

N-200
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales "ARAGON"

"LA NORMATIVIDAD JURIDICA EN MEXICO
EN RELACION CON EL ENFERMO DEL
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA".

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
PRESENTA:
Rosa María Pastrana Sánchez

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

San Juan de Aragón, Estado de México
Septiembre 1982.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"LA NORMATIVIDAD JURIDICA EN MEXICO EN RELACION CON EL ENFERMO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA"

INTRODUCCION

CAPITULO I.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	1
1.- Hipótesis de su origen	3
2.- Formas de transmisión del virus y quienes corren el riesgo de contagio	6
3.- Pruebas de detección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo.	8
CAPITULO II.- Situación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo.	12
1.- En Africa	21
2.- En Europa	28
3.- En Asia	29
4.- En Oceanía	29
5.- En América	30
CAPITULO III.- Medidas Adoptadas por México para la erradicación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	43
1.- Medidas adoptadas por el Sector Salud e Instituciones Públicas y Privadas.	43
2.- Programas de educación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	58
3.- Creación del CONASIDA.	61

CAPITULO IV.- La Normatividad Jurídica en México, en relación con el enfermo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 98

1.- En el aspecto del Derecho Constitucional	104
2.- En la Ley General de Salud.	107
3.- En la Ley Federal del Trabajo.	123
4.- En la regulación del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal.	143
5.- En el Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República del Fuero Federal.	146

CAPITULO V.

1.- Los aspectos sociales del SIDA.	154
2.- El aspecto económico del SIDA.	161
3.- El aspecto psicológico del SIDA.	163
4.- El aspecto religioso-cristiano del SIDA.	167
5.- Conclusiones, alternativas, sugerencias en cuanto a la regulación jurídica.	173

EXPRESION DE MOTIVOS

En nuestra Constitución Política Mexicana se garantizan derechos jurídicos a todo individuo que se encuentra en nuestro país, más sin embargo los infectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constantemente se ven violados en algunos de sus derechos, entre los cuales podemos citar:

- Negarles la atención médica en algunas Instituciones Públicas y Privadas.
- Al negarles los servicios las Compañías Aseguradoras.
- La dificultad que se origina hacia los familiares de éstos, cuando se tramita la inhumación
- La rescisión en la relación de trabajo.

Amén de que no se ha considerado debidamente:

- La inmigración de personas contagiadas, con un adecuado control sanitario.
- Se continúe contagiando de este mal en algunos Centros de Reclusión.
- Tomen medidas pertinentes áquellos portadores, que enterados de haber contraído esta enfermedad continúan propagándola.

INTRODUCCION

Para el ser humano, los brotes de enfermedades contagiosas desconocidas no resulta ser algo novedoso, pues gracias a la Arqueología y otros vestigios históricos se puede apreciar, que el hombre primitivo ha conocido la existencia de enfermedades, procurando utilizar ciertas medidas para contrarrestarlas, es por eso necesario señalar que algunos pueblos del pasado trataron de subsistir conforme a las medidas implantadas, amparándolas con lo que hoy se hace con los derechos de los afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y veremos que no se ha avanzado mucho: citaremos al pueblo Egipcio en el año de 1000 A. C., quien mantenía una limpieza pronunciada y poseía preparados farmacéuticos; el pueblo Hebreo, realizó el Primer Código de Higiene escrito El Levítico en el año 1500 A.C. citando deberes personales y comunales en la Ley Mosaica, figurando la protección contra la difusión de enfermedades contagiosas, el aislamiento de los leprosos y desinfección de viviendas después de una enfermedad; los griegos a los débiles, infectados e inválidos no les prestaba atención, situación que contribuía a su rápido fallecimiento; el Imperio Romano dictó leyes prescribiendo registros de los ciudadanos y esclavos, llegando a garantizar gracias a ello, los servicios públicos.

En la edad media al alborar la era cristiana, se produjo una reacción sobre todo lo que recordaba al Imperio Romano, vocerando la Iglesia el desprecio a las cosas mundanas y físicas, la mortificación de la carne, edad que fue caracterizada por la superstición y misticismo y rigurosa persecución del libre pensamiento, descuidando totalmente el saneamiento; la Lepra tuvo auge en todo el continente europeo, se dictaron leyes reglamentando la conducta y movimientos de los leprosos. En muchos lugares se decretó su muerte civil excluyéndolos de la comunidad humana y obligándolos a llevar vestidos que los identificaran, señalando su presencia mediante un cuerno o una campana, y aún cuando inhumana fue esta práctica, hacia el siglo XVI se consideró como la primera e impremeditada gran victoria epidemiológica.

En el siglo XVII surgió el Mahometismo y la filosofía Islam. La costumbre de la peregrinación colectiva, la India fue endémica del cólera, la propagación de esta enfermedad entre millares de peregrinos se fue diseminando por las rutas del viaje y más tarde a los colonizadores de América. Al declinar la lepra inició la Peste Negra que se propagó por el incremento de contactos comerciales entre Europa, Levante y Asia, se estima que fueron más de 600 millones de muertos, el Papa Clemente VI consideró necesario consagrar el Río Ródano, para arrojar sin tardanza los cadáveres que ya no cabían en el cementerio. Viena prohibió enterrar en cementerios o iglesias y construyó 6 enormes fosas para enterrar los cadáveres. Regusa ordenó a los viajeros a detenerse por 2 meses en los lugares destinados, siendo ésta la primera medida de cuarentena. Marsella fue la primera en dictar la Ley Cuarentena; la Sífilis en Europa y el Cercano Oriente a los años subsiguientes al descubrimiento de América le dió el nombre de "gran viruela". La viruela tuvo un papel importante en el debilitamiento de Imperio Azteca y facilitó su conquista, durante la colonización de América Central y Norte, la población indígena se vió diezmada por enfermedades de los colonizadores. La Difteria, la Tifoidea, el Tifo y a otras enfermedades que la gente se había acostumbrado a aceptarlas como un riesgo de la propia existencia.

En el renacimiento, la mentalidad se refugia en la idolatría y la superstición de las leyes humanas y divinas, se ven vulneradas, gradualmente y surgen dudas sobre el origen teológico de enfermedades como un castigo al pecado, estigma que ha subsistido para el cáncer y enfermedades venéreas consideradas como castigo a la inmoralidad; Europa empezó poco a poco a abrir los ojos y a pensar como individuos, prosperó en la investigación científica.- Posteriormente en los siglos XVII al XIX los dioses del poder y el lucro, la libertad, la vida y el trabajo de los hombres fueron sacrificados y como ejemplo mencionaremos: a Inglaterra quien adquirió huérfanos, cuyos medios de vida llegaba a los 15 años de edad, porque morían a consecuencia del descuido en el saneamiento, la contaminación de manantiales de agua llegó a elevarse en 1837, por lo que se aprobó la Primera Ley Sanitaria destinando para ello 2000 libras esterlinas para Centros de

Vacunación, fue la primera en reglamentar leyes de actividad fábril, sobre el cuidado de la infancia y los ancianos, así como para deficientes mentales. Estados Unidos al enfrentar la Fiebre Amarilla, adquirió las reglamentaciones de Inglaterra y fue el primer país para crear el Laboratorio de Higiene que más tarde habría de transformarse en Institutos Nacionales de Salud, en la Primera Guerra Mundial se creó en esos Institutos la división de enfermedades vénereas, adoptaron medidas para la Sífilis, y al finalizar la Segunda Guerra Mundial se creó el Centro de Enfermedades Transmisibles en Atlanta uno de los Centros epidemiológicos más grandes del mundo, para la lucha por la salud de la humanidad a través de la acción conjunta de la comunidad internacional, se formó la Organización Mundial de la Salud que entra en vigor el 10 de julio de 1949, cuya función es la de alcanzar para todo los pueblos, el grado más alto de salud así como combatir las enfermedades epidémicas, promoviendo el saneamiento y su campo de actuación que va desde la investigación médica hasta la práctica inmunológica, procurando siempre la información, es así que desde 1964, por lo menos 18 nuevas infecciones han sido publicadas en la literatura médica, pero la que ha provocado más atención y generado más discusiones ha sido el SIDA, cuyo tema principal es de vital importancia, en esta tesis, sobre todo en su aspecto jurídico en México, lo que resulta ser una de las facetas menos exploradas y prácticamente desconocidas.

