 relativa a la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles.

Decreto no. 98-1760 del 31 de diciembre de 1986, aportando la modificación a la lista de infecciones, así

como un tratamiento prolongado, una terapia particular sobre el déficit inmunitario.

Ley no. 97-39 del 27 de junio de 1987 aportando diversas medidas de orden social. sobre los preservativos masculinos, prevención de las enfermedades transmisibles por vía sexual.

Circular Ministerial no. 673/DEF/DGSSA/AST/TEC del 9 de marzo de 1987. relativa a disposiciones y a las directrices sujetas para la carga de sujetos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana.

Circular DGS/2A/2B no. 223 del 20 de marzo de 1987 relativa a la interdicción de donadores directos de leche maternal.

Decreto no. 87-528 del 13 de mayo de 1987, aportando la suspensión de las disposiciones del decreto no. 72-200 del 13 de marzo de 1972 que reglamentó el comercio de la importación de material destinado para las inyecciones contra la extinción de los toxicómanos.

Circular DGS/3B/498 del 10 de junio de 1987, relativa a las disposiciones sistemáticas de anticuerpos anti VIH y a los donadores de órganos. reglamenta el

transplante de órganos.

Ley no. 87-588 del 30 de julio de 1987, aportando diversas medidas de orden social. define la política de lucha contra la infección del VIH .

Decreto del 30 de septiembre de 1987, fijando las verificaciones a efectuar, concernientes a las reacciones de laboratorio para la detección de antígenos y de anticuerpos, antiretrovirus.

Aviso a fabricantes y distribuidores de preservativos masculinos. Elementos constitutivos de la publicidad de preservativos masculinos.

Circular no. 684 bis DGS/PGE/1C del 28 de octubre de 1987 relativo a las disposiciones sobre el virus de la inmunodeficiencia humana, en las enfermeras de los hospitales.

Decreto del 23 de Noviembre de 1987, aportando la aplicación obligatoria de normas respecto a los preservativos masculinos.

Circular D.G.S./1555/2D del 4 de diciembre de 1987 relativa al adecuado trato familiar de los toxicómanos, precisando reacciones de las familias e instaurando nor

normas sistemáticas de la seropositividad en los toxicómanos.

Circular DGS/IC no. 784 del de diciembre 1987 relativa al examen médico de extranejeros residentes en Francia. tratando de proteger la existencia de seriólogos positivos.

Circular no. 36 del 11 de junio de 1988, relativa a la serovalencia del SIDA, contiendo los detalles del sistema de reclutación de información del SIDA.

Decreto no. 8D-61 del 18 de junio de 1988, para la aplicación del artículo L.355-23 del código de Salud, publicado, concierne a las disposiciones de factor anónimo y gratuito de las pruebas contra el virus de inmunodeficiencia humana, designación de establecimiento de servicios.

Circular DGS/PGE/IC no. 68 del 18 de junio de 1988 relativa a la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles. declaración de casos de SIDA.

Circular no. DGS/PGE/IC no. 65 del 20 de junio de 1988 relativa a los lugares dispuestos para los análisis anónimos y gratuitos de la inmunodeficiencia humana. Esta circular modifica a la circular DGS/PGE/IC

No.311 del 30 de marzo de 1988.

Circular DGI/DPHM/DGCRF/ del 25 de junio de 1988 sobre la distribución de preservativos masculinos. Disposición de pruebas para el decreto del 23 de noviembre de 1987.

Circular no. AP 88.01.62 del 10. de febrero de 1988 relativa a la participación de la administración pública contra el SIDA. Información y sensibilización de instituciones penitenciarias sobre los riesgos de transmisión del VIH y las estrategias de prevención en la cárcel.

Circular DGS/DH/SESI no. 245 del 21 de abril de 1988 relativa a la clasificación de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Especificación permanente de analizar los avances con precisión del VIH.

Decreto no. 88-874 del 24 de octubre de 1988 aportando la suspensión de disposiciones del Decreto no. 72-200 del 13 de marzo de 1972, reglamentando el comercio y la importación de jeringas, en la lucha por la extinción de la toxicomanía .

Decreto del 6 de septiembre de 1988 relativo al re

porte de actividades de consultas, anónimas y gratuitas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana. (reporte anual).

POLINESIA FRANCESA. Deliberación no. 851158 del 19 de diciembre de 1985 relativa a los donadores de sangre, (pruebas de detección).

Decreto no. 226 del 21 de febrero de 1986 aportando la creación de una comisión formada por Ministros de la Salud, para la investigación científica del desarrollo de la enfermedad.

Deliberación no. 8680 AT del 13 de noviembre de 1986, de rendir obligatoriamente la declaración de casos de portadores de anticuerpos anti-VIH y de enfermedades relacionadas con el SIDA. (60)

B R E C I A . Circular no. A1/6824/44 del 14 de julio de 1983, relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Declaración, protección y aprovisionamiento de sangre. medidas de seguridad personal de la salud.

Circular no. A1/8322 del 25 de septiembre de 1985 relativa al control de donadores de sangre y a la detección de una infección causada por el LAV/HTLV III.

(60) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P. 36 A 45

Circular no. A1/3115/25 del 7 de abril de 1986, relativa a los criterios de diagnóstico utilizados para fines de detección de casos de SIDA y de la obligación de establecimientos de detección y orientación.

Decreto Sanitario no. A1/6122 del 16 de julio de 1986 aportando la declaración obligatoria de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (61)

G R A N A D A . Ley de 1986 relativa a las medidas alimentarias y médicas, enfermedades infecciosas consideradas como Delito, se reserva la prescripción o la extemporaneidad. Esto se realizó como una medida de prevención para prevenir la enfermedad del SIDA y evitar problemas posteriores. (62)

H U N G R I A . Instrucción no. 10 de 1985 del Ministro de Salud, modificando la instrucción no. 19 de 1966 del Ministro de Salud, donde se publicó un reglamento relativo a la declaración enérgica de enfermedades infecciosas. (declaración obligatoria de la enfermedad).

Circular no. 53636 del 26 de diciembre de 1986 del (61, 62) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS. 45,46.

Ministro de Salud, relativa a la procedencia normal de detección del VIH. Compuesta de 8 pasos, desde la prueba hasta la confirmación de la seropositividad.

Ordenamiento no. 5 del 31 de mayo de 1988 del Ministro de Actividades Sociales y de la salud, relativa a las medidas de prevención y propagación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enumeración de categorías de personas sometidas a pruebas de detección.

Pruebas de disposición obligatoria, (de los donadores de sangre). (63)

I S L A N D I A . Ley no. 7 del 7 de abril de 1986 aportando la modificación de la ley no. 16 de 1978, relativa a la prevención de enfermedades venéreas. El SIDA, es inscrito en este tipo de enfermedades. (64)

I T A L I A . Circular no. 64 del 3 de octubre de 1983 relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Información al personal de Salud, medidas a realizar en los casos de declaración del sida.

Circular no. 48 del 25 de junio de 1984 relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (modalidades a la ficha a utilizar para los donadores de plasma.

(63, 64) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P.47,48

Circular no. 65 del 25 de agosto de 1984, relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Medidas preventivas para los establecimientos de sondeo de salud. (instrucciones a realizar por el personal de salud).

Circular no. 3127/5577 DEL 27 de junio de 1985, relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, medidas específicas aplicables en la cárcel.

Circular no. 28 del 17 de julio de 1985 relativa a las infecciones por el LAV/HTLV III (medidas de prevención y serovalencia.), información y exámenes a los seropositivos y a los toxicómanos.

Circular del 22 de febrero de 1986 relativa a la declaración de casos de SIDA. Modalidades de la declaración.

Circular no. 47 del 16 de julio de 1986 relativa a la infección del LAV/HTLV III. disposiciones concernientes a la serovalencia e infección del SIDA; medidas de prevención de la transmisión por la sangre y sus derivados. información y educación del plan sanitario.

Decreto del 28 de noviembre de 1986, del Ministro de Salud, aportando la inserción en las listas de enfermedades infecciosas y transmisibles, sometidas a declaración obligatoria. El SIDA, la rubioloa congénita, el tétanos, la hepatitis viral .

Circular no. 5 del 13 de febrero de 1987 relativa a la aplicación del Decreto ministerial del 28 de Noviembre de 1986, en el que se modifica el decreto ministerial del 5 de julio de 1975 que aportaba la revisión de la lista de enfermedades infecciosas y transmisibles a declaración obligatoria.

Decreto no. 133 del 3 de marzo de 1987, dictando las necesidades para la detección de anticuerpos anti-VIH, reglas relativas y artículos médicos y quirúrgicos.

LATIUM. Decisión no. 3803 del 14 de junio de 1985 del Consejo Regional de LATIUM relativo a la serovalencia y el control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de los factores de riesgo de los lugares asociados. (65)

L I E C H T E N S T E I N. Ordenamiento del 21 de septiembre de 1987 sobre la declaración, editada en (65) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P. 49 A 52

SUIZA y sus aplicaciones. (66)

L U X E M B U R G O. reglamento ministerial del 11 de mayo de 1984 aportando la designación de enfermedades infecciosas o transmisibles sujetas a declaración obligatoria, el SIDA queda sujeto a esta lista.

Reglamento del Gran Duque del 13 de Diciembre de 1985 complementando al reglamento del Gran Duque del 21 de Noviembre de 1980 fijando las condiciones a realizar por el organismo, para la prevalencia de la sangre, así como las modalidades de este implemento. (67)

M A L T A . Ordenamiento no. 123 del 21 de Febrero de 1986 relativo a la prevención de enfermedades. el SIDA, queda incluido en la lista de enfermedades obligatorias a declaración. (68)

M O N A C O . Decreto Ministerial no. 96-579 del 25 de septiembre de 1986, fijando las listas de enfermedades contagiosas sométicas a declaración. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se introduce en estas listas. (69)

N O R U E G A . Circular del 23 de octubre de 1983 reportando la prescripción del 12 de diciembre de 1984. (66,67,68,69) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, 52

relativo a la declaración de enfermedades transmisibles.

El sida queda introducido en esta lista de enfermedades sometidas a declaración.

Circular IK-2130-TRE del 5 de abril de 1984 relativa a la obligación de declaración del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. definición del SIDA.

Circular IK-2130A-TRE del 6 de junio de 1985 relativa a las enfermedades relacionadas con el SIDA, directrices relativas al tratamiento y manipulación del paciente. Este presenta las políticas para el manejo de la información.

Circular IK-2138-TRE del 2 de julio de 1985 relativo al programa de lucha contra el SIDA, establecido por la Dirección General de Salud. Objetivos específicos y factores determinantes para la serovalencia epidemiológica, prevención a la infección, medidas especiales, cuestiones de orden ético, etc.

Circular IK-2179-TRE del 25 de octubre de 1985 relativa a las medidas de control del SIDA. Precisa las disposiciones seriológicas y los lugares necesarios para los servicios de consultación.

Circular IK-2180-TRE del 30 de octubre de 1985 relativa a las disposiciones seriológicas de los donadores de sangre. Definición de las modalidades de prevención en las pruebas de anticuerpos anti-HTLV III.

Circular IK-2182 del 15 de octubre de 1985, definiendo las reglas a seguir en el SIDA en la fase de infección por el LAV/HTLV-III. El texto contiene desde la definición hasta la profilaxia y las medidas de lucha contra el SIDA.

Circular IK-12/86 del 4 de febrero de 1986 relativo a la detección de anticuerpos anti-LAV/HTLV III, de los donadores de sangre. Precisa las reglas para prevenir la infección en casos de transfusión sanguínea.

Circular IK-15/86 del 7 de febrero de 1986 relativa al SIDA. los riesgos de contaminación en caso de la infección por el LAV/HTLV III. Da los puntos actuales en cuanto a la materia de transmisión del virus.

Circular IK-13/86 del 12 de febrero de 1986 relativa a la detección de anticuerpos anti-LAV/HTLV III y las formas de donación de la leche materna. disposiciones para la aplicación de pruebas.

Circular IK-2188-TRE del 16 de abril de 1986 relativa a la organización de tratamientos de salud a personas portadoras de anticuerpos anti-LAV/HTLV III. Precisa los diferentes tipos de infección.

Circular IK-2193-TRE del 2 de mayo de 1986 relativa a la revelación de la infección por el HTLV III y a la declaración concerniente a la presencia confirmada de anticuerpos del virus. Declaración de casos de seropositivos.

Circular IK-2214-TRE del 15 de octubre de 1986 aportando el plan de acción de la Dirección General de Salud, en la lucha contra la infección del VIH. Solución a las necesidades que presentaba la enfermedad en su momento.

Circular IK-228 del 15 de diciembre de 1986 definiendo las reglas a seguir teniendo como fin el prevenir la transmisión de la infección por el VIH.

Circular IK2238 del 15 de diciembre de 1986 definiendo las reglas a seguir en la lucha contra la infección por el VIH y los donadores en laboratorio.

Prescripción no. 72 del 6 de febrero de 1987, aportando la modificación de la prescripción, asimiladas por el personal médico. la infección del VIH se ajusta a la lista de enfermedades asimilables a enfermedades profesionales específicas.

Circular IK-2240 de 10. de marzo de 1987 relativa a la prevención y el control de infecciones por el VIH, proyecto de intensificación de pruebas específicas para la detección de la infección, medidas concretas, concernientes a los sujetos susceptibles de contraer la infección.

Prescripción no. 1003 del 11 de Diciembre de 1987 aportando la modificación de la prescripción relativa a la declaración de enfermedades transmisibles. Inscripción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, al grupo de enfermedades justificables de declaración nominal. (69)

P A I S E S B A J O S . Decreto no. 805552d del 10 de diciembre de 1987 de la Secretaría de Estado y

(69) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P.55 A 61.

Bienestar Social de la Salud Pública, modificando el anexo 3 del Decreto relativo a la asistencia farmacéutica y a los fondos de aseguramiento de enfermedades. Definición de criterios aplicables a la utilización del (AZT).

Decreto no. 710265 del 18 de diciembre de 1987, de la Secretaría de Edo. y Bienestar social de salud pública, modificando las líneas directrices relativas a la elaboración de planes aplicables a establecimientos hospitalarios. Chequeo de la región sanitaria, de un hospital. (70)

P O L O N I A . Ordenamiento del 21 de octubre de 1987 del Consejo Ministerial aportando modificación al ordenamiento establecido en las listas de enfermedades transmisibles. El SIDA constituye una enfermedad transmisible por lo que queda sujeta a la lista de enfermedades obligatorias a declaración. (71)

P O R T U G A L . Decisión no. 11/86 del 18 de abril de 1986 del Ministerio de Salud. Control de aprovisionamientos de sangre y pruebas de diagnóstico. (70. 71) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P 64,67

Decisión no. 12/86 del 18 de abril de 1986 del Ministro de Salud. control de provisionamientos de sangre. (72)

REPUBLICA DEMOCRATICA ALEMANA. Instrucciones del 31 de marzo de 1986. relativas al estado del Instituto central de Salud, de Microbiología y Epidemiología de la República Democrática Alemana. El Instituto de la normatividad del funcionamiento de un laboratorio central para el SIDA.

Cuarto Reglamento del 22 de diciembre de 1987 aportando la aplicación de la ley relativa a la prevención de enfermedades transitorias y de la lucha del hombre contra las enfermedades. Declaración obligatoria del SIDA.

Instrucción del 28 de junio de 1988 del Ministro de Salud relativa al Estado obligatorio del personal médico; medidas a que estan sujetos. todos los profesionales de la medicina para la prevención del SIDA. (73)

RUMANIA. Decreto no. 315 del 8 de octubre de 1985. Contiene las disposiciones relativas a la (72, 73) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDICQUES. DNS. P 67.69

designación de centros de salud, como focos de sero-
valencia clínica y epidemiología del SIDA. Así como de
las autoridades encargadas de la coordinación del plan
central de serovalencia del SIDA.

Decreto no. 200 del 23 de junio de 1987. Indica-
ción de las atribuciones de la Comisión especial sobre
la infección del VIH. Responsable de las clínicas del
VIH. (74)

R E I N O U N I D O. Reglamento del 6 de junio
de 1988 aportando la modificación del Reglamento relati-
vo al servicio Nacional de Salud. El presente Reglamen-
to relativo al servicio nacional de la salud, es un
documento legal en el que se pide la presentación del
Kardex de salud a los extranjeros que visitan el país,
expedidos por el Servicio Nacional de salud.

El artículo 2 reemplaza una excepción del reporte
de avances clínicos, de las enfermedades sexualmente
transmisibles. en particular la excepción de un trata-
miento aplicable a la infección por VIH.

(74) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS. P. 70,71.

Ley de 1988 relativa a la Salud y a los medicamentos. El artículo 13 habilita a la Secretaría de Estado a editar reglamentos relativos a las necesidades para la detección del VIH.

INGLATERRA Y PAISES GALOS, ESCOCIA. Ley de 1987 relativa a la lucha contra el SIDA; lista sujeta a modificar el Decreto del 28 de junio de 1988, relativo a la lucha contra el SIDA. declaración. de la Secretaría de estado, de la denominación de casos de SIDA diagnosticados.

INGLATERRA Y PAISES GALOS. Reglamento del 19 de marzo de 1985 relativo a la Salud pública. Diversas disposiciones de pruebas para la Ley de 1984, relativa a la Salud Pública, lucha contra las enfermedades.

IRLANDA DEL NORTE. Decreto de 21 de octubre de 1987 relativo a la lucha contra el SIDA .

ISLAS ANGLO-NORMANDIES. Decreto de 1985 relativo a la Salud Pública, enfermedades sometidas a declaración. (75)

S U E C I A . Reglamento no. 5 del 5 de marzo de 1983 de la Dirección Nacional de Salud Pública y de la prevención social, relativa a la declaración médica
(75) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS. P. 71, 73.

del síndrome de la inmunodeficiencia humana. Informe que deberá de presentar los laboratorios que confirmen los casos de SIDA.

Recomendación general no. 2 del 12 de marzo de 1985, de la Dirección Nacional de Seguridad e Higiene, relativa a la protección contra el SIDA. el SIDA, es reconocido como enfermedad contagiosa.

Reglamento y Recomendación General 4 y 9 del 19 de marzo de 1985 de la Dirección Nacional de Salud Pública y de las proyecciones sociales del SIDA. Horizonte epidemiológico, médico, relativo al SIDA.

Recomendación relativa a las medidas a realizar y a las actividades de comportamiento de los riesgos de infección por el HTLV III.

ordenamiento no. 742 del 5 de septiembre de 1985 modificando al Decreto no. 234 de 1968 relativo a las enfermedades transmisibles, donde el SIDA debe de figurar en las listas de enfermedades transmisibles por vía sexual.

Reglamento no. 20 del 4 de octubre de 1985 de la Dirección Nacional de la Salud Pública. dando discosi--

ciones relativas a la aplicación de la Ley no. 231 de 1968

contra las enfermedades transmisibles.

Ordenamiento no. 786 del 10 de octubre de 1985 aportando la modificación del Decreto no. 234 de 1968 relativo a la lucha contra las enfermedades transmisibles. Entra a revisión el artículo, donde el SIDA será obligatorio a declarar.

Reglamento no. 23 del 19 de noviembre de 1985 de la Dirección Nacional de Salud Pública, para la legislación relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Reglamento no. 6 del 20 de febrero de 1986 de la Dirección Nacional de Salud Pública, relativa a las medidas de prevención de la infección de un examen de diagnóstico y ensayos de contacto.

Ordenamiento no. 198 del 17 de abril de 1986 relativo a la prevalencia de la infección. Preservar el anonimato de la infección.

Reglamento y recomendación general no. 11 del 29 de abril de 1986, de la Dirección Nacional de la Salud Pública, aportando la disposición relativa a las instrucciones para la atención de pacientes.

Decreto no. 23 del 20 de noviembre de 1986 de la Dirección Nacional de Seguridad y de Higiene, aportando la prescripción relativa a la protección contra la contaminación de sangre y recomendaciones generales de la Dirección. Recomendaciones para la protección de personas.

Ley no. 1406 del 18 de diciembre de 1986 aportando la modificación de la ley no. 231 relativa a la lucha contra el SIDA. Toda persona ingresada en un hospital por una enfermedad venérea, deberá de aislarse y aplicar las pruebas anti/LAV/HTLV III.

Ordenamiento no. 1409 del 18 de diciembre de 1986 aportando la modificación del Decreto no. 234 de 1968, relativa a la lucha de enfermedades transmisibles. Procedimientos a seguir para el aseguramiento de personas atendidas de una enfermedad venérea.

Ordenamiento no. 55 del 19 de febrero de 1987 aportando la modificación del Ordenamiento no. 638 de 1973 relativo a la remuneración de actividades con el dentista. medidas de protección para los pacientes.

Reglamento y Recomendación general no. 6 del 27 de

marzo de 1987 de la Dirección Nacional de la Salud Pública y proyección social relativa a la inseminación:

Recomendación general no. 7 del 2 de abril de 1987 de la Dirección Nacional de la Salud Pública relativa a la protección contra los riesgos para la salud general, en el manipuleo y la gestión de desechos contaminados por el VIH.

Reglamento no. 8 del 15 de abril de 1987 de la Dirección General de la Salud Pública relativa a las medidas a realizar para prevenir la transmisión del VIH, en la leche materna.

Decreto no. 11 del 5 de junio de 1987 de la Dirección Nacional de Seguridad e Higiene, aportando prescripciones relativas al riesgo profesional; recomendando el cuidado en el contacto con fluidos corporales, susceptibles a presentar un riesgo de transmisión del VIH.

Recomendación general no. 22 del 9 de octubre de 1987, de la Dirección Nacional de Salud Pública, relativa a las medidas a realizar en las pruebas de detección de anticuerpos. VIH.

Recomendación general no. 1 del 22 de junio de 1988 de la Dirección Nacional de Salud Pública, insistiendo en la importancia para las personas infectadas por el VIH de recibir el tratamiento adecuado.

Recomendación general no. 1 del 21 de marzo de 1988, de la Dirección Nacional de Seguridad e Higiene relativa a las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH. Aborda los problemas generados asociados a la utilización de pruebas de detección.

Reglamento no. 10 del 15 de abril de 1988 de la Dirección Nacional de Salud Pública, definiendo las categorías de medicinas habilitadas a prescribir por los médicos y que contienen (AZT).

reglamento no. 13 del 3 de mayo de 1988 de la Dirección Nacional de Salud Pública, relativo a las medidas contra la infección del VIH, Hepatitis-B.

Reglamento no. 15 del 7 de octubre de 1988 de la Dirección Nacional de Salud Pública, relativo al diagnóstico en el laboratorio de la infección del VIH. (76)

S U I Z A . Ordenamiento del 9 de abril de 1986. -
(76) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P.73.

del Consejo Federal, instaurando medidas propias a realizar para prevenir la transmisión por la sangre, en los productos sanguíneos de enfermedades infecciosas peligrosas.

Ordenamiento del 21 de septiembre de 1987, concerniente a la declaración de enfermedades transmisibles del hombre. Disposición de rendir declaración obligatoria del SIDA. (77)

C H E C O S L O V A Q U I A . Disposición obligatoria no. 14 del 17 de junio de 1984 aportando la creación de Laboratorios de Referencia para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (laboratorio de investigación sobre el SIDA).

REPUBLICA SOCIALISTA ESLAVA. Aviso del 10 de diciembre de 1987 del Ministro de Justicia, de la República Socialista Eslava, aportando el establecimiento de la lista de enfermedades asimilables a enfermedades infecciosas, y asentadas en el Código Penal.

REPUBLICA SOCIALISTA CHECO. Aviso no. HEM-377-20-12-85 relativo a la Creación de un Laboratorio encargado de elaborar los métodos normales a realizar en la
(77) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIDUES. OMS. P. 80.

en la infección del VIH.

Aviso del 2 de diciembre de 1987 del Ministro de Justicia de la República Socialista Checo. aportando el establecimiento de la lista de enfermedades transmisibles del hombre a fin de aplicar el código Penal. (78)

T U R Q I U I A . Circular del 18 de octubre de 1983 del Ministro de Trabajo. Definición del SIDA, descripción de modalidades de transmisión y principios de prevención.

Texto del 17 de octubre de 1985. El SIDA está incluido en la lista de enfermedades transmisibles.

Circular no. 1141 del 4 de febrero de 1987, Detección obligatoria del VIH, en la sangre y productos sanguíneos.

Texto del 12 de febrero de 1987, Creando una Junta Consultiva sobre el SIDA. Presidida por el Ministro de Salud y Asistencia Social.

Circular no. 2174 y 2744 del 19 de febrero de 1987, del Ministro de Salud y Asistencia Social. conteniendo las disposiciones de promover una política de identificación (78) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P. 80,81.

cación de grupos de riesgo. Para que reciban atención especial e información. (79)

U. R. S. S. Decreto del 25 de octubre de 1987 del Presidente Soviético Supremo de la URSS aportando las medidas de prevención contra la infección por el virus del SIDA. Aplicación de pruebas de detección de la infección del VIH, grupos de riesgo.

Reglamento del 29 de octubre de 1987 relativo al examen médico para detectar una infección por el virus del SIDA. Especificando las categorías de los sujetos sometidos a estas pruebas. en el que se disponen los donadores de sangre, ciudadanos soviéticos, misiones extranjeras, extranjeros arribados a la URSS, grupos de riesgo, personas que hayan recibido alguna transfusión, toxicómanos, homosexuales, y personas dedicadas a la prostitución, misiones Diplomáticas y Consulares, organismos Intergubernamentales.

REPUBLICA SOCIALISTA FEDERAL SOVIETICA DE RUSIA (RSFSR), Decreto del 31 de octubre de 1987 del Presi.

(79) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P. 82.

dente Soviético supremo de la RSFSR, modificando el Código Penal de RSFSR, acerca de los textos legislativos de la RSFSR,, teniendo por objeto armonizar la legislación de la RSFSR. (80).

C).- ANTECEDENTES EN AFRICA.

AFRICA DEL SUR. Reglamento del 30 de octubre de 1987 relativa a las enfermedades transmisibles y a la declaración de estados patológicos sometidos a declaración. medidas de combate contra las enfermedades transmisibles. (SIDA).

Aviso gubernamental no. R2439 del 30 de octubre de 1987. El SIDA es una infección por el VIH, incluida en la lista de enfermedades a rendir declaración, Así mismo las personas portadoras de esta enfermedad deberán de recibir el tratamiento adecuado. (81)

(80) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P. 83,84.

(81) TABLEA OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS. P. 2.

B U R U N D I . Decreto no. 100/122 del 19 de octubre de 1987 aportando la creación de una Organización, denominada Comité Nacional de la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que posteriormente es modificado por el Decreto no. 100/60 del 26 de febrero de 1988. El Comité tiene por misión: plantear las estrategias de lucha contra el SIDA, organizar campañas de información, educación, sensibilización etc., sobre el, SIDA. (82)

E G I P T O. Decisión no. 435 de 1986 del Ministro de Salud, aportando la clasificación del SIDA al rango de enfermedades sometidas a declaración obligatoria. (grupo II). (83)

M O Z A M B I Q U E . Decreto del 26 de junio de 1986 aportando la creación de una Comisión Nacional para la elaboración de un proyecto estratégico Nacional en materia de detección, prevención y declaración de casos de SIDA en el país. (84)

N I G E R I A . Decreto no. 29/MPS/AS del 23 de (82, 83, 84) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS, P.5,16, 28, 58.

abril de 1987 aportando la creación de Comités Departamentales de serovalencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (realización de actividades de serovalencia).

Decreto no. 30/MSP/AS del 23 de abril de 1987 aportando la Creación de un Comité Nacional del SIDA, con el fin de ayudar a la consulta nacional sobre la enfermedad.

Decreto no. 95/MSP/AS, del 26 de noviembre de 1987, aportando la reorganización del Comité Nacional de Serovalencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

A pesar de ser el Africa el Continente, donde se supone tuvo origen el SIDA, y presentar mayor incidencia de casos, unicamente. 5 países han legislado sobre acciones dirigidas a evitar la propagación del SIDA. (85)

(85) WORLD HEALTH ORGANIZATION, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, TAELEAU DES INSTRUMENTS JURIDIQUES AU SIDA ET L INFECTION A HIV. 1988. PAGES: 54,55.

D).-ANTECEDENTES EN ASIA.