En México hasta el 31 de diciembre de 1991, fueron registradas 8985 personas infectadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conforme a los datos proporcionados por la Secretaría de Salud con 4,075 casos, en el Instituto Mexicano del Seguro Social de 3,381 casos como del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado de 736 casos y por otras Instituciones de 881 casos, con una proporción de sexo que indica el 85.3% se ha presentado en hombres, análisis por tasa indica que el sexo masculino es 6 veces más afectado que el femenino, con lo cual es lógico esperar una alta frecuencia de problemas legales de tipo familiar, laboral, penal, etc.

En ese orden de ideas, no debemos olvidar que la legislación es siempre un medio, lo que implica que en nuestro país tenemos factores culturales y religiosos, aspectos sociales, niveles educativos, recursos financieros, tradiciones, políticas, elementos que deben ser considerados para desarrollar adecuadamente esta tarea, en el área de salud en la que como objeto fundamental estriba en promover y mejorar el nivel de salud individual y colectivo, protegiendo en todo momento el equilibrio entre los derechos humanos de la sociedad con los individuos.

En tal virtud, en cualquier acto legislativo en una norma para ser equitativa debe atender a los principios de Igualdad, Relevancia, Equilibrio, Efectividad, Factibilidad, tomando siempre en cuenta respeto a la persona, Justicia, Beneficiencia y Responsabilidad. Esto es, que la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, dadas las características de la enfermedad y sus formas de transmisión, es un fenómeno que para ser combatido se requiere entre otros elementos, de instrumentos jurídicos idóneos que reconozcan la naturaleza de esta enfermedad, pues si bien es cierto que el Derecho Sanitario ofrece un marco amplio y moderno para sustentar las acciones del Estado contra este fenómeno, hay aspectos de derecho que deben analizarse ampliamente con los propósitos de:

- Garantizar la vigencia del estado de derecho en la lucha contra la epidemia.
- Establecer las normas generales que permitan apoyar el control del SIDA a las formas de transmisión.
- Coadyuvar a la lucha contra la epidemia respetando plenamente las garantías individuales.
- Evitar la discrecionalidad y la dispersión de esfuerzos entre esferas de gobierno y sectores de la sociedad.

Deben considerarse en forma integral aspectos jurídicos para acceder en una perspectiva general:

- Por ramas del derecho.

- Por ámbitos de competencia.
- Por aspectos que resultan de las características y formas de transmisión del VIH.
- Por antecedentes históricos de carácter jurídico relativos a la lucha contra las epidemias.

Para efectos de la exposición de este trabajo se presenta la combinación de diversos elementos, teniendo como punto de partida el derecho a la protección de la salud y el Sistema Nacional de Salud en el que abordan algunos aspectos específicos como por ejemplo el Control Sanitario de la Prostitución, en donde se aprecia que la prostitución masculina no está reglamentada, considerándose como un acto meramente potestativo; la sangre dentro del comercio respecto a la reacción que ha tenido; la incapacidad permanente del trabajador infectado por el SIDA; la punibilidad incoherente a la realidad respecto al delito de Contagio, porque lo que se pone en peligro es la vida del ser humano hasta en tanto no se encuentre una vacuna contra esta enfermedad y demás aspectos que se tocarán en este tema.

CAPITULO I

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA "SIDA"

Para iniciar demos citar:

Síndrome: significa conjunto de signos que caracterizan una enfermedad.

Inmunodeficiencia: debilitamiento de las defensas inmunes del organismo.

Adquirida: que aparece en el transcurso de la vida.

VIH: Significa "virus de inmunodeficiencia humana", y cuando se habla de infección por VIH, es porque este virus está presente en el organismo.

Un virus: es un parásito de la célula capaz de transmitir una enfermedad.

El VIH es parte de la familia de los retrovirus y ataca ciertas células del sistema inmune.

El cuerpo humano posee un sistema de defensa natural contra las agresiones de las bacterias, y de los virus, se llama sistema inmune y está compuesto de células inmunes.

Durante cierto tiempo el VIH puede dormir sin provocar la enfermedad. Cuando el virus se activa, debilita el sistema inmune y aparecen enfermedades más o menos graves.

SIDA.: significa "síndrome de inmunodeficiencia adquirida".

El SIDA es una forma más grave de infección por el VIH.

Hasta el momento se han aislado tres virus responsables del SIDA.

El VIH 1, responsable de la mayoría de los casos en Europa y América.

El VIH 2, que sobretodo se ha expandido en el oeste de Africa.

El VIH 3, detectado a través de la prueba de Western Blot y orina (Alemania).

De la Infección a la Seropositividad

Después de la infección, el VIH ataca al sistema inmune, que se va progresivamente privando de medios de lucha eficaces. (la reacción del organismo cuando produce anticuerpos).

Entre el momento en que la persona ha sido infectada por el VIH y cuando se revela la presencia de los anticuerpos, se llama seroconversión (paso de una negatividad a una positividad).

Durante un período que va de los 15 días a los 3 meses después de la infección, algunas personas pueden presentar problemas. (Es durante este período que sobreviene la seroconversión.) Estos problemas en términos generales, se asemejan a una fuerte gripa, que dura varios días.

Desde el momento en que una persona es infectada, puede a su vez transmitirlo, incluso antes de producir sus propios anticuerpos.

La transmisión del VIH es posible durante el período que precede a la seroconversión.

Una persona infectada, enferma o no, permanece indefinidamente portadora del virus y en posibilidad de transmitirlo. No es posible afirmar que todas las personas infectadas (seropositivas) van a desarrollar SIDA. Sin embargo las estadísticas parecen mostrar que el número de personas seropositivas que desarrollan enfermedades, aumenta regularmente con el tiempo.

Ahora definiremos que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad infecciosa cuyas siglas mundialmente conocidas son "SIDA" (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), ataca las defensas del organismo humano que combaten las enfermedades, desde las más tenues hasta las más peligrosas, esto es provocado por el virus llamado "VIH" (virus de inmunodeficiencia humana) que puede entrar al cuerpo humano al:

- Tenerse relaciones sexuales con una pareja infectada por este mal (mediante intercambio de líquidos corporales (semen líquido preeyaculatorio, flujo vaginal o sangre cuando existen heridas en la piel)

- Transfundirse sangre contaminada de esta enfermedad.
- Utilizarse agujas contaminadas de esta enfermedad.
- Contagiarse directamente de la madre infectada al bebé durante el embarazo o en el momento del parto, o a través de la leche materna.

Todas estas formas de adquirir dicha enfermedad provocan la muerte del individuo desde las más tenues hasta las más fatales enfermedades, mientras no exista una vacuna contra esta enfermedad.

Hipótesis sobre el Origen del SIDA

Exactamente nadie sabe cual fue el origen del virus, ni en que momento se convirtió en un microbio peligroso para el hombre, sólo se cree que los primeros casos de SIDA, quizás ocurrieron hace algunas décadas, y los médicos que veían un caso de SIDA, se extrañarían ante las características del cuadro como un caso aislado, ejemplificación que se hará en base a la siguiente información documental.

- En Zaire, en 1959, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años cincuentas.
- En 1969, un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri con Sarcoma de Kaposi (cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, aparece en individuos mayores de 60 años de origen mediterráneo, que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metástasis a órganos internos). La forma "epidémica" está relacionada con el SIDA, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo y tiende a dar metástasis a órganos internos e infecciones oportunistas.
- En 1976, (la muerte de una familia noruega): una niña y sus padres; el padre presentó desde 1966 un cuadro clínico de infecciones respiratorias recurrentes, murió en abril de 1976. La madre presentó desde 1967 infecciones recurrentes. A partir de 1973, el cuadro empeoró, con diagnóstico de

leucemia, y un cuadro neurológico progresivo. Murió en diciembre de 1976. La niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió en enero del mismo año. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de ELISA (estudio inmunológico que permite diagnosticar infecciones por diversos gérmenes como virus) y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

- En 1977, un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA.