C H I N A . reglamento del 26 de diciembre de 1987 relativo a las medidas de serovalencia y el control aplicable al SIDA. Introducción de diversas medidas para prevenir los casos importantes del SIDA. y de la infección del VIH, así como evitar la propagación del SIDA en CHINA., disposiciones, como: vigilancia en los productos sanguíneos. pruebas de detección. productos susceptibles a contaminación, confidencialidad para los seropositivos, etc. (86)

I R A K . Resolución no. 229 del 16 de abril de 1987 del Consejo de Comandancia Revolucionaria. en donde se dispone, que todos los extranjeros que entren al país, deberán de ser sometidos a un examen médico. Indicando los centros habilitados para expedir el certificado de salud. (87)

I S R A E L . Reglamento del 13 de octubre de 1983 relativo a la salud pública (enfermedades transmisibles). El SIDA por Pneumonia. insertado en la lista de enfermedades sujetas a declaración individual.

(86, 87) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES. OMS, P.20.48

Aviso no. 27 del 27 de octubre de 1987, del Ministerio de Salud; el SIDA es una enfermedad infecciosa grave.

Decreto del 15 de noviembre de 1987 relativo a Salud Pública. las personas aparentemente en las categorías definidas por la Dirección General del Ministerio de Salud, susceptibles de ser portadores del VIH, deberán, de realizarse exámenes en los laboratorios especiales para la detección del VIH; en caso de ser portadores de anticuerpos deberán de seguir las instrucciones dadas por los médicos responsables de llevar el tratamiento. (88)

L I B A N O, Decisión no. 92 de 1987 de la Secretaría General de Salud, relativa a las medidas a realizar para la prestación de servicios a personas portadores de SIDA. (89)

J O R D A N I A . Circular no. 5/40/3931 del 15 de junio de 1987, no. 5/40/7/37 del 31 de octubre de 1987 y el no. 5/40/6034 del 9 de diciembre de 1987. El sida se encuentra en el rango de enfermedades transmisibles ora (88;89) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, CSM, 48, 49, 52

ves sometidas a declaración obligatoria, realizada por la Secretaría del Secreto Médico. (90)

M A L A S I A . Declaración del 22 de mayo de 1985. El SIDA, es una enfermedad transmisible sometida a declaración. (91)

F I L I P I N A S . Circular no. 2 del 2 de junio de 1986 del Ministro de Salud, que modifica la circular no. 11 del 11 del marzo de 1987. El SIDA es la infección del VIH, sometida a declaración.

Instrucción no. 14 del 17 de febrero de 1988 aportando reglamento relativo a la inmigración. Personas sometidas a detección: los residentes extranjeros. Los Centros de Refugiados. (92)

R E P U B L I C A A R A B E S I R I A . Decreto reglamentario no. 36/T del 26 de octubre de 1987 del Ministro de Salud: sobre los análisis sistemáticos de sangre para fines de detectar seropositivos. (donadores de sangre, residentes extranjeros, estudiantes, etc.). (93)

R E P U B L I C A D E C O R E A . Lev no. 3943 del 28 de Noviembre de 1987 relativa a la prevención del (90,91,92,93,94) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDQUES. OMS. P. 52, 53, 54, 57, 58.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Comprendiendo los principios, generalidades, notificaciones, reportes, pruebas de detección, serovalencias de personas infectadas, disposiciones complementarias, disposiciones penales, (Constituye delito la propagación de la infección del VIH, la divulgación de donadores confidenciales concernientes a personas infectadas). (94)

S I N G A P U R . Notificación del 17 de abril de 1985 concerniente a la Ley relativa a las enfermedades infecciosas. El SIDA está introducido en la lista de enfermedades infecciosas sometidas a declaración.

Reglamento del 23 de diciembre de 1985, relativo a enfermedades infecciosas. Formula la utilización de la declaración de enfermedades infecciosas. (95)

T H A I L A N D I A . Aviso no. 2 del 10. de mayo de 1985 del Ministro de Salud Pública. clasificando al SIDA como enfermedad sometida a declaración y aportando la descripción de sus principios y síntomas.

Reglamento Ministerial no. 11 del 26 de octubre de 1986 editado para la aplicación de la ley de 1979

(94,95) TABLEAU OF INSTRUMENTS JURIDIQUES, OMS. P. 68.

relativa a la inmigración. Los portadores de SIDA o alguna enfermedad infecciosa, no podrán entrar a Tailandia. (96).

E).- ANTECEDENTES EN OCEANIA.

A U S T R A L I A . AUSTRALIA MERIDIONAL. Ley de 1985 relativa a la contaminación de sangre. Limitación de la responsabilidad en casos de transmisión de SIDA por consecuencia de una transfusión sanguínea. Declaración a que están sometidos los donadores sanguíneos eventuales.

AUSTRALIA OCCIDENTAL. Ley de 1985 relativa a los donadores de sangre. Limitación de la responsabilidad en caso de transmisión de SIDA, a consecuencia de una transfusión sanguínea. (limita la responsabilidad conforme a la ley de 1985).

(96) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, TABLEAU DES INSTRUMENTS JURIDIQUES RELATIVES AU SIDA PAGES; 81.

Reglamento de 1985 relativo a los donadores de sangre (limita la responsabilidad). Definición de las enfermedades sometidas a declaración para los donadores de sangre.

Reglamento de 1985 relativo a la sangre y las enfermedades transmisibles. Los donadores de sangre, de órganos, deberán de someterse a una declaración.

NUEVA GALES DEL SUR. Ley modificatoria de 1985 relativa a la Salud Pública, Declaración de casos de SIDA y de seropositividad.

Ley de 1985 relativa a órganos humanos. Para el uso de sangre en fines terapéuticos, médicos y científicos o para fines de transfusión, deberán de ser declarados.

Reglamento no. 308 de 1986, Modalidades de declaración señaladas para los donadores de sangre y para los pacientes que presentan SIDA.

Reglamento de 1985 relativo a la Salud Pública. Relativo a la transmisión del virus del SIDA en actividades como: acupuntura, pedicura, manicure, depilación, etc.

QUEENSLAND. Ley no. 2 del 12 de diciembre de 1984

aportando la modificación de la Ley relativa a la Salud, clasificando al SIDA como una infección causante de una enfermedad venérea.

TASMANIA. Ley de 1986 relativa a la transfusión sanguínea. limita la responsabilidad en caso de transmisión de SIDA por consecuencia de una transfusión sanguínea.

Ley de 1987 relativa a la venta de condones. Disposiciones para los establecimientos para la venta de los condones.

TERRITORIO DE LA CAPITAL. Ordenamiento de 1985 relativo a los donadores de sangre, limitando la responsabilidad de éstos.

VICTORIA. Reglamento de 1984 relativo a la declaración de enfermedades. declaración de casos de SIDA, ARC y el Síndrome de la linfadenopatía.

Ley de 1985 relativa a la Salud. La cual contiene disposiciones similares a las contenidas en la de Australia Meridional.

Reglamento de 1985 relativo a las enfermedades in-

feccionsas, declaraciones a que estan sometidos los donadores de sangre eventuales.

Todos los Territorios deberan de tener los instrumentos juridicos necesarios para asimilar al SIDA como una enfermedad sometida a declaracion. (97)

N. U E V A Z E L A N D A. Ley modificatoria de 1982 relativa a la Salud, introduciendo al SIDA en la lista de enfermedades sometidas a declaracion.

Modificacion no.3 del 16 de diciembre de 1985, la cual formula una declaracion diferente de la declaracion obligatoria. (98).

(97) (98) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, TABLEAU DES INSTRUMENTS JURIDQUES RELATIFS AU SIDA ET A L INFECTION A HIV,, PARTIE I. PAYS. 1988, PAGES:5, 6, 7, 8, 62.

CAPITULO III

CAPITULO III. REGLAMENTACION JURIDICA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

A).- ANTECEDENTES.

Nuestro código Penal vigente en el art. 7o. del Capítulo Primero Título Primero que corresponde a Responsabilidad Penal, define el delito de la siguiente manera: "...es el acto u omisión que sancionan las leyes penales" (99); que dicho en otras palabras significa, que el delito es un acontecimiento del obrar humano. es un acto del hombre. es un acto humano. es una acción (acción u omisión) que solo tiene su origen en una actividad humana. Además, dicho acto humano debe lesionar un interés jurídicamente protegido, es decir, estar en oposición con una norma jurídica: pero como no toda acción antijurídica constituye delito, es preciso que corresponda a un tipo legal (figura del delito) definido y conminado por la ley con una pena, para que sea un acto típico. Otro requisito que debe reunir (99) CODIGO PENAL MEXICANO, 1990, FORRUA, MEXICO.

dicho acto, es que ha de ser imputable, una acción es imputable cuando puede ponerse a cargo de una determinada persona y un último requisito es que dicho acto u omisión debe estar sancionado por una pena. Luego, para que se configure el delito deben concurrir estos aspectos esenciales: acción, antijuricidad, tipicidad, culpabilidad, y punibilidad, elementos que reunidos nos darán la noción substancial del delito: acción antijurídica, típica, culpable y sancionada por una pena.

Establecidos éstos conceptos nos explicaremos el por qué, múltiples definiciones sobre el delito son inaceptables; bien por estar incompletas o bien porque toman otros elementos integrantes del delito. Pero hablando de delitos, éstos son múltiples, de ahí que el hombre trate de agruparlos, de reunirlos, tomando en consideración elementos preponderantes en un determinado grupo, es decir, trata de clasificarlos y aunque clasificaciones hay múltiples; Carrara admitía una clasificación: Delitos naturales y delitos sociales, consideraba que los naturales (los que lesionan preferentemente in-

tereses individuales) son anteriores históricamente, "el primer pensamiento que condujo a los hombres a establecer un sistema de punición contra los culpables, debió de ser naturalmente el de proteger las propias individualidades contra la maldad ajena. Por lo tanto los delitos naturales debieron preceder a los delitos sociales (los que lesionan preferentemente intereses colectivos)" y continúa, "desarrollándose esta idea, piensa que dentro del grupo de delitos naturales, los hombres ante todo, deben haber tutelado su propia vida, el bien más valioso; más tarde su integridad personal, la propiedad, la libertad, etc. (100). Por lo tanto Carrara concluye que, el único criterio radica o sea el fundado en la diversidad del derecho agredido o violado puesto que lo considera el más adecuado para clasificar todas las especies particulares posibles del delito ya que parte de un principio ineludible que es el que expone diciendo: "No puede haber delito sin que se lesione un Derecho".

Aunque esta clasificación fue aceptada por los (100) PROGRAMA 170 , DERECHO PENAL MEXICANO, MEXICO.

cultores de la ciencia del Derecho Penal así como por algunos códigos penales, no todos se ajustaron al criterio clasificador y aunque lo aceptaban, compartían al mismo tiempo sus conceptos con otras clasificaciones aumentando con ello la confusión ya existente y así al agrupar los delitos en títulos que, como en nuestro Código Penal vigente se denominan "Delitos contra la autoridad", parece referirse, no al bien jurídico tutelado, sino al titular de dicho bien.

Los Códigos Penales modernos también han adoptado el sistema de agrupar y clasificar los delitos en títulos y capítulos aceptando el criterio clasificador de la escuela clásica, que es el bien jurídico tutelado. Luego, aquellas figuras delictivas que tutelan el mismo bien jurídico se tiende a agruparlos en un mismo título de los múltiples en que se divide la parte especial del Código Penal. A su vez los títulos se subdividen en capítulos que describen el hecho o los hechos tipificados por la ley.

Es en esta forma y siguiendo este sistema como el actual Código Penal acepta la denominación para su

Titulo Decimonoveno de "Delitos contra la vida y la integridad corporal" que a su vez se subdivide en los capitulos siguientes: Cap. I Lesiones, Cap. II Homicidio, Cap. III Reglas Comunes para lesiones y homicidio, Cap. IV. Parricidio, Cap. V Infanticidio, Cap. VI. Aborto, Cap. VII Abandono de personas.

Por lo que se refiere al delito de Lesiones, encontramos que es un delito material y un delito instantáneo que se puede cometer por acción u omisión y que se consume en el momento en que se realiza el daño o se altera la salud.

En cuanto al Capitulo I del Titulo Decimonoveno del Código Penal, su análisis lo realizare en exposiciones posteriores y por el momento lo definiré tal y como lo hace el artículo 288: " Bajo el nombre de lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración de la salud y cualquier daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa". (101). (101) CODIGO PENAL MEXICANO. FORRUA HNOS. MEXICO, 1988.

ANTECEDENTES HISTORICOS. Para los Romanos, las lesiones no constituían una figura jurídica especial y frecuentemente se confundían con la injurias reales o de hecho. Así las fracturas de un hueso que se sancionaban con injurias en las XII tablas, obligaban a pagar con 300 ases si el ofendido era libre y 150 si era siervo y si se trataba de un miembro se aplicaba al autor la pena del talión: "si membrum rupsit, ni cum eo pacit. talio est". (102)

En el derecho pretorio se establece la pena pecuniaria abandonándose la anterior pena del talión. Esta pena tenía la ventaja de que se podía disminuir mediante la facultad del Juez, en caso de ser excesiva. (103).

En la época de Justiniano la lesión continuaba siendo considerada como injuria y no fue, sino hasta la Lex Cornelia la que establece la legislación sobre la injuria con sus tres distintas modalidades: La pulsatio, la verbatio y el comun introire, la jurisprudencia las (102) F. CARDENAS RAUL, DERECHO PENAL MEXICANO. MEX.
(103) F. CARDENAS RAUL, DERECHO PENAL MEXICANO. MEX.

divide en injurias atroces e injurias leves e incluye en las primeras las ofensas físicas.

Cuando las lesiones no eran consideradas como injuria se les consideraba como homicidio tentado y se sancionaba de acuerdo con la Lex Cornelia: "de modo que si alguno agrede a Tizio con fin homicida pero, fallando en su intento, lo hiere, responde, según la Lex Cornelia, con la pena ordinaria". (104)

Es con la invasión de los bárbaros, sus costumbres, su Derecho, su influencia, como los conceptos romanísticos se modifican. Los bárbaros distinguen las heridas; dedicándose a señalar y a enumerar a cada una de ellas con nombres especiales. Llevan a cabo un estudio minucioso de cada una de ellas de acuerdo con su localización, de la cabeza a los pies, para regular la tarifa por aplicar y así lo señalan en sus leyes, estatutos y reglamentos, imponiendo con este proceder, una costumbre que habría de conservarse durante mucho tiempo entre los pueblos que conocieron y convivieron su Derecho.

(104) F. CARDENAS RAUL, DERECHO PENAL MEXICANO, MEX.

A ellos se deben las primeras clasificaciones de las lesiones. Una de ellas es la que se divide en : lesiones y golpes (104), heridas propiamente dichas (105), y mutilaciones (106).

Un derecho en donde se observa la fusión de conceptos romanísticos y de conceptos bárbaros y así posteriormente lo expresa en sus leyes y codificaciones, en el Derecho Español. pero aún en él, no se habla todavía de delito de lesiones y se sigue considerando a esta o bien como deshonras o injurias o bien como homicidio tentado, al menos así lo expresan algunos de los títulos en las siete Partidas: "Firiendo un ome a otro con mano o con pie, o con palo, o con piedra, o con armas, o con otra cosa cualquiera, dezimos que la faze tuerto o e desonrra. E por ende dezimos que el recibiesse tal desonrra, o tuerto, quier salga sangre de la ferida, auier non, puede demandar que le sea fecha enmienda della. e el judgador debe apremiar a aquel que lo fi-

(104) SCALE, TEORIA DEL DELITO, MORENO MOISES.

(105) BLUTWUNDEN, MORENO MOISES.

(106) WERSTUNMLUGEN, TEORIA DEL DELITO, MORENO MOISES.

rió que lo enmiende" (107). ley 1.2 relativa al homicidio tentado. " Si alguno fuera contra otro para matarlo, tomando cuchillo u otra arma estando armado. acechándolo en algún lugar. para darle muerte: o tratandolo de matar en alguna otra manera semejante a éstas, metiendo ya por obra merece ser escarmentada así como lo hubiese cumplido porque no fincó por el de no cumplir si pudiera. (108).

Al igual que en las Siete Partidas en la Novisima Recopilación Titulo XXI que se intitula "De los homicidios y heridas" en cuanto a éstas últimas no se encuentra disposición alguna y la enumeración de casos que expone solo sirve para agravar la pena o igualarla a la del homicidio.

No así en el Fuero Juzgo y en el Fuero Real en que se observa la tremenda influencia del Derecho Bárbaro y como en él se enumeran las lesiones llevándose a cabo un estudio minucioso de cada una de ellas de acuerdo con su localización en el cuerpo humano distinguiendo los ca-

(107) LEY 6 TIT. IX PARTIDA VII.

(108) LEY 1.2 TIT. EGF. HOMICIDIO.

sos de simple contusión, rompimiento de la piel, la salida de la sangre de la herida, herida hasta el hueso, o quebranto, etc. a fin de tariffar las heridas de acuerdo con distintas circunstancias: calidad del ofendido, el medio empleado y el resultado de la acción, siempre y cuando la herida se cause sin malicia. cuando la herida se ocasiona con malicia, la pena es la del talión a menos que haya un arreglo de dinero por lo que estime el herido.

Posteriormente con el advenimiento y la influencia del Cristianismo, los conceptos sobre lesiones en los diversos derechos ya anteriormente expuestos. tienden a modificar y a unificarse no solo en cuanto al concepto en sí, sino en cuanto al proceso vulnerable, la clasificación de las lesiones y su penalidad. Es así como encontramos tanto en la Edad Media como en la Contemporánea y en los distintos Derechos. romano, bárbaro, etc. que la lesión se considera desde un punto de vista material tanto por lo que se refiere al resultado. como al agente vulnerable. En cuanto al resultado se sancionaba la lesión en sí: el rompimiento de piel, la herida

hasta el hueso, el quebrantamiento de un hueso, la pérdida de un miembro, etc. y en cuanto al agente vulnerante se consideraba como la proximidad violenta de un cuerpo cualquiera al cuerpo humano por ejemplo: una cuchillada, una patada, es decir, consideraban la causa exterior de origen material y no tomaban en consideración el que pudiera existir una causa exterior como por ejemplo las afecciones de origen tóxico, en la cual no existe ni proximidad de un cuerpo cualquiera contra el cuerpo humano, ni ésta ser necesariamente violenta.

Fue el Código Austriaco de 1800 el que, junto con el Código Francés, consideró la lesión como un delito autónomo estableciendo en su artículo 136 que "el que con intención de dañar a otro, le hiera gravemente o le cause lesión grave o le ocasione alguna alteración en su salud, se hace reo de delito" (109).

Observemos como en esta redacción, la idea sobre la lesión es muy distinta; ya es manifiesta la inquietud de establecer un término más genérico que considere como lesión los daños a la salud. Pero, aunque, esta idea no

prosperó en los demás códigos de aparición posterior, si quedó establecido en el artículo 309 del Código Francés: "Será castigado con la pena de reclusión todo el que cause heridas o diere golpes. de cuyos actos de violencia resultare una enfermedad o incapacidad para trabajar por más de veinte días". Posteriormente la jurisprudencia interpretó los golpes y las heridas en el sentido de que en ellas se comprenden todas lesiones personales, externas o internas, cualquiera que sea su causa.

Esta actitud la adpota el Código Español de 1822 en su artículo 635 al tipificar el daño causado por la aplicación de venenos y substancias tóxicas. suministrados sin ánimo de matar.

Le sigue el Código Belga en su articulado 402 a 405 que se refiere a las lesiones causadas mediante la administración de substancias que puedan originar la muerte. o de substancias que sin ser de dicha naturaleza puedan alterar gravemente la salud.

La influencia francesa se hizo sentir hasta Latinoamérica y son los Códigos Penales de Argentina, Boli-

via, Brasil, Chile, Cuba, etc. los primeros en admitir en sus definiciones el concepto material de lesión con unánime criterio de que la lesión comprende no sólo los daños a la anatomía del hombre, sino a su salud y a su mente.

Son nuestros Códigos Penales, los que amplían este último concepto al considerar a la lesión, como todo daño en el cuerpo o toda alteración de la salud, producido por una causa externa.

CONCEPTO DE LESIONES. La doctrina ha proporcionado definiciones conceptuales de lesión y, entre ellas, la del maestro Jiménez Huerta, quien sostiene que "Por lesión debe entenderse todo daño inferido a la persona, que deje huella material en el cuerpo o le produzca una alteración en la salud. (109).

González de la Vega afirma que por lesiones debemos entender cualquier daño exterior o interior, perceptible o no inmediatamente por los sentidos, en el cuerpo, en la salud o en la mente del hombre. (110)

(109) JIMENEZ HUERTA. DERECHO PENAL MEXICANO.

(110) GONZALEZ DE LA VEGA. DERECHO PENAL MEXICANO.

Otro concepto de la definición legal de lesiones, es toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa extraña, es decir, la definición envuelve como presupuesto indispensable, la actualidad y realidad de daño, sobre lo que debe estructurarse indeciblemente la clasificación legal de la lesión para el efecto de la penalidad a imponer. Desde este punto de vista, si el certificado médico es deficiente porque no aparecía el daño real y efectivo producido en la víctima, sino que se refiere a una hipótesis, para el caso en que la acción lesiva hubiera durado mayor tiempo, siendo entonces capaz de poner en peligro la vida o de cuasar la muerte, la pena impuesta teniendo como base la clasificación de las lesiones de las que por su naturaleza ponen en peligro la vida y que por circunstancias especiales no la han comprometido, se traduce en una violación del artículo 540 del código penal. (110).

Deben entenderse por lesiones no, solamente, las
(110) CODIGO PENAL TOMO LXXXI 54. EPOCA. SEM. JUD. FED.

heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino 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. (111).

El delito de lesiones se realiza cuando, por causas externas, se ocasionan alteraciones en la salud o daños que dejen huella material en el cuerpo humano. (112).

Conforme al artículo 288 del Código Penal del Distrito Federal de 1931, bajo el nombre de lesiones se comprende no sólo las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos producidos por una causa externa; por lo tanto, el contagio sexual debe considerarse como una lesión, supuesto que constituye una alteración de la salud causada por hechos externos. (113).

(111) ANALES DE JURISPRUDENCIA TOMO C. P. 227

(112) ANALES DE JURISPRUDENCIA TOMO III, P. 358.

(113) SEMANARIO JUDICIAL DE LA FED. TOMO XLIV P. 172 5A.

B).- ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL DELITO DE LESIONES.

Como en todo presupuesto juridico, en el delito de lesiones tenemos que señalar los distintos presupuestos que lo integran:

1.-) SUJETO ACTIVO. Solo el hombre, la persona física puede ser objeto activo del delito. Dicho en otras palabras, el sujeto activo del delito es la persona física, como agente productor del daño de lesiones, es la que causa el resultado. es el que ocasiona el hecho delictuoso y sus cualidades personales (conyuge, ascendiente, descendiente. etc.) solo constituyen circunstancias atenuantes o agravantes del delito. .

2.-) SUJETO PASIVO. El sujeto pasivo del delito de lesiones es el hombre en sí considerado desde el nacimiento hasta su muerte. Es lo que tutela la ley penal, la integridad corporal del hombre. desde el momento de su nacimiento hasta el momento de su muerte.

3.-) OBJETO MATERIAL. El objeto material del delito de lesiones es el hombre en cuanto a materia. en cuanto a organicidad. en cuanto a individuo biológico con

raciocinio, en cuanto a "cuerpo" de la persona física.

4.-) OBJETO JURIDICO. El objeto jurídico del delito de lesiones, es el de proteger la integridad corporal o física del hombre.

5.-) CONDUCTA. El inferir es tanto como causar o hacer una ofensa, sin agravio, una "herida" inferir una lesión no puede ser más que causar cualquier daño, menoscabo, perjuicio o detrimento a la integridad de la persona (artículo 288); tal es la conducta ejecutiva del delito de lesiones. (113).

Al no especificar el código Penal la forma de causar la ofensa a la integridad de la persona, se entiende que estas formas son del todo irrelevantes con tal de que sean idóneas para producir el resultado descrito en el tipo (lesiones). Por tanto puede cometerse el delito mediante actos positivos, valiéndose de medios materiales externos (golpes, etc.), o internos (dar de beber veneno a la víctima) (artículo 315 del Código Penal vigente), o bien de los llamados medios (113) FALACIOS VARGAS RAMÓN. 1978. MEXICO.

"morales", o a través de omisiones: comisión por omisión (ejem. privar al hijo de alimentos). Por tal motivo, puede considerarse el sistema de la ley, respecto de las formas y medios de ejecución de la conducta, como a "numerus apertus". (114). 6.-

)RESULTADO. El resultado en el delito de lesiones es menoscabo de la salud del sujeto pasivo.

No debe entenderse que la lesión es un resultado: más bien, lesión es el nomen iuris tradicional del delito que inoportunamente ha sido introducido en la definición de la figura delictiva". Esta afirmación sostenida respecto de la legislación italiana es válida también para nuestro derecho positivo, así como para el español, tal y como se ha encargado de ponerlo de relieve del Rosal, Cobo y Murillo, pues tal cosa ha hecho el legislador nacional, cuando, entre otros, en el artículo 192 ha determinado la pena para aquel que "infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable....". ".....Al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad (114) FALACIOS CASAS RAMON. DELITOS CONTRA LA VIDA.

permanente de trabajar. enajenación mental....", etc,
aun cuando la ley descartadamente determina, por ejem-
plo....."al que infiera una lesión de la que resulte una
enfermedad.....", de todos modos el delito no tiene dos
resultados: inferir una lesión (primer resultado), dejar
herido al sujeto pasivo, y el otro ocasionado posterior-
mente y como consecuencia del primero, concretado en
dejar al pasivo afectado de una enfermedad, o inutiliza-
do para el trabajo. Consecuentemente, tampoco se trata
de un estado de agravación del resultado. (115).

A continuación se hará un análisis de la definición
que nuestro Código Penal da del delito de lesiones
haciendo hincapie en los elementos materiales que la
integran. Aún en esto los autores no se ponen de acuer-
do y cada quien lo analiza de acuerdo a su criterio.
el Lic. González de la Vega dice: " la definición
del delito de lesiones que expone en su artículo 288 el
Código Penal vigente, no contiene una definición propia-
mente dicha del delito de lesiones sino del concep-
(115) PALACIOS VARGAS RAMON. DELITOS CONTRA LA VIDA.
1978.

to médico legal del daño de lesiones: en efecto, los elementos que se desprenden de su redacción son:

a) una alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

b) que esos efectos sean producidos por una causa externa.

El Lic. Raúl F. Cardenas considera:

a) Un daño que deje huella material en el cuerpo, o

b) cualquier alteración de la salud, y

c) que estos efectos sean producidos por una causa externa.

Otros autores consideran:

a) Una alteración en la salud o un daño que deje huella material en el cuerpo humano.

b) una causa externa que produzca el daño o la alteración.

c) Una relación causal. Debe existir un nexo entre la acción u omisión del agente, como causa, y el daño en el cuerpo o la alteración de la salud del ofendido, como efecto.

d) Un elemento moral. esa causa externa que da origen a

la alteración de la salud o al daño en el cuerpo, debe ser imputable al agente, por haber obrado con dolo o culpa.

El Lic. Forte Petit considera redundante la definición legal al referirse a daño en el cuerpo y alteración en la salud, estimando que, a fin de que la redacción no resulte gramaticalmente excesiva, debe suprimirse la frase "daño en el cuerpo" de tal manera que quede únicamente el concepto de "alteración de la salud".

La mayoría de los autores acepta la definición que da el Código Penal vigente:

- a) Un daño que deje huella material en el cuerpo.
- b) Cualquier alteración de la salud.
- c) Que esos efectos sean producidos por una causa externa.

a) nuevamente los autores no se ponen de acuerdo en la definición de daño y cada quien escoge la que le parece más adecuada: "daños" todo y cualquier desorden en la perfecta integridad física de la estructura orgánica. Interesando en gran parte su exterior" según -

Pujia y Serratrice. Para Carrara "daño en la persona es la consecuencia de toda modificación intrínseca a extrínseca, que turba, temporal o permanentemente, la integridad anatómica o funcional del organismo o de una parte del mismo y determina un estado de sufrimiento-enfermedad o una disminución anatómica o funcional, o la muerte". Otros autores lo definen: "daño en el cuerpo es todo lo que afecta la integridad física". Otra definición más: "se entiende por daño en la salud todo desorden, tanto de las funciones fisiológicas como de las psíquicas, pues la ley al hablar de la salud, en general, se refiere a la salud física y a la salud mental". Una definición sencilla, pero bastante completa es la que aparece en el libro del Lic. Raúl F. Cardenas que dice: "daño en el cuerpo significa la alteración de la integridad física del hombre.