- En 1978, se conoce de 5 casos con sarcoma de kaposi, por lo que al darse a conocer sobre la característica principal entre éstos era de que ellos eran homosexuales, en junio de 1981 se publicó acerca de estos 5 casos, en la que presentaron (neumonía por *pneumocystis carinii*-germen oportunista responsable de la infección más caracterizada del SIDA), ellos habían iniciado parte de su padecimiento desde 1980, el brote ocurrió cuando la comunidad homosexual había disfrutado una libertad nunca antes experimentada."[1]

Así también, en observaciones en África sobre primates salvajes (monos verdes) y con buena salud, demostraron que su sangre contenía anticuerpos que reconocían las proteínas del virus del SIDA humano. Estos estaban infectados por un virus humano pero algo diferente del macaco, lo mismo ocurrió en el caso del mono mangabeys otro primate africano, la existencia del mono fue demostrada por medio de reacciones serológicas cruzadas de análisis moleculares.

Esto ha permitido otras hipótesis referentes al origen del SIDA.

- Pudo ocurrir por una mordida o por una absorción de cecina de mono, ya que este tipo de carne se vende en los mercados africanos.

[1] DURHAM, Felicia, L. COHEN, Jerry D., "Infectos con SIDA, Cuidados de Enfermería". Editorial Manual Moderna, S. A. de C. V. México, D. F. 1987, pp. 202-207

- El virus en estado seco resiste más tiempo. Es posible que un individuo con una lesión en la boca, haya sido contagiado; hoy día no se encuentran casos de seropositivos entre los cazadores de monos del Senegal.

- También se cree que al pasar de la adolescencia a la madurez, se sacrifica al mono y con el mismo cuchillo se hacen tatuajes en la piel.

- Se piensa que "los estadounidenses, al haber formado parte en la paz que mandó la ONU a Zaire después de su independencia del país en 1960, algunos pudieron haber sido contaminados por el virus. Asimismo al llegar a ese país haitianos, existe la posibilidad de que los viajes por avión de homosexuales aeromozos con zaireños originó que se expandiera esta enfermedad "[2].

- Asimismo otra hipótesis señala "la semejanza entre el VIH con el virus linfotrópico T-111 de simios (STLV-111) el cual fue aislado del ceropithecus aethiops. De acuerdo a esta hipótesis, este virus se humanizó y originó al VIH, sin embargo, no es patógeno en el mono verde "[3].

Parece probable que la epidemia se haya originado en Africa según el resultado del análisis retrospectivo de sueros, iniciándose la transmisión del virus en los años cincuentas. La considerable mezcla poblacional ligada a la guerra civil Zaireña y el aumento importante de los viajeros y la promiscuidad sexual con la afluencia humana a las grandes ciudades posiblemente hayan conferido carácter epidémico a la difusión del virus. Luego el virus habría tenido terreno propio para su propagación. También cabe suponer que este virus haya variado en virulencia y tropismo, pero esto no es muy certero puesto que pudo haberse producido simultáneamente en varios lugares a la vez.

"Durante varios años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección en la región de Africa Central de aquí pasó al Caribe, Haití, Estados Unidos y a Europa a finales de los setentas "[4]. El origen del SIDA se ha vuelto objeto de intensa controversia internacional, lo cual se desconoce verdaderamente sobre el origen de este mal.

[2] DURHAM, Jerry D., COHEN, Felice L., Ob. Cit. pág. 4 - 6.

[3] Revista Mundo Científico - No. 50 Vol. 8, pág. 880.

[4] Gaceta CONASIDA - noviembre - diciembre 1987 año I, Pág. 8 - 7.

2. FORMAS DE TRANSMISION DEL VIRUS Y QUIENES CORREN EL RIESGO DE CONTAGIO

En estudios epidemiológicos realizados en Europa, América, Africa y Austria, se han documentado repetidamente las siguientes vías de transmisión de VIH.

1. Puede transmitirse por el contacto sexual, donde existe intercambio de líquidos corporales como semen y la sangre, en relaciones heterosexuales y homosexuales.
2. En adictos a las drogas de administración intravenosa, la transmisión se realiza a través de agujas o jeringas mal esterilizadas que comparten con personas afectadas.
3. Otra forma de transmisión es por transfusiones de sangre o de sus derivados, que provengan de donadores infectados por el VIH.
4. Las mujeres infectadas que se embarazan, pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, o en el momento del parto o después del mismo a través de la leche materna.

"La mayoría de las personas que portan el virus no presentan síntomas y se encuentran en buen estado de salud, es decir no sienten molestias, pero si pueden transmitirlo a personas sanas".

Se necesitan dos condiciones indispensables para que el virus pueda transmitirse:

- Que la secreción contaminante contenga una cantidad importante de virus.
- Que el VIH pueda penetrar al organismo (a través de contacto sexual no protegido, inyecciones....).

En la política de la salud pública, al respecto es importante tener presente las vías de transmisión del VIH, reviste particular interés saber que este virus no es transmisible por el contacto casual con una persona infectada. Cualquier persona puede estar expuesta a padecer SIDA, siempre y cuando se den los mecanismos de transmisión ". En México las personas enfermas de SIDA se encuentran en algunos de estos lugares.

85.3% - Hombres homosexuales y bisexuales activos con parejas múltiples.

7% - Personas que han sido o siguen siendo adictas a drogas de administración intravenosa

2% - Hemofílicos y otras personas que han recibido transfusiones de sangre o productos sanguíneos que se presume estar contaminados.

5% - Personas que han tenido contacto heterosexual con personas enfermas de SIDA o con riesgo de contraerlo.

1% - Casos de SIDA que no se pueden incluir en alguno de los anteriores, pero los investigadores estiman que la transmisión ocurrió de manera similar, ya que algunos pacientes mueren antes de que se haga un historial completo" [5].

Se desarrolla el SIDA . Cuando el sistema inmune se debilita, ocasionando ciertas enfermedades. Se habla del SIDA cuando un seropositivo es o ha sido tocado por lo menos, por algunas de las enfermedades siguientes:

- Infecciones oportunistas
- Afección tumoral o
- Ataque al sistema nervioso

Ciertas infecciones son frecuentes en las personas inmuno-deprimidas. Estas infecciones secundarias no son síntomas de SIDA y pueden ser encontradas en todas las formas de la enfermedad (menores, intermedias y SIDA), son:

- Infecciones respiratorias: tuberculosis pulmonar e infecciones respiratorias.
- Infecciones digestivas: especialmente salmonelas intestinales entre las infecciones secundarias se distinguen las infecciones oportunistas, que señalan la entrada al SIDA. Una enfermedad oportunista es una infección de vida a un germen que con frecuencia se encuentra en el medio ambiente. Normalmente este germen no provoca la enfermedad. Por el contrario, si el sistema inmune de defensa no funciona, aprovecha esta oportunidad para multiplicarse y provocar una enfermedad. Las principales enfermedades oportunistas observadas en el SIDA *atacan esencialmente los pulmones, el cerebro, los ojos y el tubo digestivo* y son: la neumonía (parásito), toxoplasmosis, infecciones fúngicas (candidiasis, meningitis), el criptosporidium (parásito); de las infecciones virales el citomegalovirus.

De los cánceres secundarios el más frecuente es el sarcoma de kaposi y los linfomas. De las enfermedades del sistema nervioso podemos citar la encefalitis progresiva. En México el síndrome de desgaste es un dato muy importante de SIDA

3.- PRUEBAS DE DETECCION DEL SIDA

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud ha establecido un programa de investigación y detección del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con cobertura nacional, tomando a la Ciudad de México como punto inicial. Este programa se basa en la detección de infección por el virus a través de una prueba de sangre con la llamada prueba de ELISA, con la cual se detectan anticuerpos (defensas) que el organismo afectado ha desarrollado contra este virus.