El daño, en cuanto a la alteración que ocasiona sobre la anatomía humana, puede ser externo o interno, que como su nombre lo indica será externo cuando se alteren los tejidos superficiales del cuerpo humano e interno cuando se cause un desorden o desequilibrio en -

la estructura orgánica.

Algunos autores de acuerdo con las consecuencias del daño sobre la integridad física del hombre las dividen en:

a) lesiones externas.

b) lesiones internas.

c) perturbaciones psíquicas o mentales.

pero aún así, esto no es suficiente para tipificar la infracción. Es necesario que el daño deje vestigios materiales que puedan ser apreciados bien a simple vista o bien mediante minucioso estudio clínico de laboratorio o bien de gabinete.

b) Cualquier alteración de la salud: El delito de lesiones también significa alteración de la salud, pero, que significado le podemos dar, cual va a ser su alcance o que debemos entender por ello.

Alterar, significa cambiar la esencia o la forma de una cosa y salud se refiere al equilibrio órgano-funcional del individuo. Cambiar la esencia o la forma de una cosa es sencillamente modificar aquella cosa y si esa -

cosa es la salud, al modificar el equilibrio órgano funcional del individuo podemos o no estar invadiendo terrenos de la patología; pero hablar de patología es hablar de enfermedad y, no toda modificación del equilibrio órgano-funcional del individuo es enfermedad. Si hablamos de modificación del equilibrio órgano-funcional, a cual nos estamos refiriendo, puesto que, en un individuo podemos hablar de equilibrio órgano-funcional y referirnos al equilibrio que se da en cada uno de los distintos aparatos y sistemas. Luego es posible, que al hablar de equilibrio órgano-funcional, se tome este concepto en un sentido general, global. incluyendo no solo al soma sino también la psique y de ser así, si éste fue el pensamiento del legislador significa, que el término "alteración de la salud" comprende aspectos de tipo orgánico, fisiológico como mentales.

c) Que esos efectos sean producidos por una causa externa.

Para que se configure el delito de lesiones, no solo es necesario el daño material en el cuerpo humano y

la alteración de la salud, sino que es determinante que esos efectos sean producidos por una causa externa. Solo la intervención de factores extraños al individuo que sufre el daño, permite completar el criterio medico legal de las lesiones.

La comprobación de la relación entre la causa externa y el resultado, es indispensable para tipificar el delito de lesiones, de allí, que si no existe una causa externa, no se configura el delito. Luego entonces, que debemos entender por causa externa. Por causa externa debemos entender, todos los medios que puedan emplearse para causar daños en el cuerpo o alteración de la salud.

Algunos autores aceptan una clasificación de la causa externa:

a) violenta. (choque de un cuerpo extraño con el cuerpo humano)

b) no violenta. (empleo de substancias tóxicas).

c) moral. (cuando se emplean medios no materiales; temor angustia, etc.).

Solo nos falta hacer una mención para que el delito

de lesiones se configure. De que exista el nexo causal entre la causa externa y el evento.

En el Código Penal de 1871, la discusión y la confusión surgen al tratar de establecer la clasificación jurídica de las lesiones, aceptándose, desde el punto de vista objetivo:

a) mortales.

b) no mortales.

1. lesiones que no ponen ni pueden poner en peligro la vida del ofendido.

2. lesiones que ordinariamente ponen en peligro la vida por el arma empleada o por la región en que estuvieron situadas, pero no la comprometieron por circunstancias especiales.

3. lesiones que no ponen en peligro la vida.

No obstante que la clasificación adoptada por el Código Penal de 1871 fue energicamente criticada por los juristas de la época el Código Penal vigente, acepta la clasificación del Código de 1871 aunque con algunas modificaciones y es así como tenemos:

Desde el punto de vista subjetivo:

a. intencionales.

b. no intencionales o por imprudencia. (tit. primero cap. primero, art. octavo del código penal vigente).

Desde el punto de vista objetivo:

a. lesiones que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días.

b. lesiones que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar más de quince días.

c. lesiones mortales. (tit. decimonoveno, cap. primero, arts. 289 y 293 del Código penal vigente).

Además de la clasificación de las lesiones, nuestro código toma en consideración otros tipos complementarios, subsidiarios o accesorios, que, si bien no alteran la ya expuesta clasificación si modifican la penalidad, bien en función de las consecuencias que deja la lesión o de las circunstancias que la clasifican o atenúan. (arts. 290, 291 y 292 del código penal vigente).

A continuación se hará un pequeño análisis de la -

definición médico-legal del artículo 288 del código penal vigente.

El Código Penal vigente expone: Título Decimonoveno "Delitos contra la vida y la integridad corporal" Capítulo 10., lesiones.

Artículo 288: "Bajo el nombre de lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, 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".

Al examinar los elementos constitutivos del delito de lesiones, agotamos el análisis del segundo fragmento de la definición de lesión "la alteración de la integridad física del hombre", en mi opinión "lesión es la alteración de la integridad bio-psíquica de la persona física", puesto que con esta palabra se abarcan los aspectos de organicidad, funcionalismo o aspectos netamente fisiológicos así como el de la salud mental.

En cuanto al primer fragmento de la definición, examiné lo redundante de la misma y en primer término

tenemos la palabra "heridas". Desde el punto de vista médico-legal es una solución de continuidad externa o interna, ocasionada en los tejidos por una violencia mecánica brusca. Y desde el punto de vista jurídico es un daño que deja huella material en el cuerpo humano y por lo consiguiente, una alteración en la integridad física del hombre.

Pasando al segundo término: escuriaciones. La escuriación es una lesión superficial que descama la epidermis y la capa superficial de la dermis ocasionada por un agente vulnerante. Esto, desde el punto de vista médico-legal, y desde el punto de vista jurídico un daño que deja huella material en el cuerpo humano y por lo consiguiente otra alteración en la integridad física del hombre.

En cuanto a las contusiones, se acepta en Medicina legal esta definición: es el resultado de una presión violenta sobre una parte del cuerpo humano, producida por un cuerpo contundente. Desde el punto de vista jurídico es un daño que deja huella material en el cuerpo humano y que provoca una alteración en la integridad

física del hombre.

Ahora al ver las fracturas. Para su estudio médico-legal se las coloca dentro de las contusiones por reunir los requisitos indispensables en la definición ésta: "es el resultado de una presión violenta sobre una parte del cuerpo humano, producido por un cuerpo contundente y que deja como consecuencia una alteración de los tejidos óseos y, la pregunta, desde el punto de vista jurídico, acaso no también es un daño que deja huella material en el cuerpo humano y por lo tanto una alteración en la integridad física del hombre.

Las dislocaciones. Es objeto de crítica el que los juristas que llevaron a cabo la revisión del código de 1871, no hayan consultado cuando menos la terminología con un médico legista. Probablemente al decir dislocaciones, se refieran a las luxaciones, que admiten como definición médico legal: "la rotura traumática de la capsula articular o de sus ligamentos, con dislocaciones óseas". Desde el punto de vista jurídico este tipo de lesiones también son un daño que deja huella material en el cuerpo humano y que provoca la alteración

en la integridad física del hombre.

Por último tenemos las quemaduras que admiten como definición médica legal: "exposición de tejidos vivos del cuerpo humano a la acción del calor, cuya intensidad da lugar a los seis grados de gravedad que se conocen". Aquí también tenemos un daño que deja huella material en el cuerpo humano y por lo tanto una alteración en la integridad física del hombre.

Si se refiere a una serie de accidentes traumáticos que dejan como consecuencia un daño que deja huella material en el cuerpo humano y por lo tanto una alteración en la integridad física del hombre porque no abarcarlos todo ellos con nombres genéricos que nos hable de este daño, como lo es la lesión. Porque no aceptar como texto del artículo 288; "Por lesión debe entenderse, todo daño en el cuerpo o cualquier alteración de la salud, producida por una causa externa".

Dentro de la legislación Mexicana, se ha intentado legislar sobre el SIDA: el día 12 de julio de 1990, la Cámara de Diputados se reunió para aprobar la iniciativa, donde se modificaban diversos artículos del

Código Penal del fuero común. A continuación se presenta una pequeña síntesis de la Sesión celebrada el día 12 de julio de 1990, extractada de la Estenografía parlamentaria de la Cámara Pública:

INTERVENCION DEL DIP. ALBERTO PEREZ FONTECHA:".....haciendo de antemano un reconocimiento a nuestras compañeras diputadas, y sin menospreciar su esfuerzo y trabajo, los diputados del Partido Auténtico de la Revolución Mexicana vemos la necesidad y sentimos el compromiso de hacer un llamado a todos para que también reflexionemos en la decisión que hoy debemos de tomar y que esa reflexión vaya más allá del simple compromiso para cumplir con propuestas hechas en foros de otros países o para querer justificar ante la ciudadanía que se trató de hacer el mejor de los esfuerzos.

Creemos que podemos hacer mucho más por mejorar esta legislación en beneficio de millones de mexicanos que, ante el tabú del sexo sufren diariamente las consecuencias.

Sabemos que el tema es muy difícil de tratar: pero que bueno que se tuvo el valor de abordarlo y deseamos

reconocer que los ilícitos sexuales son uno de los peores cánceres que sufre diariamente nuestro pueblo.

Por ello no podemos, al menos no debemos pasar esta oportunidad que difícilmente se nos presentará en el resto de nuestra existencia, para que anteponiendo intereses personales, de grupos o de partidos, cumplamos con dignidad el encargo que nos dio la ciudadanía.

Por estas razones hacemos un llamado a todos los compañeros diputados para que haciendo nuestro mejor esfuerzo, tratemos de mejorar el decreto puesto a discusión ya que sentimos que posiblemente por las prisas pudieran existir algunas lagunas que serán aprovechadas para perjudicar a los ciudadanos, independientemente del sexo que estos tengan.

No podríamos dejar de señalar que tenemos mala justicia, pero que también ello puede ser por que a veces hemos hecho malas leyes.

..... El grupo Parlamentario del PARM, durante la discusión en lo particular, propondrá a ustedes, compañeros diputados, correcciones a los distintos artículos que lo sabemos que podrían ser mejorados con la

participación de todos, pero insistimos que es peligroso y no podemos dejar abierta la puerta de la casa cuando el ladrón lo tenemos en la casa de junto...."

PARTICIPACION DE LA C. DIP. JUANA GARCIA FALOMARES (PFCRN): "...A juicio de la fracción parlamentaria del Partido Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional, parece que valió la pena el largo tiempo que transcurrió entre la entrega de la iniciativa y la presentación del dictamen que hoy está a discusión; en el se muestra por parte de la Comisión de Justicia, minuciosidad analítica y seriedad en la revisión de los cambios propuestos por el grupo de 61 diputados de esta LIV Legislatura Federal.

Se nota un esfuerzo por ajustar la legislación penal a los cambios que se han suscitado en el entorno nacional; a este esfuerzo de la comisión se suma el concurso interdisciplinario de especialistas en la materia, por lo que estamos ciertos, el dictamen que hoy discutimos demuestra la capacidad y seriedad de los integrantes de la Comisión de Justicia y en general el afán renovador que ha caracterizado a esta legislatura

federal.

.....Queremos dejar claramente establecido que las reformas que hoy discutimos no son una graciosa concesión de este Poder Legislativo a la defensa de la integridad física y moral de las mujeres y menores; son el resultado de una larga lucha por nuestra causa igualitaria, que, sin caer en radicalismos exista, allanán el camino para hacer valido el precepto de igualdad que señala el artículo 4o. de nuestra Carta Magna.

....En el proyecto de decreto nos llama la atención que se impongan tantas trabas a la protección que debe brindar el Estado a las víctimas de los delitos que se tipifican con mayor claridad en el proyecto que presentamos las ciudadanas diputadas.

....La fracción parlamentaria del Partido del Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional se pronuncia a favor de los proyectos de dictamen presentados por la Comisión de Justicia a esta soberanía y seguirá insistiendo en la necesidad de que el Estado asuma una actitud corresponsable en apoyo a las víctimas de los delitos que afectan la libertad y el normal desarrollo

psicosexual de los individuos...."

PARTICIPACION DE LA C. DIP. AMALILA GARCIA MEDINA.

".....Esta ha sido una iniciativa presentada por diputados de todos los partidos políticos de manera unitaria y hemos dejado de lado las diferencias que existen en el terreno político y también diferencias ideológicas y nos hemos puesto de acuerdo en un tema de interés del conjunto de la sociedad.

.....Quiero decir por otro lado, ya entrando al análisis de nuestra propuesta, que los temas que nos han interesado han sido el de la seguridad, es un asunto que se ha tratado en múltiples ocasiones en nuestro país y en esta tribuna y específicamente en lo que se refiere a estos delitos, algo que hemos señalado las diputadas y algo que han señalado distintas mujeres es que no es posible hablar de una sociedad desarrollada cuando una parte de la misma vive con temor por lo menos en alguna ocasión del día y yo quiero decir que si algún delito causa temor a una parte de la humanidad es este tipo de delitos y que hay momentos en los cuales sentimos la inseguridad, no es justo que una parte de la humanidad

pueda desarrollarse y vivir así.

....Yo quiero además señalar que hay una discusión a nivel mundial. que no es nueva, y que seguramente muchas compañeras y compañeros conocen, que se refiere a la forma de analizar los códigos penales, aquello que se refiere a los castigos.....haya una tendencia, que se centra en las víctimas y se le ha llamado "victimología", que sucede cuando una sociedad aumenta las penas, pero no atiende a la víctima, que no estamos resolviendo el problema, y tenemos entonces que atender, en primer lugar, las medidas para que no sucedan estos delitos, pero cuando suceden necesitamos atender primero a la víctima.....Yo quiero terminar, compañeras y compañeros, señalando que realizamos 17 reuniones de la Subcomisión, que nos reunimos en cuatro distintas ocasiones con especialistas, que tuvimos una reunión de trabajo con el Procurador de Justicia el Lic. Morales Lechuga, y que antes de realizar estas 17 reuniones de la Subcomisión, que creo por cierto que es una de las que han trabajado en mayor número de ocasiones incluso si la comparamos con otros temas: se realizó un foro

sobre delitos sexuales, convocado por la Cámara de Diputados el año pasado y se presentaron mas de 100 ponencias.

Ha habido un examen exhaustivo. Nosotros hemos analizado las distintas propuestas y creo que este proyecto que hoy presentamos es un proyecto avanzado que contribuye a una sociedad como aquella que queremos, una sociedad humana, en donde las víctimas tengan la posibilidad de tener justicia, en donde puedan recuperarse los daños, en donde haya la posibilidad de que la sociedad no las castigue más ni las culpabilice, sino que les permita reintegrarse a una nueva vida plena.

Yo quiero terminar diciendo, como lo decíamos cuando presentamos esta iniciativa que nuestra intención es que ojalá nunca más, que llegue el día en que podamos decir que nunca más se cometan esta clase de delitos, estos actos que humillan y denigran a la persona humana, y que cuando agreden a otro también a nosotros nos lesionan como personas.....".

INTERVENCION DEL C. DIPUTADO JUAN JAIME HERNANDEZ.

".....la fracción parlamentaria del Partido Autentico de la Revolución Mexicana, en su nueva era, al entrar al estudio y análisis del dictamen sobre la iniciativa de reforma y adición a diversos artículos del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y toda la república en materia de fuero Federal, propuesta por todas las ciudadanas diputadas, integrantes de esta LIV legislatura encontramos en lo general que en ella se recogen los reclamos justos del pueblo y de la sociedad, que exigía el establecimiento de normas que protejan y respeten a la integridad física y moral de aquellos miembros de la comunidad que han sido objeto de acciones criminales.

Coincidimos con la iniciativa en que la parte esencia de la misma, la constituye su solidaridad hacia las victimas de delitos que conculcan la libertad sexual y por ende lesionan psicosexualmente a la persona, por lo que, la estructura sugerida para la integral protección a la libertad y a la seguridad sexual. Para nosotros es pausable que se haya llegado al consenso para

crear la figura del hostigamiento sexual y la descripción y tipificación de los delitos de peligro.

....Consideramos que la apreciación que se hace en la iniciativa sobre los peligros de contagio que puedan transmitirse por las relaciones sexuales y conocido en el actual código como transmisión de enfermedades venéreas, es constitutiva del delito de lesiones, cuando se efectúa intencional o imprudencialmente, pero en la redacción actual este delito queda supeditado a la conjetura de la premeditación, porque el contaminador por su ciego ímpetu erótico, obra sin mayor reflexión ni análisis del propósito. Dada la evolución social y los peligros de contagio con los adelantos modernos y la manera de transmisión de enfermedades de este tipo, la reforma contempla enfermedades transmisibles en forma mortal, como es el caso de los Enfermos del SIDA, que a sabiendas de su mortal padecimiento en forma vengativa continúan infectando.

Sin embargo el PARM. considera que la supresión de algunos elementos constitutivos del delito en algunos de los artículos reformados no benefician de ninguna manera

a. la victima de tales delitos y en determinados casos hacen negatoria la protección.....".

INTERVENCION DEL C. DIPUTADO GAUDENCIO VERA VERA.

"...En relación con el tema que nos ocupa, y en referencia que hacia el diputado, Pérez Fontecha, estoy de acuerdo en que no se resuelven los problemas parchando las leyes, que es necesario que el código penal y el código de procedimientos en su integridad se reformen.....".

INTEVENCION DEL C. DIP. JESUS HERNANDEZ MONTAÑO.

"...sentí la necesidad de solicitar el uso de la palabra, en mi carácter de Presidente en la Subcomisión de Trabajo que se integró a proposito del dictamen que hoy se somete a la consideración de esta Asamblea, porque siento necesario que todos ustedes integrantes de esta Asamblea

tengan conocimiento del esfuerzo que se realizó para presentar el dictamen que hoy se discute en esta sesión.

La Subcomisión de trabajo de la comisión de Justicia se integró el pasado 5 de junio a instancia del

Presidente de la Comisión de Justicia, Diputado Miguel Montes García. La idea que tuvo el Presidente de la Comisión de Justicia, fue de que analizáramos los alcances de este proyecto con la acuciosidad, con la seriedad, con el razonamiento que se deben de analizar todos los proyectos, fundamentalmente cuando estos conllevan juicios de valor que son en ocasiones difíciles de poder detectar o identificar.

....Para poder llegar a presentarles el resultado final de este esfuerzo, celebramos 16 reuniones de trabajo, con una comisión integrada paritariamente con cada una de las fracciones parlamentarias que conforman esta Cámara: analizamos el contenido y el alcance de la iniciativa que como aquí se ha establecido se solidariza con la víctima; que como aquí se ha establecido, busca proteger a la víctima para hacer mas efectiva la reparación de su daño; busca también reclamar del estado de atención en los casos en que la víctima se encuentre en estado de abandono o desamparo; busca también garantizar la calidad humana de la víctima en el curso del procedimiento penal a el cual se habrá de sujetar; y fundamen

talmente propone una nueva estructura de valores por lo que hace a los delitos de carácter sexual: una estructura que incluye la incorporación un nuevo tipo delictivo; una estructura que incluye la revisión de los elementos constitutivos de los delitos de carácter sexual con el propósito de ampliar y proteger la tutela del bien jurídico que protegen a los delitos de esta naturaleza, que son la libertad y la seguridad sexual, de las personas independientemente de su sexo.

....Por ello le sometemos a la consideración de esta Asamblea el resultado de ese esfuerzo para que con toda libertad, con todo razonamiento, se condere y se analice en todos sus extremos.

A la consideración de usted esta el trabajo que aquí se discute.

INTERVENCION DEL C. PRESIDENTE. "...Consulte a la Secretaría a la Asamblea si el dictamen se encuentra suficientemente discutido en lo general."

INTERVENCION DE LA C. SECRETARIA. DIP. GUADALUPE GOMEZ MAGANDA DE ANAYA. "...Por instrucciones de la Presidencia en votación económica se pregunta a la

Asamblea si se encuentra suficientemente discutido el dictamen en lo general.

Los ciudadanos diputados que esten por la afirmativa, sirvanse manifestarlo.

Suficientemente discutido Sr. Presidente.

C. PRESIDENTE. Antes de recoger la votación nominal, la Secretaria tiene un comunicado de la Comisión de Justicia.

LA C. SECRETARIA DIP. GUADALUPE GOMEZ MAGANDA DE ANAYA. Comisión de Justicia, Palacio Legislativo 12 de julio de 1970.

Ciudadanos Secretarios de la Honorable Cámara de Diputados, Presente.

En reunión de la Comisión de Justicia celebrada el 11 de julio del presente año. Se acordó modificar los artículos 199 bis y 263 del Dictamen que contiene el proyecto de Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la república en materia de fuero Federal, en los términos

siguientes:

EL ARTICULO 199 BIS DICE: "EL QUE A SABIENDAS DE QUE ESTA ENFERMO DE UN MAL VENEREO U OTRA ENFERMEDAD GRAVE EN PERIODO INFECTANTE, PONGA EN PELIGRO DE CONTAGIO LA SALUD DE OTRO, POR RELACIONES SEXUALES U OTRO MEDIO TRANSMISIBLE. SERA SANCIONADO DE TRES DIAS A TRES AÑOS DE PRISION Y HASTA CUARENTA DIAS DE MULTA.

SI LA ENFERMEDAD PADECIDA FUERA INCURABLE SE IMPONDRÁ LA PENA DE SEIS MESES A CINCO AÑOS DE PRISION.

EL SERVIDOR PUBLICO QUE EN VIRTUD DE SU ENCARGO TENGA NOTICIAS DEL HECHO, DEBERA DAR AVISO DE INMEDIATO A LAS AUTORIDADES SANITARIAS. EN LOS TERMINOS A QUE HACE REFERENCIA LA LEY GENERAL DE SALUD.

CUANDO SE TRATE DE CONYUGES, CONCURNARIOS O CONCUBINAS SOLO PODRA PROCEDERSE POR QUERRELLA DEL OFENDIDO".

Deberá Decir:

ARTICULO 199 BIS.- EL QUE A SABIENDAS DE QUE ESTA ENFERMO DE UN MAL VENEREO U OTRA ENFERMEDAD GRAVE EN PERIODO INFECTANTE. PONGA EN PELIGRO DE CONTAGIO LA SALUD DE OTRO, POR RELACIONES DE OTRO, POR RELACIONES

SEXUALES U OTRO MEDIO TRANSMISIBLE, SERA SANCIONADO DE TRES DIAS A TRES AÑOS DE PRISION Y HASTA CUARENTA DIAS DE MULTA.

SI LA ENFERMEDAD FADECIDA FUERA INCURABLE SE IMPON-
DRA LA PENA DE SEIS MESES A CINCO AÑOS DE PRISION.

CUANDO SE TRATE DE CONUYGE, CONCUBINARIO O CONCUBI-
NAS, SOLO PODRA PROCEDERSE POR QUERELLA DEL OFENDIDO."

Por lo expuesto nos permitimos solicitar a ustedes
que el Dictamen mencionado se someta a discusión y
votación con los nuevos textos de estos artículos.

Al agradecerles sus atenciones, reiteramos a
ustedes las seguridades de nuestra distinguida conside-
ración. Atentamente, DIP. MIGUEL MONTES GARCIA Y DIP.
NAPOLEON CANTU CERNA.

El C. Presidente...."Proceda la Secretaria a reco-
ger la votación nominal en lo general y en lo particular
de los artículos no impugnados en un sólo acto.

La. c. Secretaria Dip. guadalupe Gomez Maganda de
Anaya; por instrucciones de la Presidencia se va a
proceder a recoger la votación nominal en lo general y
en lo particular de los artículos no impugnados en un

solo acto.

El Dip. Miguel Montes Garcia "...nada más que se informase a la Asamblea, como noción de orden, cuáles son los artículos reservados, para que podamos saber cuáles vamos a votar junto en lo general y por que no fueron reservados.

El C. Presidente: "...bien, se encuentran reservados, aunque más adelante lo teníamos también previsto señalar, los artículos : 260, 261, 262, 365 bis, 3o. del dictamen que incluye los artículos 267, 268, 270, 271. Además el 199 bis y el 263. También está el 365 bis.

El Diputado Gerardo Avalos Legus. "...yo quisiera solicitar por cuestión de orden, dado que ha sido una ley firmada, una propuesta de ley firmada por todos los grupos parlamentarios, hay un quórum inicial establecido, nos permitiera obviar el tiempo de la votación, sumando la cantidad de votos con el quórum que se estableció, por ser una ley de concenso y después ya pasar al debate de los artículos reservados..

El C. Presidente "...Perdóneme ciudadano diputado, pero no veo una previsión reclamatoria en ese sentido.

Proceda la Secretaría a continuar con la votación.

La C. Secretaría informa que se emitieron 377 votos en pro y ninguno en contra.

El C. Presidente "...aprobados en lo general y en lo particular los artículos no impugnados por 377 votosEsta Presidencia informa que han sido reservados para su discusión los artículos 199, bis....Se abre el registro de oradores para la discusión del artículo 199 bis. Tiene la palabra el Dip. Ernesto Jiménez.

INTERVENCION DEL C. DIP. ERNESTO JIMENEZ MENDOZA.

"...he tenido a bien tomar el uso de la palabra para referirme al Artículo 199 bis, que describe una situación que se iguala a la que es la tentativa de lesiones o tentativa del delito de contagio venéreo.

Realmente a pesar de estar en la subcomisión que trató esto y que lo estudiamos conjuntamente con otros compañeros, hicimos oportunamente las indicaciones necesarias para que aquí el bien jurídico protegido fuera el contagio venéreo que es el que frecuentemente se da en la sociedad mexicana. Sin embargo no fuimos oídos en nuestra petición y se instó en seguir reglamen-

tando en la misma manera como lo hacia el Código Anterior. El peligro de contagio, es decir, el momento anterior al contagio y que no se da dicho contagio: por lo tanto, esa conducta encuadra perfectamente en la tentativa de lesiones o si se reglamentara el delito de contagio venereo sería tentativa de contagio venéreo.

Por otra parte tenemos un agregado a este antiguo artículo del peligro de contagio venéreo, y ese agregado peca de extremista o de ambicioso y generalmente según lo manifiesta la comisión se refieren a la famosa enfermedad del SIDA, sin tomar en cuenta un peritaje médico o un dictamen de alguien conocedor de la materia. la Comisión se aventura en realizar esta reclamación y yo preguntaría a la comisión: ¿Cómo haría para tipificar, en algún momento el peligro de contagio venéreo, si una persona enferma de SIDA, todavía no se le detecta el SIDA, sino al decir de algunos expertos, hasta los cinco años se hace este tipo de revelación de los síntomas?, ¿Cómo es posible que ya se instale en un artículo esta situación, preventiva a lo mejor o con muy buena intención, pero con muy mala redacción y a pesar de insistir

les en la comisión al respecto.?

Con todo esto, vemos que si se tratara de la enfermedad del SIDA aquí hay un agregado en el artículo que dice: "si la enfermedad padecida fuera incurable, se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión". vamos a pensar que una persona enferma de SIDA contagia otro (a) persona de la enfermedad, en ese caso se trataría hasta este momento de un Homicidio a largo plazo, una situación, una conducta fatal, de consecuencias inusitadas y tal vez que temprano tendría que morir esa persona, como es posible que se le condene con seis meses a cinco años de prisión, sería en principio alcanzaría fianza y en seguida, sería el medio más moderno de cometer el Homicidio.

Por lo tanto es importante anotar o dejar asentado en el Diario de los Debates, este tipo de observaciones, ya que lamentablemente en la Comisión no fui oído y esperé el sentido común de los compañeros diputados para que sugieran reflexionar esto y al menos cuando nos preguntan: ¿Por qué apoyamos o porque aprobamos determinada ley?, digamos que hubo salvedades, siquiera

para bien de la misma Cámara de Diputados.

INTERVENCION DEL DIPUTADO CARLOS VEGA MEMIJE (PRI).

"....Como integrante, como uno de los participantes en la comisión, que durante diversas jornadas tratamos de analizar los temas que aquí se están abordando sobre las reformas al código Penal. voy a hacer referencia tratando de ser muy preciso para que todos los compañeros no tengan duda sobre lo que acaba de expresar el Diputado que me antecedió en el uso de la palabra. Sobre el artículo 199 bis.