Este examen tuvo su primera aplicación para que ningún paquete de sangre o de sus derivados que tuviera este virus fuera transfundido, actualmente se está utilizando con fines de detección temprana y previsión del SIDA. Sin embargo, con los resultados de esta prueba no se puede realizar el diagnóstico del SIDA, el diagnóstico se hace en base en una revisión médica completa. Con un resultado positivo de esta prueba se puede saber si la persona a quien se le realizó ha sido contagiada con el virus causa del SIDA, por lo tanto señalar si necesita un examen médico más minucioso, ya que cuando se producen anticuerpos contra este virus y en general contra otra enfermedad, es porque existió o existe infección.

Razones que deben considerarse en la prueba:

- 1.- Homosexuales y bisexuales
- 2.- Compañeros sexuales de pacientes con SIDA, o de personas infectadas por el virus.
- 3.- Prostitutas
- 4.- Personas adictas a drogas de administración intravenosa.
- 5.- Personas que hayan recibido transfusiones sanguíneas a partir de 1979.

6.- Las parejas que están planeando tener un hijo siempre y cuando alguno de los dos pertenezca a algún grupo con riesgo de padecer SIDA.

Pruebas

La mayor parte de los individuos infectados con el virus no tienen síntomas y se sienten bien, algunos desarrollan síntomas que inicialmente pueden durar más de dos semanas y que no desaparecen con tratamientos médicos dentro de estos se pueden incluir:

- Fiebre que puede manifestarse por sudores nocturnos
- Pérdida de peso que no deba dieta o a mayor actividad física
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello o axilas.
- Tos fuerte y seca que no se debe al cigarrillo y que haya durado demasiado tiempo para ser un resfriado o gripe.
- Aftas (recubrimientos espesos y blanquecinos en la lengua o garganta) que pueden ir acompañadas de dolor.
- Dificultad para respirar.
- Formación de moretones con mayor facilidad que la normal.
- Ceguera.
- Placas o manchas violáceas en la piel, que suelen aparecer en los tobillos y piernas.
- Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio.

"La vacuna anti-VIH dada las peculiaridades del virus y de la enfermedad, el proceso hacia el desarrollo de una vacuna anti-VIH trae consigo una serie de retos tanto médico, social, humano, económico, como jurídico".

Aunque en muchas vacunas se han utilizado virus vivos atenuados o muertos, lo cual tiene la ventaja de proporcionar el estímulo antigénico potente, similar al que ocurre naturalmente, no puede inducir la enfermedad con este método. Los avances recientes en biología molecular han permitido el

desarrollo de vacunas formadas por subunidades antigénicas, lo cual no lleva el riesgo de producir la enfermedad.

Hasta ahora el medicamento que ha aportado mejores resultados clínicos es el Azido-Timidina (AZT) que es inhibidor competitivo de la transcriptasa reversa, tiene una mayor afinidad que la que la timidina es integradora del DNA en formación del genoma viral. El Péptido T es un octapéptido con una secuencia de aminoácidos que se encuentra en la glicoproteína.

La Ribavirina, un fármaco antiviral análogo de la guanosina, tiene la propiedad de impedir la traducción del mensaje genético del virus, también ha demostrado inhibir la replicación del VIH in vitro.

La toxicidad del medicamento las dudas que existen acerca de los pacientes que se beneficiarían para su administración y la necesidad de seguimiento, obligan a que su uso de AZT (azido Timidina) se realice en instituciones que cuentan con una infraestructura material adecuada.

Por ondas electromagnéticas para matar el virus del SIDA.- Con rayos láser de baja potencia se pueden destruir en la sangre, entre ellos posiblemente el SIDA, sin dañar la sangre misma.

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA EL SIDA

Nombre del medicamento	Via de Administración	Efectos Secundarios
1.- Suramina	Pariental	neurrológicos cutáneos
2.- Ribavirina	Pariental y oral	anemia, náuseas, dolores de cabeza.
3.- Alta interferon	Subcutánea	fiebre y náuseas.

4.- Fosfono formato	Infusión intravenosa	Problemas renales y tensión ósea.
5.- Antiminitungstato	Parenteral	Problemas sanguíneos
6.- Ansa micina	Oral	Problemas hepáticos
7.- Azido Timidina (AZT)	Oral y Parenteral	anemia, neuropatía sensorial dolorosa miembros inferiores
8.- DDI. DDI Pedanosina	Oral y Parenteral	(En estudio)

Nota: Se ha llegado a la conclusión de que la mejor forma de prevenir el SIDA en algunos países es la utilización de CONDON para las relaciones sexuales.

Sin embargo en la Octava Conferencia Internacional sobre el SIDA, en Julio de 1992, en Senegal, el Profesor Luc Montagnier dijo: que el descubrimiento de una vacuna vendrá cerca del año 2000, porque los científicos están desorientados por los cambios de identidad molecular del virus, cuando éste se reproduce.

CAPITULO II .- Situación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud reportó el 31 de marzo de 1992, 489148 casos de SIDA en 177 países de los 5 continentes, en donde México ocupa el 10º lugar en el mundo y el 3º en América.

*CONTINENTE		
AFRICANO		
PAIS	NO. DE CASOS	FECHA DE NOTIFICACION
1.- Argelia	92	31-08-91
2.- Angola	421	31-12-91
3.- Benin	185	30-09-91
4.- Botswana	277	01-03-92
5.- Burkina Faso	978	11-06-90
6.- Burundi	3305	31-08-90
7.- Cameroun	429	30-04-91
8.- Cape Verde	32	30-06-90
9.- República Centroafricana	1864	30-06-90
10.- Chad	130	25-06-91
11.- Comures	2	30-01-91
12.- Congo	2405	31-12-90
13.- Cote d'Évoite	8297	30-06-91
14.- Djibouti	165	31-12-91
15.- Egipto	39	31-12-91
16.- Etiopia	1818	28-02-92

17.- Gobon	117	31-12-90
18.- Gambia	180	25-02-92
19.- Ghanda	2852	30-09-91
20.- Guinea	338	01-07-91
21.- Guinea Ecuatorial	9	01-03-92
22.- Ginea-Bissou	157	26-03-91
23.- Kenya	9139	31-05-90
24.- Lestha	44	31-12-91
25.- Liberia	24	31-12-91
26.- Libiam Arabe Jamahiriya	7	31-12-91
27.- Madagascar	2	30-06-91
28.- Malawi	12074	31-10-90
29.- Mali	33	30-06-90
30.- Mauritania	26	31-07-91
31.- Mauricio	9	25-07-91
32.- Maroe	98	31-12-91
33.- Mozambique	288	31-10-91
34.- Nombie	311	31-05-90
35.- Niger	497	31-12-91
36.- Nigeria	84	29-01-91
37.- Réunion	49	17-05-90
38.- Rwanda	6578	31-12-91
39.- Soo Tomé-et-Príncipe	6	31-01-90
40.- Sénégal	648	09-03-92
41.- Seychelles	-----	31-12-92

42.- Sierra Leone	40	30-04-91
43.- Samalia	13	01-12-91
44.- Sudáfrica	1019	21-11-91
45.- Sudan	500	31-12-91
46.- Swaziland	71	30-09-91
47.- Tunisie	105	31-12-91
48.- Uganda	30190	31-12-91
49.- Unión de Repúblicas de Tanzania	27396	31-08-91
50.- Zaire	14762	31-12-91
51.- Zambia	5802	31-12-91
52.- Zimbabwe	10551	31-12-91
T o t a l	144765	

EUROPA

53.- Albania	30-12-91
54.- Australia	707	30-01-92
55.- Bélgica	1046	30-12-91
56.- Bulgaria	13	30-12-91
57.- Checoslovaquia	26	30-12-91
58.- Dinamarca	947	30-12-91
59.- Finlandia	100	30-12-91
60.- Francia	17836	30-12-91
61.- Alemania	7533	30-12-91
62.- Grecia	559	30-12-91
63.- Hungría	82	30-12-91