Este precepto en la Doctrina se dice que hay por los resultados del delito dos tipos y tenemos los delitos de peligro y precisamente los delitos de daño. Aquí lo que debe quedar muy claro para todos nosotros, es que estamos ante un delito de peligro, es decir, ¿que quiere señalar la ley con esto y la Comisión poner a la consideración de todos ustedes?, ya decidimos que el Código Penal tiene como función intimidar, tiene como función tratar de que se lleve bien y se desenvuelva la persona en la sociedad: Una manera es intimidando y aquí entra el Delito la tipificación, de aquel que es, como en el

caso del 1199 bis. simplemente de peligro. Aquí se sanciona exclusivamente la intención. es un delito intencional.

Por eso en el proyecto que estamos comentando, no como erróneamente lo señala el diputado que me antecede en el uso de la palabra donde él refiere que es una tentativa de lesión. No señores! aquí insistimos en la clasificación de delitos de peligro y delitos con daño o resultado material: si se produce un daño o un resultado material, entonces se sanciona con una pena más dura, más fuerte. Aquí únicamente lo que se pretende es señalar esa intención y dañar y reglamentar ese posible daño.

Es falso cuando él dice que "el bien protegido es el contagio venereo". No es cierto el bien protegido en este artículo es la salud pública. por eso, si leemos actualmente el artículo 1199 bis. estaremos señalando y desde su título lo observamos: Capítulo segundo "del peligro del contagio". Y repara: "El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venereo en periodo infectante ponca en peligro de contagio la salud de

otro, por medio de relaciones sexuales sera sancionado".
y viene aqui la sanción.

Por eso es que ahora la Comisión propone a ustedes ampliando el tipo: "El que a sabiendas de que esta enfermo de un mal venereo u otra enfermedad es decir, no solamente limitado como esta en el actual. "Otra enfermedad grave en periodo infectante ponga en peligro de contagio". Aqui está el peligro de contagio " la salud de otro por relaciones sexuales u otro medio transmisible" que es la segunda parte también que señala el diputado que nos antecedió en el uso de la palabra. No es que se requiera en si, ni que estamos diciendo que ese otro medio necesariamente tendra que ser el SIDA y que no tenga aqui el juzgador un dictamen medico. El señala que como le haría la Comisión para poder determinar este. Nosotros no lo vamos a determinar, es colligación de nosotros pretender regular los diversos o supuestos o hipótesis que se puedan presentar para que sea el juzgador, al prudente arbitrio, el que lo este determinando.

El dice que es irrisoria la sanción que se impone

si la enfermedad padecida fuera incurable él dice: ¿Como es posible que si es incurable se imponga de seis meses a cinco años de prisión? volvemos a insistir, aquí incurre en otro error, no estamos aquí en el supuesto de que el delito o el mal se produzca, aquí estamos ante un delito que esta señalando simplemente esa intención.

Si el daño se produce en el caso de SIDA, como él lo refirió estamos en el supuesto de homicidio y si como él lo dice el tipo, el actor, el sujeto activo, es a sabiendas, con conocimiento, como se señala aquí el tipo, puede ser un homicidio, hasta con las agravantes y todos ustedes saben como se sancionará un homicidio calificado.

Entonces, es la Comisión la que tiene que dar información muy clara a todos ustedes. No estamos ante un tipo que sancione un delito de resultado, estamos ante un tipo que sanciona o pretende sancionar regular un delito de peligro, es decir, es con esa intención, la simple intención que tenga el sujeto activo de actuar esta regulada por este tipo y esto es lo que se está sancionando en este tipo, si se produce ese daño y es lo que también por técnica legislativa queda quedar en ese

precepto aquí están las reglas generales, deberá irse a las reglas de las lesiones y si el daño en el caso de la enfermedad padecida fuera incurable. estaríamos no en una tentativa estaríamos en el delito de homicidio.

Espero pues que haya quedado claro el comentario sobre el 199 bis. la diferencia entre un delito de peligro y aquel de resultado donde se produce un daño, cuando se produzca un daño estaremos ante una sanción más agravada, este es simplemente de intención y por ello someto a la consideración estos comentarios que hace la Comisión sobre el 199 bis.

INTERVENCION DEL DIPUTADO ERNESTO JIMENEZ MENDOZA.

"....Sr. Diputado Vega Memije: quisiera preguntarle, ¿en el caso del SIDA, que está usted abordando, podría usted decirnos si cuando una persona infecta a otra o le retransmite la enfermedad, como usted nos está diciendo, se trataría de un homicidio, sin que este hubiera muerto?".

INTERVENCION DEL DIPUTADO CARLOS JAVIER VEGA MEMIJE. "...estamos repetido. insisto, pretendemos en la comisión ser muy claros doctor Jiménez, si el sujeto es

a sabiendas de él. estamos tipificando un delito de peligro. Si usted después de darse todo el procedimiento que no va a ser la comisión, si no que se da todo el procedimiento, ver el prudente arbitrio judicial que se dan los supuestos del tipo y ya fue un padecimiento mortal, obvio que estaremos ante un homicidio, pero esto será después de una secuela judicial, la Comisión no lo va determinar.

La Comisión lo que les propone a ustedes, es simplemente, regular, actualizar el tipo del 199 bis en cuanto a un delito de daño frente a otro de resultado que es el caso que usted pone y el juez tendrá que ver cuál es la sanción cual es el delito de lesión que le produjo. Si es este mortal, obviamente, en nuestra opinión estamos en el supuesto de homicidio."

INTERVENCION DEL C. DIPUTADO AURELIANO JIMENEZ MENDOZA. "...le decía cuando hice mi intervención, me referí a que la Comisión no se asesoró en la materia para hablar de contagio: es decir, en el caso del SIDA. Y que únicamente se llevó por los impulsos personales. Es decir, no se apoyó para legislar sobre la materia. a

eso me refiero".

INTERVENCION DEL C. DIP. CARLOS JAVIER VEGA MEMIJE.

"...Falso, desafortunadamente para usted. Doctor Jiménez, aquí, con toca contundencia a la Asamblea, les expresare que comparecieron por iniciativa fundamentalmente de nuestras compañeras diputadas los Drs. en Derecho: Ricardo Franco Guzman, el procesalista Jesus Zamora Pierce, el doctor Moises Moreno, la Doctora Lima, el Procurador Ignacio Morales Lechuga.

No fué un trabajo sobre las rodillas ; fué un trabajo que se estuvo haciendo con la intervención de muchos diputados y con el asesoramiento de expertos en la materia".

INTERVENCION DEL DIPUTADO JUAN JAIME HERNANDEZ.

"...Se le preguntó que en la Comisión si se asesoraron de peritos en la materia, esto es de medicos, no de Doctores en Derecho. Le pregunto a usted, ¿asistieron medicos especializados en la materia de la enfermedad del SIDA y del herpes.

INTERVENCION DEL DIPUTADO CARLOS VEGA MEMIJE.

"...Señores Diputados la intervención que tuvimos en la Comisión y fue el compromiso que hicimos con nuestras compañeras diputadas, es apoyarlas en un trabajo serio, técnicamente hablando.

Yo entiendo que atrás de una Procuraduría General de la República o de una Procuraduría General del Distrito Federal, existe más de un médico, más de un experto que estuvo viendo de estos asuntos.

Yo no quisiera entrar en otro terreno, como tener que decirles a los comisionados del PARM que desafortunadamente no estuvieron mas que en la primera reunión de esta Comisión, quizás de 20 que llevamos a cabo, y que no pudieron estar atendiendo todas las personas que nos acompañaron. No quisiera descender en este tipo de comentarios!, simplemente, en forma técnica le señalo que estuvo totalmente asesorada esta comisión para poder presentar a ustedes un trabajo serio, como se merece la Asamblea".

INTERVENCION DEL C. PRESIDENTE. " Consulta a la Secretaria a la Asamblea si el artículo 199 bis se encuentra suficientemente discutido".

INTERVENCION DE LA C. SECRETARIA MA. TERESA DURANTE JARAMILLO." por instrucciones de la presidencia se pregunta en votacion economica si el artículo 159 bis se encuentra suficientemente discutido. los que estén con la afirmativa sirvanse manifestarlo.

Suficientemente discutido Sr. Presidente".

INTERVENCION DEL C. PRESIDENTE." Se reserva para su votación nominal en conjunto con los otros artículos impugnados".

INTERVENCION DEL C. DIP. AURELIANO JIMENEZ MENDOZA. "...en relación con el artículo 259 bis que presenta una aparente nueva figura jurídica clasificada como delito. vemos con profundo pesar que en atención a que los principales problemas que se originan en la Administración de justicia es decir, en la aplicación de la norma concreta producida por sus mecanismos Constitucionales, es y difiere mucho de la intencion benigna que ustedes tienen.

Es decir, la norma no se aplica en su totalidad por los juzgadores y esto ha caído en una lamentable corrupción desde hace mucho tiempo y en forma ascendente.

Y precisamente con esos supuestos vemos que si nosotros no damos una figura jurídica precisa, una figura jurídica consecuente con una realidad aplicable, o una figura jurídica que entiendan nuestros hermanos mexicanos, que carecen a veces de saber leer, digo, de una cultura o que a la vez no saben leer o escribir y que les presentamos una figura jurídica cuando se les diga que al que con fines lascivos asedie reiteradamente a una persona de cualquier sexo, ¿que le damos a entender con eso?

Las leyes deben de estar con un lenguaje adecuado a la realidad que vivimos. El término "lascivo" inclusive en una sesión de las que dicen que no asistimos, donde estuvo el Dr. Franco Guzman, él se refirió precisamente a esto y dijo que este término era Aleman de la Doctrina Alemana y que lo traían a México pues porque realmente nos gusta mucho importar hasta las palabras.

Y en este caso, pues queda a la aventura jurídica, pensar que se va a entender: "...Con fines lascivos asedie reiteradamente a una persona....".

¿Podrá ser ese fin cuando se manda un ramo de

flores dos o tres veces? ¿cuando haya propuestas de invitar a comer a determinada persona?

Entonces todo esto se lo dejamos al juzgador a la hora de aplicar la norma, se determinan el órgano del Ministerio Público y a él, pues le puede parecer lo que él quiera porque el legislador le ha permitido esa libertad de darse sus oportunidades de torcer las cosas como siempre lo han hecho.

Si tenemos las normas dadas no se puede la ley, pues con tantas ambigüedades o generalidades, pues las cosas van a estar peor.

Pero una reflexión también muy importante en relación con este artículo que no es, vamos a pensar en el caso de un asedio reiterado de realizar el acto sexual en determinada fecha. ¿que no es esto un delito de amenaza? ¿que no es esto en caso de que se lleve a elementos materiales también un presubstituto de tentativa? ¿porque nos gusta reiteradamente inventar figuras jurídicas para darnos un lujo que a la mejor no nos corresponde?

Porque razon no estudiamos con profundidad estas cuestiones y serenamente hagamos propuestas congruentes con la realidad social de Mexico; congruentes con lo que conocemos como doctrina en el Derecho Penal.

el Diputado Vega Memije vino a decir aqui una clasificacion de delitos; pero esa clasificacion nos las dio él sin que este en la norma penal. Eso es lo que él dice o dice su autor que lava pero no es la ley.

Entonces imaginen ustedes cuando una persona infectada consiga un mes antes de morir, realiza relaciones sexuales con otra y el delito que esta tipificado, es de peligro, pero no es contagio, sino salidos. Se tiene que esperar cinco años para determinar su averiguación previa y ver si efectivamente si se contagio o no. Vean ustedes, esos problemas se presentan en la realidad y eso es lo que aprobamos nosotros.

INTERVENCION DE LA H. COMISION DE JUSTICIA DE LA CAMARA DE DIPUTADOS. ".....Honorable Asamblea: A la Comisión de Justicia, le fue turnada para su estudio y dictamen, la iniciativa que propone diversas reformas, adiciones y derogaciones a varias disposiciones del

Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero Federal, presentada ante la honorable Cámara de Diputados el día 17 de mayo de 1971 por sesenta y una Diputados de las diversas fracciones parlamentarias que integran esta Legislatura, en ejercicio de las facultades que les concede el Artículo 71 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Comisión de Justicia, para el mejor cumplimiento de sus atribuciones, dio una continuación de trabajo integrada por señores miembros de las fracciones parlamentarias de esta Cámara de Diputados, que recibió los diversos puntos de vista, proposiciones sobre el particular y recibió las valiosas opiniones de especialistas en la materia, en reuniones de trabajo que se celebraron con la Dra. Rosa de la Cruz Llanza, Dra. Ricardo Franco Guzman, Dr. Enrique Méndez Hernández, Dr. Jesús Zamora Ponce y Lic. Ignacio Morales Ledezma, Procurador General de Justicia del Distrito Federal, que se dio a conocer al análisis y las conclusiones que giraron en

torno a esta iniciativa..

Esta Comisión con fundamento en los Artículos 56 y 64 de la ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos y 57 y 68 y demás relativos del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, se permite someter a las consideración de esta Honorable Asamblea, el presente dictámen.

ANALISIS GENERAL. La iniciativa en comento, no sólo recoge los planteamientos de diversas agrupaciones de nuestra sociedad civil expresada en el Foro de Consulta sobre Delitos Sexuales, convocados por esta Comisión, en el mes de Febrero del año pasado, representa también el resultado de una larga lucha por establecer el respeto a la integridad física y moral no sólo de la mujer sino de aquellos miembros de nuestra comunidad que han sido objeto de agresiones criminales.

la parte esencial de esta iniciativa, la constituye, su solidaridad hacia las víctimas de los delitos, particularmente de aquellos ilícitos que conculcan la libertad sexual y lesionan el normal desarrollo psicosexual de la persona...

Por lo que hace al delito de Peligro de Contagio, esta Comisión considero conveniente revisar la estructura del tipo penal que se propone reformar en la iniciativa, pues esta sugiere reducir su alcance al contagio de enfermedades venereas por medio de relaciones sexuales. Para esta Comisión resulta evidente que existen enfermedades tales como el SIDA, que tienen períodos infectantes que pueden transmitirse por medios distintos a las de las relaciones sexuales, que ciertamente dan lugar a conductas peligrosas para el contagio.

El delito que nos ocupa es necesariamente intencional sin que para su configuración sea indispensable que se produzca el daño de contagio, en cuyo caso se trataria de un delito de lesión y no de peligro, que como su nombre lo indica, simplemente tutela la amenaza del bien jurídico protegido: la salud Pública.