64.- Islandia	22	30-12-91
65.- Irlanda	241	30-12-91
66.- Italia	11609	30-12-91
67.- Luxemburgo	45	30-12-91
68.- Malta	22	30-12-91
69.- Mónaco	7	30-12-91
70.- Holanda	2017	30-01-92
71.- Noruega	252	30-01-92
72.- Polonia	87	30-01-92
73.- Portugal	816	30-01-92
74.- Rumania	1704	31-12-91
75.- Ex Unión de Repúblicas		
Soviéticas Socialistas	70	30-12-91
76.- San Marino	1	30-09-91
77.- España	11555	30-12-91
78.- Suecia	645	30-12-91
79.- Suiza	2228	30-12-91
80.- Gran Bretaña	5451	30-12-91
81.- Ex República de Yugoslavia	254	30-12-91
T o t a l	65875	

A S I A

82.- Afganistan	30-06-91
83.- Bahrain	31-12-91
84.- Bangladesh	1	31-08-91
85.- Butan	31-08-91

86.- Brunei Darussalam	2	25-02-91
87.- Camboya	-----	15-05-91
88.- China	6	24-01-91
89.- Chipre	23	31-12-91
90.- República Democrata de Corea	-----	30-11-90
91.- Hong Kong	49	24-06-91
92.- India	102	31-12-91
93.- Indonesia	21	31-12-91
94.- República de Islam	44	31-12-91
95.- Irak	7	31-12-91
96.- Israel	169	30-12-91
97.- Japón	453	31-12-91
98.- Jordania	17	31-12-91
99.- Kuwait	6	31-12-91
100.- República Democrática Popular Loo	-----	05-08-91
101.- Líbano	29	01-12-91
102.- Mocoa	-----	30-08-91
103.- Malasia	28	13-06-91
104.- Maldives	-----	30-11-90
105.- Mongolia	-----	31-01-92
106.- Myanmar	-----	30-09-91
107.- Nepal	5	31-08-91
108.- Oman	24	31-12-91
109.- Pakistan	18	31-12-91
110.- Filipinas	53	28-08-91

111.- Qatar	31	31-12-91
112.- República de Corea	8	10-07-91
113.- Arabia Saudita	40	31-12-91
114.- Singapur	30	25-06-91
115.- Sri Lanka	10	30-11-91
116.- República Arabe Siria	17	31-12-91
117.- Tailandia	179	31-10-91
118.- Turquía	62	30-01-92
119.- Emiratos Arabes	8	31-12-91
120.- Vietnam	-----	31-03-91
121.- Yemen	-----	31-12-91
T o t a l	1442	

OCEANIA

122.- Samaa Americana	-----	21-08-91
123.- Australia	3147	31-01-92
124.- Iles Cook	-----	11-07-91
125.- Estados Federales de Micronesia	2	22-02-91
126.- Fidji	3	24-01-91
127.- Polinesia Francesa	27	19-08-91
128.- Guam	10	13-09-91
129.- Kiribati	-----	19-07-91
130.- Islas Marianas	-----	25-02-91
131.- Isla Marshall	2	22-11-91
132.- Nauru	-----	22-11-91

133.- Nueva Caledonia	18	16-07-91
134.- Nueva Zelanda	274	18-06-91
135.- Niue	-----	11-07-91
136.- Palau	-----	22-11-91
137.- Papua Nueva Guinea	37	01-07-91
138.- Samoa	1	11-07-91
139.- Isla Salomon	-----	24-07-91
140.- Tokelau	-----	11-07-91
141.- Tonga	2	10-07-91
142.- Tuvalu	-----	31-01-91
143.- Valuatu	-----	19-07-91
144.- Isla Wallis Futuna	-----	27-05-91
T o t a l	3523	
AMERICA		
145.- Anguila	4	30-06-91
146.- Antigua	6	31-12-90
147.- Argentina	1298	31-12-91
148.- Bahamas	834	31-12-91
149.- Barbados	250	31-12-91
150.- Bélize	12	31-12-91
151.- Bolivia	41	31-12-91
152.- Bermudas	191	31-12-91
153.- Brasil	22583	31-12-91
154.- Islas Virgenes Británicas	4	31-12-91

155.-	Cánada	5348	31-12-91
156.-	Isla Caimanes	10	31-03-91
157.-	Chile	500	31-12-91
158.-	Colombia	2189	31-12-91
159.-	Costa Rica	315	31-12-91
160.-	Cuba	95	30-09-91
161.-	Dominica	12	31-12-91
162.-	República Dominicana	1574	31-12-91
163.-	Ecuador	155	30-09-91
164.-	El Salvador	292	31-12-91
165.-	Guyana Francesa	232	30-09-90
166.-	Granada	29	30-09-90
167.-	Guadalupe	195	24-09-90
168.-	Guatemala	236	31-12-91
169.-	Guyana	205	30-09-91
170.-	Haití	3086	31-12-91
171.-	Honduras	159	31-12-91
172.-	Jamaica	235	30-06-91
173.-	Martinica	181	30-06-91
174.-	México	9073	31-12-91
175.-	Montserrat	1	31-12-91
176.-	Antillas Holandesas	77	15-05-91
177.-	Nicaragua	24	31-12-91
178.-	Panamá	32	31-12-91
179.-	Paraguay	36	31-12-91

180.- Perú	541	31-12-91
181.- Saint Kitts and Nevis	33	31-12-91
182.- Santa Lucía	40	31-12-91
183.- San Vicente	35	30-09-91
184.- Surinam	99	31-12-91
185.- Trinidad y Tobago	971	31-12-91
186.- Islas Turk y Caicos	21	31-12-91
187.- Estados Unidos Americanos	213641	29-02-92
188.- Uruguay	245	31-12-91
189.- Venezuela	1573	31-12-91
T o t a l	268445	
Total Mundial	484148* [6]	

[6] FUENTE: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD ABRIL 1992.

De los continentes el más afectado del mundo es el americano, toda vez que Estados Unidos cuenta con 213641 casos notificados de SIDA; de ahí le sigue el africano con un total de 144765 casos registrados de SIDA; el europeo se encuentra en el tercer lugar con 65875 casos notificados; en el cuarto lugar es el continente oceánico con 3523 casos y en el asiático en quinto y último lugar con 1442 casos registrados de SIDA.

"En la actualidad resultan ser 13 millones de seropositivos en el mundo, por lo cual científicos llegarán a la conclusión que de cada 15 ó 20 segundos se infecta 5000 personas por día mundialmente, lo que trae consecuencias políticas, económicas, jurídicas y demás sociales".[7]

Para mayor referencia en este capítulo citaremos por continente:

EL SIDA EN AFRICA

Al parecer la transmisión del VIH se inició desde los años cincuentas en una pequeña región de África Central. Durante varios años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección de esta región de África Central a Haití, Estados Unidos y Europa a finales de los setentas. Se han descrito dos patrones de transmisión particularmente diferentes, por un lado el patrón denominado Occidental el que se presenta en Estados Unidos y en países de Europa Occidental y el patrón de África. En el primer caso de transmisión ocurre principalmente en homosexuales y drogadictos intravenosos y en forma secundaria mediante transfusión sanguínea y hemoderivados, transmisión por actividad hombre. mujer indica un gran número de casos en hombres (10 a 20 veces mayor) que en mujeres.

[7] OCTAVA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SIDA.

El patrón de transmisión en Africa se comporta, con transmisión por actividad heterosexual, transmisión de sangre, hemoderivados y perinatales en estas áreas, es poco frecuente la transmisión entre homosexuales y drogadictos intravenosos.

En Africa afecta principalmente a países de las regiones centrales y sureste, abarcando 17 países en esta región.

Los estudios seroepidemiológicos han reportado tasas de infección en prostitutas de 27 a 88%, en donadores de sangre y mujeres embarazadas de 1 al 18% seropositivos. Por lo que el número estimado de infectados es de varios millones. La enfermedad es transmitida predominantemente por actividad heterosexual, exposición de sangre y jeringas contaminadas, así como transmisión perinatal.

La relación de casos entre hombres y mujeres es de uno a uno y afecta principalmente a adultos, jóvenes y niños, las infecciones oportunistas más frecuentes detectadas son tuberculosis, criptococosis, y criptosporidiasis.

El contexto sociocultural y el desarrollo de servicios de Salud en Africa, plantean un pronóstico desfavorable, por lo que se depara que el SIDA sea el problema de salud pública más importante para esa región en un corto plazo.

En el Africa, al menos nueve países han organizado trabajos prácticos, para el personal de salud, por ejemplo: el Instituto de Investigaciones Médicas de Kenya ha organizado trabajos prácticos a nivel nacional para los médicos principales de todo el país, y a nivel provincial para otro personal médico de todas las provincias.

En las sesiones de trabajo sobre SIDA que la OMS realizó en Africa Central, en 1985 se llegó a la conclusión de que "debe fomentarse toda medida tendiente a restringir la reproducción en mujeres (infectadas) que han registrado reacciones serológicas positivas. Las mujeres embarazadas que están infectadas con VIH necesitan atención prenatal regular debido a que pueden desarrollar infecciones oportunistas durante el embarazo".

Respecto a los medios para dar a conocer a todo el público de esta grave enfermedad en Africa se ha divulgado información en prensa, radio y TV, dirigidos al público en general.

DISEMINACION EN AFRICA

La descripción de la epidemia de VIH en Africa, es fundamental para entender los mecanismos de transmisión del virus. También es importante para profundizar en el conocimiento de la enfermedad y de los trastornos inmunitarios. Además, ayuda a tomar conciencia de las dimensiones del problema.

Para la investigación de la enfermedad en Africa se ha utilizado lo siguiente:

- Bancos de suero humano, que sirven para hacer estudios retrospectivos y para comparar las tasas de infección de la población de años distintos.

- Estudios de animales, sobre todo primates, para buscar un territorio natural de la enfermedad distinto del territorio humano, para encontrar algún animal con la misma infección y poder desarrollar un modelo animal experimental de la enfermedad.

- Estudios en la población enferma.

Aún si la enfermedad se originó en el continente africano, su diseminación actual en ese continente está ligada a movimientos de población y a cambios en los sistemas económicos.

Enfermedades como el sarcoma de kaposi, son endémicas en ciertas zonas de Africa. Una enfermedad endémica, es la que se produce de forma habitual, es una región concreta por causas locales específicas. Pero a partir de los años ochenta, se ha observado un crecimiento espectacular de modalidades más agresivas de este sarcoma. Lo mismo ha ocurrido con la frecuencia de la meningitis criptocócica, producida por un microorganismo llamado criptococo, diagnóstico de SIDA. Dado que se considera que ambas enfermedades indican la presencia de infección por VIH, su incremento en la década de los ochenta necesariamente está ligado a la introducción del VIH en esas poblaciones.

En Africa, la enfermedad tiene características epidemiológicas específicas. Afecta por igual a hombres y a mujeres, excepto en lugares como Ghana, donde ataca más a las mujeres. Al igual que ocurre en Norteamérica y en Europa, la frecuencia de la enfermedad y de la seropositividad, es decir, el análisis positivo en el suero humano, es mayor en las edades de mayor actividad sexual y disminuye a partir de los cincuenta años. Entre los niños se observa una mayor frecuencia en los menores de dos años, con lo cual se pone de manifiesto la importancia de la transmisión materno filial o transmisión vertical. Pero no es la única forma de transmisión a esa edad, dado que sólo en el 60 o en el 70% de niños afectados adquiere la enfermedad por transfusiones o jeringas contaminadas.

En general, las enfermedades diagnosticadas junto con el sida, son las mismas que en el resto del mundo, pero predominan las del aparato digestivo y las de la piel; la tuberculosis es una de las enfermedades más difundidas en Africa y a menudo se halla en los pacientes afectados por el sida.

Los estudios sobre seroprevalencia, es decir, sobre la frecuencia de seropositividades, dan idea de la progresión y de la penetración de la enfermedad en diferentes sectores de la población. En 1986 en el Congo el 0.7% de los donantes sanos eran seropositivos. Ese mismo año el 18% eran seropositivos en Kigali, Ruanda.

En un período de cinco años en el aumento en las mujeres embarazadas es de un 2% en Nairobi. En 16 años pasa de 0.25% a 8% en Kinshasa, Zaire.

Entre las prostitutas de Nairobi se produce un incremento que va del 4 al 59% de 1980 a 1986. Los estudios hechos en grandes colectividades y en los grupos de edad afectados ponen en relieve la explosiva propagación de la enfermedad.

El virus se asiló tanto en el semen como en las secreciones vaginales y esto hace sospechar que la transmisión de la enfermedad puede ser bidireccional. La confirmación de que la transmisión heterosexual, es decir, entre distintos sexos, es igualmente eficaz está apoyada por el hecho de que los varones niegan haber tenido contactos homosexuales y afirman, en cambio, haber tenido relaciones con prostitutas.

El estudio de los grupos por edades, muestra la introducción reciente de la enfermedad en esas poblaciones. La frecuencia disminuye en los más viejos. Los niños más afectados son los más pequeños: menores de dos años.

Otros factores que se deben tener en cuenta en la propagación de la epidemia en Africa son los siguientes:

- Utilización de instrumentos para inyectar que ya han sido usados y no se han esterilizado.

- Costumbre de que se prefieran las inyecciones a otras vías para administración de medicamentos.

- Transfusiones sin que haya determinado previamente el estado serológico del paciente.

La importancia de la transmisión mediante las transfusiones, es mayor en África debido a que en los países con un alto grado de malaria endémica, como ocurre en este continente, muchas de las transfusiones se practican en niños con anemia severa cuando hay malaria aguda.

Además del cambio de actitudes culturales con el propósito de la curación, es evidente el condicionamiento económico frente a estas fórmulas de transmisión, pues es demasiado costosa la adopción universal de la criba de sangre con anticuerpos y la utilización de materiales para inyectar esterilizados.

Algunos autores se han preguntado porque en África el VIH alcanza estas proporciones. También se han preguntado si hay algún factor genético o racial entre la población africana que la haga más indefensa ante la enfermedad. Hasta la fecha no se ha demostrado nada al respecto.

Los progresos de esta enfermedad en África hay que atribuirlos a factores de carácter cultural y económico:

- Costumbre de frecuentar prostitutas.
- Deficiencias alimentarias que debilitan el sistema inmunitario.
- Coexistencia de otras enfermedades que representan un estímulo constante para el sistema inmunitario.

La enfermedad no prevalece de la misma manera en todos los países. Es mucho menor en los países del Sur y del Oeste. En otros es despreciable. En cambio, en otros llega al 18% en adultos no seleccionados.

Hay países africanos en donde el 5% de la población sexualmente activa (entre 15 y 50 años) es seropositiva.

Pese a todo lo indicado hasta aquí, no existe, un modelo matemático viable que permita predecir cual será la progresión de la enfermedad, en el curso de los próximos cinco años. Sin embargo, hay autores que, basándose en lo ocurrido hasta ahora, calculan que podrá afectar a 50 millones de individuos.

Este panorama aterrador tiene que obligar a la comunidad internacional y a los gobiernos del continente africano a hacer lo imposible por evitar el progreso de la enfermedad.

Desgraciadamente, los recursos con los que actualmente se cuenta para hacer frente al VIH son escasos y se precisa una gran inversión económica.

Por lo tanto, la epidemia puede tener consecuencias especialmente catastróficas en el continente africano debido a los siguientes elementos:

- Enorme costo económico que implica la atención sanitaria a pacientes con SIDA y, también, espectacular incremento de enfermedades como la tuberculosis, que repercute en la población infectada por el VIH.

- El grupo de edad afectado es el de personas que tienen entre 15 y 50 años y a menudo están, por lo tanto, al frente de una familia.

- Se calcula que en algunos países africanos la mortalidad infantil, ha aumentado en un 15% como resultado de la infección por el VIH.