En cuanto a la sanción esta comisión considero conveniente conservar la pena privativa de la libertad breve, para que al juzgador a su prudente arbitrio, determine si el tratamiento curativo del sujeto activo

se da en prisión o se administra en libertad o semilibertad.

Asimismo se juzgo prudente ampliar a todo servidor publico que por su encargo tenga conocimiento de estos casos, el deber de informar de inmediato a las autoridades correspondientes.....

Por las razones antes expuestas se propone el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO, QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSAS DISPOSICIONES DEL CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMUN, Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL.

Artículo 1o. se reforma los articulos 199 bis....

"ARTICULO 199 BIS.- El que a sabiendas de que esta enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contacto 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.

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

El servidor público que en virtud de su encargo tenga noticias del hecho deberá de dar aviso de inmediato a las autoridades sanitarias en los terminos a que hace referencia la ley General de Salud.

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

CAPITULO I V

CAPITULO IV. CONCLUSIONES.

Entrando al objeto de la presente investigación y una vez que fueron analizadas todas las características del llamado mal del siglo XX, es facultad exclusiva del Congreso de la Unión legislar al respecto. Considero que es necesario crear una legislación que se adecue a todas las personas contagiadas, a las personas que están en riesgo de contagio y a la sociedad en general, ya que es un problema de Salud Pública en general y una alteración de la salud en lo particular, por considerar que es insuficiente la legislación actual y dejar al Código Penal el establecimiento del tipo penal.

Recordando la asociación que hizo el Dip. Juan Jaime Fernández, cuando se legislo sobre el sida: atinadamente señalo que sobre la iniciativa sobre los peligros de contagio que surtiese generándose por las relaciones sexuales y conocido en el actual código como transmisión de enfermedades venéreas, es constitutiva del delito de Lesiones, cuando se efectua intencional o imprudencialmente.

Así mismo el Dip. Jiménez Mendoza, claramente expresó, que el tipo que se trataba de encuadrar en el artículo 199 bis (referente a peligro de contagio), para él era una situación en donde se iguala a la que es una tentativa de lesiones o una tentativa del delito de contagio venéreo. Su desacuerdo total con la reforma hecha al artículo 199 bis es por la siguiente razón:

El peligro de contagio, es decir, el momento anterior al contagio y que no da dicho contagio; por lo tanto, esa conducta encuadra perfectamente en la tentativa de lesiones. Así mismo manifiesta que de antemano se conoce y se sabe que el SIDA es una enfermedad hasta el momento (elaboración del trabajo), incurable, por lo que la persona que contagie a otra se encontrará en una situación fatal, de consecuencias inusitadas y tarde o temprano la persona contagiada morirá.

La intervención del Lic. Vega Memije, apoya la reforma al artículo 199 bis tal cual esta, y nos remonta a la teoría, al referirse a los tipos de delitos: delitos de peligro y delitos de daño. También se maneja que con la reforma realizada al artículo 199 bis, se sancio

na exclusivamente la intención: Negándose a admitir este delito como una tentativa de lesiones: fundamentándose desde se muy particular opinión a una interpretación de los Delitos de daño y los Delitos de peligro: Así mismo aclaró que el texto del artículo 197 bis trata de reglamentar el posible daño que cause la intención.

Se deja al juzgador la determinación del caso pertinente, olvidando que el legislador: es quien debe de dar los instrumentos que el juzgador deberá aplicar.

Hablo también de que el artículo 197 bis, no esta en el supuesto de que el delito o el mal se produzca, sino unicamente se esta frente a un delito que simplemente señale esa intención.

En otra intervención del Dip. Vega Meneses, señaló que después del procedimiento judicial se cen los supuestos del tipo y ya fue un padecimiento mortal, es obvio que se estava ante un homicidio, pero sera después de que se de una secuela judicial.

Posteriormente se tuvo la intervención de la H. Comisión de Justicia en la cual se expreso, que se trata

de reducir el contagio de enfermedades venéreas por medio de las relaciones sexuales. Tomando en cuenta que existen enfermedades tales como el SIDA, que tienen periodos infectantes que pueden transmitirse por medios distintos a las de las relaciones sexuales.

De igual forma se manifestó que necesariamente el delito tipificado en el artículo 199 bis es intencional, sin que para su configuración sea indispensable que se produzca el daño de contagio, en cuyo caso se trataría de un delito de lesión y no de peligro.

Actualmente, México, todavía no cuenta con una legislación adecuada que permita erradicar el virus: por lo que propongo:

PRIMERO. En primer término y por el carácter de mortal de esta enfermedad, se debe de tipificar al S.I.D.A. como un delito de lesiones en el cual se señale lo siguiente.

SEGUNDO. El delito será intencional, pues existe la voluntad de la persona (sujeto activo) de causar un daño, no podría ser un delito imprudencial, ya que no encuentra cabida en el artículo 5o. del Código Penal

Vigente, en el que se señala los delitos imprudenciales.

TERCERO. Es un delito de lesión, dado que la redacción del artículo 288 del Código Penal Vigente, señala: "...lesión es toda alteración de la salud....", acogiéndose perfectamente al delito de SIDA, cuando una vez iniciada la sintomatología de la enfermedad produce una alteración interna y externa en la salud del individuo (sujeto pasivo del delito).

CUARTO. Es un delito de lesión, apoyado en la información científica médica sobre el mismo, ya que sus medios de transmisión pueden ser diversos a la transmisión sexual y el contagio se tiene desde que se entra en contacto directo con la persona infectada (relaciones sexuales, transfusión sanguínea, transmisión maternofetal) y la infección puede presentarse hasta cinco años posteriores al contagio. Por lo tanto en este delito ya no existiría el peligro sino un delito consumado.

QUINTO. Es un Delito de lesión fundamentado en la clasificación doctrinaria de acuerdo al resultado, de los delitos de peligro y delitos de lesión porque la doctrina claramente señala que un delito de peligro es aquel que su hecho constitutivo no causa un daño directo

en intereses jurídicamente protegidos, sino únicamente tiene la posibilidad de la producción mas o menos próxima a un resultado perjudicial. Sin en cambio el delito en la clasificación de acuerdo al resultado, de lesión, señala que es aquel en el que los delitos una vez consumados ocasionan un daño directo y efectivo en un bien jurídicamente protegido, en este caso sería la salud.

13. CARREON TIZCARENO GUILLERMO, LA CARCEL EN MEXICO, 1A. EDICION EDIT. TIZCARENO, MEXICO, 1975.
14. COLIN SANCHEZ GUILLERMO, DERECHO MEXICO DE PROCEDIMIENTOS PENALES. 3A. EDIC. EDIT. BOY DE MEXICO. 1975.
15. CARRANCA Y TRUJILLO, RAUL. DERECHO PENAL MEXICO, PARTE GENERAL, 1967. LIBROS DE MEXICO. MEXICO.
16. CONCETTI GINO, SIDA, PROBLEMAS DE CONCIENCIA, ITALIA, PAULINAS, 1988.
17. CASSUTO JILL PATRICE, PESCE ALAIN QUARANTA, JEAN FRANCOIS, SIDA. PAIDOS. BUENOS AIRES. 1987.
18. CAMARA DE DIPUTADOS, INICIATIVA DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS ARTICULOS DEL CODIGO PENAL Y CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES, 1990, MEXICO (JULIO 90).
19. CUELLO CALON, EUGENIO, DERECHO PENAL, MEXICO.
20. CASTRO GARCIA ALFREDO. ENSAYO SOBRE LAS CALIFICATIVAS EN LOS DELITOS DE LESIONES Y HOMICIDIO, GUANAJUATO, MEXICO. 1971.
21. CALABRESE, L. Y GOPAKRISHANA, K. TRANSMISSION OF HTLV-III, INFECTION FROM MAN TO WOMAN, NEW ENGLAZND, JORANL OF MEDICINE.
22. CODIGO PENAL. 1929. MEXICO.
23. CODIGO PENAL. 1931. MEXICO.
24. CODIGO PENAL, 1871, MEXICO.
25. CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES. 1939. MEXICO.
26. CASSENS, B. SOCIAL CONSEQUENCES OF THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. 1985. ANALS OF INTERNAL MEDICINE.

27. DIAZ, G. BRASIL Y MEXICO CON MAS CASOS DE SIDA EN AMERICA LATINA, EXCELSIOR, EXICO, 1987, (2-VI-87)
28. DIRECCION GENERAL DE APOYO PARLAMENTARIO, DIARIO DE DEBATES, SESION DEL 12 DE JULIO DE 1990. CAMARA PUBLICA.
29. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. MEXICO, 24 DE AGOSTO DE 1988.
30. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 21 DE ENERO DE 1991, MEXICO. CAMARA PUBLICA.
31. DESARROLLO MUNDIAL. SIDA: CADA VEZ QUEDA MENOS TIEMPO. AGOSTO, 1990. INFORME ESPECIAL ONU-USA.
32. ESTANISLAWSKI, E. ESTUDIAN ACUERDO MUNDIAL SOBRE EL CONTROL ANTI SIDA. ULTIMAS NOTICIAS DE EXCELSIOR, MEXICO, (9-9-97).
33. FRANCO GUZMAN RICARDO. TEORIA DE LOS PRESUPUESTOS, 1991, UIA, MEXICO.
34. FUNCION DE LA OMS EN LA LUCHA ONTRA EL SIDA, OMS, FORO MUNDIAL DE LA SALUD, 1987.
35. GARCIA MAYNES EDUARDO. INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL DERECHO, 1990. FORUA, MEXICO.
36. GONZALEZ DE LA VEGA FRANCISCO. DERECHO PENAL MEXICANO, MEXICO. FORUA.
37. GACETA UNAM, 1987, (5-11-87), MEXICO.
38. GACETA CONASIDA. MAY-JUN, 1988. MEXICO.
39. GACETA CONASIDA. JUL-AGOS. 1988. MEXICO.
40. GACETA CONASIDA. SEF-OCT. 1988. MEXICO.
41. GACETA UNAM, 1989, (19-6-89). MEXICO.

42. GACETA UNAM, 1989. MAY-JUN. MEXICO
43. GACETA SPI-CONASIDA. 1990. ENE-FEB. MEXICO.
44. C. GALLO ROBERT. EL PRIMER RETROVIRUS HUMANO. 1982. POPULATION REPORT. UNITED STATES.
45. C. GALLO ROBERT. EL VIRUS DEL SIDA. POPULATION REPORT. 1989. U.S.A.
46. GARFIAN F. HABRA UN MILLON DE ENFERMOS DE SIDA EN 1991, AUBURA LA OMS. EXCELSIOR. 1987 (1-6-87). MEXICO.
47. LEYVA A. VACUNA CONTRA EL SIDA: MITOS Y REALIDADES. 1987. MEXICO.
48. MINISTERIO DE SANIDAD . AVANCE DEL ESTUDIO CUALITATIVO DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICA Y LA ENFERMEDAD PSICOSOCIAL . 9SIDA0, GABINETE DEL MIISTRO. 1988. ESPAÑA.
49. MORENO HERNANDEZ MOISES, DR. REFLEXIONES SOBRE JUSTICIA. 1990. UNAM.
50. MORENO HERNANDEZ MOISES. ANOTACIONES POLITICO-CRIMINALES DE LAS RECIENTES REFORMAS AL CODIGO PENAL DEL D.F. 1984. MEXICO.
51. MORENO HERNANDEZ MOISES. SISTEMAS DEL DELITO. 1991. UIA. MEXICO.
52. MORENO HERNANDEZ MOISES. ESTRUCTURA DEL DELITO. 1991. UIA. MEXICO.
53. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. BOLETIN DEL SIDA. NUMRO ESPECIAL. 1988. MEXICO.
54. ORGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD PUBLICA. 1988. 20 ANIVERSARIO. SP.M. MEXICO.
55. FORTS PETIT CADAUCAR, PRUNTAMIENTOS DE LA PARTE GENERAL DEL DERECHO PENAL. 1988. FORUA. MEXICO.

56. PAVON VASCONCELOS FRANCISCO, MANUAL DE DERECHO PENAL MEXICANO, 1982, PARRUA, MEXICO.
57. PERIODICO EXCELSIOR, 1987 (2-7-87), MEXICO.
58. PERIODICO EXCELSIOR, 1987 (18-1-87), MEXICO.
59. PERIODICO EL UNIVERSAL, 1987, (5-9-87), MEXICO
60. PERIODICO EL NACIONAL, 1990, (2-8-90), MEXICO.
61. PERIODICO EL EXCELSIOR, 1990, (26-10-90), MEXICO.
62. PERIODICO EL NACIONAL, 1991, (5-2-91), MEXICO.
63. PALACIOS VARGAS ANTON, DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL, 1978, TRILLAS, MEXICO.
64. PORTE PETIT CANDAUDAP, DOGMATICA SOBRE LOS DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA SALUD CORPORAL, 1988, PARRUA, MEXICO.
65. REVISTA ILUSTRADA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1987, OMS., MEXICO.
66. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE INFECCION CON EL VIH, OMS, 1986, ESPANA.
67. SEPULVEDA AMOR JAIME, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO, 1989, SS. MEXICO.
68. SECRETARIA DE SALUD, ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DEL SIDA EN MEXICO, 1988, S.S. MEXICO.
69. SECRETARIA DE LA SALUD, VARIOS, SINTESIS DE ACCIONES DEL PLAN DE MEDIOS DE APOYO AL DIA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA, JULIO 1988, MEXICO.
70. SECTOR SALUD, VARIOS, PROGRAMAS DE DIFUSION DE MEDIDAS DE CONTROL PARA EL SIDA, 1987, SS. MEXICO.

71. SINDUSSI P. BARRE. CHERHAN J.C ROZENBAUM. W. EL SIDA EN PREGUNTAS. 1989. EDIVISION, MEXICO.
72. VALDESPINO JOSE LUIS. LES ISUAL EL SIDA EN TODAS PARTES?. GACETA CONSADIA. NO 2. 1990. MEXICO.
73. VALDESPINO GONZALVO JOSE LUIS. NUMEROS GENERALES DE EPIDEMIOLOGIA. 1991. GACETA CONSADIA. MEXICO.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. TABLEAU DES INSTRUMENTS JURIDIQUES RELATIFS AUX SIDA ET AL INFECTION. PARTIE I PAYS ET CIRCUNSCRIPTIONS AUTRES QUE LES ETATS UNIS. 1999. FRANCE.