Mientras que las hambrunas, las sequías y la pobreza causan estragos en los dos extremos de la vida, es decir, -en los más débiles principalmente: los niños y los ancianos-, el SIDA causa estragos en las etapas más plenas de la vida desde el punto de vista humano, moral, social, económico, intelectual, sexual, etc.

EL SIDA EN EUROPA

En países del norte de Europa como Holanda, Reino Unido, Dinamarca e Islandia la población afectada por prácticas homosexuales es superior al 70% y el total de los enfermos por VIH.

En España, el primer caso se diagnóstico en 1981, la infección por VIH y el SIDA; en 1985, adquirió tal relevancia, que hasta ha llegado a ocupar el título de la prensa diaria y un espacio en una publicación que revisa su actualidad anualmente: En el Anuario El País.

Se desconoce como entró la enfermedad en dicho país y como penetró en las comunidades implicadas, donde, se supo después, hay grandes prácticas de riesgo. Lo más probable procedente de un país endémico (tal vez Estados Unidos) lo haya traído a España, y a partir de entonces se haya difundido entre la población. El primer caso documentado es el de un joven que contrajo la enfermedad por vía venérea. A continuación empezaron a ser frecuentes los casos de jóvenes de ambos sexos cuyos factores de riesgo eran la toxicomanía o la promiscuidad sexual. Al igual que ocurrió en el resto del mundo, cuando se introdujo la serología para las donaciones de sangre, ya se había producido la contaminación en los bancos de sangre, empezaron a aparecer casos entre los receptores de las donaciones, debido a la falta de esterilización del material utilizado. A partir de

1985 la epidemia adopta características distintas en comparación con los países de occidente, el grupo más frecuente es el de las prácticas homosexuales, y el predominio fue entre los que consumen drogas por vía intravenosa. La mayoría de niños infectados por VIH es consecuencia de las mujeres que lo padecen en mayor proporción, las que a su vez han practicado toxicomanía, o por el hecho de ser compañeras de seropositivos, situación similar en Italia y en los Norteamericanos de origen latinoamericano, la máxima frecuencia de edad de los afectados se sitúa entre los 20 y los 30 años. En Barcelona, España ha surgido una nueva técnica para asaltar, en el que el maleante con una jeringa advierte a su víctima que contiene líquidos con virus del SIDA y amenaza con inyectárselas si no entrega el dinero, en un sólo día se registraron tres asaltos de éste modo, en su conjunto los asaltantes se llevaron poco más de 1000 dólares. La policía teme que la técnica se popularice.

EL SIDA EN ASIA

La infección del VIH continúa propagándose, incrementándose rápidamente en algunas poblaciones ya afectadas, especialmente en África, América Latina y el Caribe, y penetrando profundamente entre nuevas áreas afectadas, como Europa Oriental, Medio Oriente y el Sureste Asiático. El año pasado, la epidemia de Tailandia fue el símbolo de la amenaza de crecimiento de la pandemia. Hoy debemos dirigir nuestra atención a la India, en donde la transmisión heterosexual que ha avivado una epidemia que se extiende con gran rapidez -casi tanto como en la epidemia de Tailandia. Esta nueva ola de infección del VIH tendrá serias implicaciones para el futuro de Asia.

EL SIDA EN OCEANIA.

Finalmente, la corta historia de la pandemia significa también que el potencial para influir en el futuro desarrollo del mundo, y al continuar siendo expandidacomo como en Australia y en muchos

otros países, así como al considerarse que el SIDA es una "causa perdida a menos de que esta sea abandonada" y al estar entrando justamente en este momento en algunos países, como una fase crítica de inicios de la epidemia de VIH -en Asia, Europa Oriental y en el Centro y Sur de América. No se sabe con claridad la forma final que tomará la pandemia en el mundo .

EL SIDA EN AMERICA

Los primeros casos de SIDA se encontraron en Estados Unidos en junio de 1981, sin embargo, se sabe que los primeros casos ocurrieron desde 1978, hasta el 29 de febrero de 1992 se han reportado 213641 en este país, de los cuales 66% corresponde a hombres homosexuales, el 17% en drogadictos intravenosos y el 4% en casos heterosexuales, se han reportado casos de niños de los cuales el 80% son hijos de padres con SIDA o con algún factor de riesgo.

EL SIDA EN LATINOAMERICA

Cuando se reportaron los cinco primeros casos de SIDA en los Estados Unidos y en el mundo, se habían notificado 132976 casos de sida, a la Organización Mundial de la Salud, de estos casos aproximadamente el 10% corresponde a Iberoamérica. Esta cifra es realmente muy baja y nos podría hacer creer que el SIDA no es un problema grave en Latinoamérica, sin embargo, todos sabemos que esto no es cierto. Lo que sucede en Iberoamérica es que ni siquiera tenemos una cifra real o aproximada del número de casos que ha habido o que existen, sin embargo hasta en el mes de abril de 1992 en América Latina se han reportado únicamente 268445 casos de SIDA en razón de varios motivos:

- 1.- No todos los médicos están capacitados para diagnosticar el SIDA, lo que ha llevado a hacer evaluaciones erróneas y a expedir incluso certificados de defunción equivocados, como es el caso de la tuberculosis o de las neumonías que son enfermedades frecuentes en nuestros países.

2.- Porque una parte de nuestra población no tiene acceso a los servicios de salud.

3.- Por las condiciones de vida que influyen determinadamente en el desarrollo del SIDA, tales como, la falta de agua, la desnutrición, la abundancia de insectos, la falta de vivienda y de servicios sanitarios, entre otros.

4.- Lo anterior obedece, al deterioro económico que vive Iberoamérica en estos momentos, debido a la deuda externa de cada país, que solo es legítima en un 5.5% siendo la razón principal para que el nivel de vida en latinoamérica haya descendido cada vez más y sea más importante el dinero que la vida humana.

El presidente de la OMS, a fines del año pasado se reprochó haber minimizado el problema del SIDA y dijo que en Iberoamérica se esparcería igual que en Africa. En Africa están evacuando ciudades porque más del 60% de sus poblaciones están infectadas. En muchos países están en curso de educación para el personal de salud con el objeto de que reconozcan de inmediato los síntomas de infección con el VIH y las afecciones afines que sean corrientes en la zona.

En algunos países en vías de desarrollo la infección por el VIH es tan común en los hombres como en las mujeres, por lo consiguiente, la infección del feto durante el embarazo o el parto puede llegar a ser la causa principal de mortalidad infantil en dichas regiones. En estudios muy reducidos realizados en Estados Unidos y en Haití parece desprenderse que la mayoría de los niños que padecen SIDA quizá no reciban protección de las inmunizaciones, pero es posible que alguno de ellos que presentan afecciones menos graves relacionadas con el VIH estén protegidos al menos hasta cierto punto.

Los cinco estados que concentran el mayor número de casos de SIDA en los Estados Unidos de América son:

NUEVA YORK

CALIFORNIA

FLORIDA

TEXAS

NUEVA JERSEY

EL SIDA EN NUEVA YORK

A finales de enero de 1987 se habían diagnosticado en la ciudad de Nueva York 8.887 casos de sida, que representaban el 30% de los casos diagnosticados en Estados Unidos.

El análisis de lo que ocurre en esta ciudad nos puede servir de ejemplo de lo que puede ser la epidemia de VIH, y , también, para hacer una llamada de atención a fin de que se adopten medidas encaminadas a frenar el avance de la enfermedad.

En Nueva York el SIDA es la causa de muerte más importante en los hombres que tienen entre 25 y 44 años de edad. Y en las mujeres en el período comprendido entre los 25 y los 29 años. El 95% de los casos de SIDA en la ciudad de Nueva York han sido hombres. De éstos, en 1986, el 55% eran homosexuales o bisexuales y el 32% toxicómanos por vía intravenosa. Sin embargo, en estos momentos se observa un aumento en el caso de los adictos a las drogas intravenosas y una disminución de aquellos que se deben a la homo/bisexualidad.

Esto no quiere decir que la transmisión del virus por la vía heterosexual en Nueva York haya desaparecido, pero su extensión y su eficacia son desconocidas. En 1986 el sistema de control identificó 186 casos de transmisión heterosexual, de los cuales 183 eran mujeres.

Únicamente la ciudad de Nueva York tiene más de la mitad de casos de muertes por sida en Estados Unidos. El primer caso de sida transmitido por vía heterosexual se identificó en esa ciudad en 1981. Esto representa el 0.8% del total para el año 1981.

De 1982 a 1986 los casos de sida contraídos a través de contactos heterosexuales crecieron hasta un 3%. De éstos el 90% se produjo como consecuencia de contactos sexuales con drogadictos.

La fuente de transmisión heterosexual más importante en Nueva York ha sido y sigue siendo el adicto a drogas por vía intravenosa.

La mayor fuente de SIDA pediátrico también se debe a los toxicómanos. Hacia finales de 1986 se habían identificado 166 casos pediátricos, de los cuales el 87% se debía a transmisión materna. De estas mujeres el 87% son toxicómanas y el 2% madres cuyos compañeros sexuales provienen de grupos con prácticas de riesgo.

El 91% de las madres de los casos pediátricos son negras o de origen hispano.

El impacto de las enfermedades por VIH en Nueva York es superior a cualquier medida de control. A semejanza de lo que ocurre en otras partes del mundo, ha aumentado considerablemente la morbilidad causada por enfermedades asociadas con el virus, como la tuberculosis.

La mortalidad entre adictos a drogas consumidas por vía intravenosa ha aumentado notablemente desde 1978. Así de 1978 a 1981 se produjeron alrededor de 500 muertes por año. A partir de 1982 (año que coincide con la epidemia de SIDA) este número aumentó, hasta llegar a 1.500 muertes en 1985. Si se desglosan estas cifras se observa que en 1985 murieron de

endocarditis, enfermedad infecciosa que afecta al interior del corazón, 92 personas, mientras que en 1980 sólo habían muerto 39 a causa de este mismo padecimiento. En 1985 murieron de neumonía por causa no especificada 252 personas, 213 más que en 1980. Durante todo este tiempo las muertes por sobredosis han permanecido relativamente constantes. Esto indica, entre otras cosas, que no ha habido un aumento tan espectacular como se cree en el número de drogadictos.

En Estados Unidos se ha impuesto una política de inmigración restrictiva en contra de personas con VIH/SIDA estableciendo en su legislación norteamericana la restricción en la entrada de los seropositivos.

LOS NIÑOS Y EL SIDA EN AMERICA LATINA

Hasta 1987 en América Latina y el Caribe, se habían detectado pocos casos de SIDA en niños. La mayoría se concentraba en unos cuantos países; en esa época eran muy pocas las notificaciones de infección por VIH/SIDA en mujeres y niños debido a que el virus no se manifestaba aún en esos dos grupos, además de que se presentaban deficiencias en los métodos de vigilancia para identificar este tipo de casos. En los pocos países en que se llegaron a detectar casos de SIDA pediátrico, éstos se relacionaban con las transfusiones de sangre y hemoderivados y, en muy raras ocasiones, con el abuso sexual y la prostitución infantil.

PATRONES DE COMPORTAMIENTO DE LA INFECCION

Hablando en términos generales, en América Latina la infección por VIH en casos pediátricos presenta patrones ligeramente diferentes a los esquemas generales de comportamiento de la epidemia a nivel mundial.

-Patrón Pediátrico 1: la vía principal de transmisión es perinatal; este patrón presenta dos tipos, que se dan en función de la vía de transmisión por la que la madre fue infectada.

Tipo 1: la madre pudo haber sido infectada por medio de una transfusión sanguínea contaminada; es toxicómana (la drogadicción vendría a representar la vía indirecta de transmisión); ha emigrado de áreas con una alta incidencia de infección por VIH como el Caribe o el África o ha sido infectada mediante relaciones sexuales con algún compañero sexual infectado. Países como Puerto Rico, Chile, Argentina y Uruguay se encuentran en este tipo de patrón; los casos pediátricos acumulados representan un porcentaje menor al 2.5% del total de los casos acumulados en esos países.

Tipo 2: deriva del patrón donde la infección en las mujeres se da principalmente a través del contacto heterosexual o bisexual y, en los casos pediátricos, viene a ser nuevamente una vía indirecta de transmisión. Este patrón se da en algunas zonas del Caribe y presenta tasas más altas de incidencia del SIDA en zonas urbanas que rurales. La transmisión perinatal es importante en estos países: se ha encontrado que entre el 80% y el 100% de los niños con SIDA tienen madres seropositivas, infectadas principalmente por la vía sexual. En este tipo se encuentran países como Honduras, Haití y República Dominicana.

"- Patrón Pediátrico 2: se caracteriza porque la vía principal de transmisión es la sanguínea. En este caso puede llegar a ser una vía directa cuando los niños reciben transfusiones contaminadas, o indirecta cuando es la madre quien la recibe y lo transmite a su bebé. Este patrón se da principalmente

en países como México y Brasil donde la transmisión sanguínea en casos pediátricos alcanza el 65.9% (1991) y 48.7% (1989), respectivamente". [8]

EL SIDA EN MEXICO

En 1983 se diagnosticaron 17 casos de SIDA en nuestro país todos ellos en hombres con prácticas homosexuales, algunos extranjeros, pero tenían como antecedente el haber realizado viajes al extranjero. De igual modo en los primeros ocho años de la epidemia la evolución de los programas de control han sido cambios en los enfoques de la epidemiología, más tarde la información de epidemiología para la elaboración del programa nacional de mediano plazo, para la prevención y control de SIDA, pasó a la tercera etapa del enfoque epidemiológico, creando mayor conciencia social sobre la epidemia y las repercusiones de este padecimiento, el objetivo es ahora mejorar las condiciones de vida de los infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA, así como mejor prevención para su control, tiene una dinámica diferente la del SIDA transmitida sexualmente a la del SIDA producido por transfusiones o la del SIDA perinatal, en las que tienen periodos de incubación, entre 8 a 10 años la de transmisión sexual, a transfusión sanguínea que puede ser de 2 a 5 años y la transmisión perinatal con un promedio de incubación de unos meses: la epidemia del SIDA en hombres tiene características diferentes a las mujeres, se observa también las diferencias en áreas geográficas, principalmente en áreas metropolitanas del país, que la transmisión en áreas suburbanas o rurales.

En el contexto internacional, México ocupa uno de los primeros lugares de casos de SIDA en el mundo, el crecimiento de casos de SIDA la dividen en tres etapas: la primera en 1983 a 1986 con

un crecimiento moderado, en 1987 a 1989 se observó un crecimiento muy rápido con períodos de duplicación en unos cuantos meses, esta etapa es de crecimiento exponencial; a partir de 1989 el SIDA crece en México con una curva de crecimiento exponencial amortiguado. La magnitud de la epidemia y sus repercusiones podemos precizarla mediante algunos indicadores. en primer lugar las definiciones que por esta causa suman 3982 se ha notificado 8227 casos lo que representa un caso por cada 10000 habitantes, sin embargo al estimar el número de casos corrigiendo el retraso en la notificación y el porcentaje de su notificación se estima que han ocurrido 19288 casos de SIDA en México, lo que permite calcular un caso por cada 4100 habitantes de las 8227 notificaciones más de la mitad corresponden al Distrito Federal y al Estado de Jalisco, en estas entidades la tasa de morbilidad es el doble que en el resto del país las entidades que acumulan mayor número de casos además del Distrito Federal es el Estado de México, Jalisco, Puebla, Nuevo León y Coahuila. Por categorías de transmisión en adultos los primeros lugares están ocupados por hombres con prácticas homosexuales el 42%, heterosexuales 17.2% y por transfusión 7%, la frecuencia de casos asociados a drogadicción intravenosa en México continúa siendo muy reducida. Se han realizado estudios en la que se indica que las prácticas homosexuales en muchos de los pacientes se discrimina, las categorías de transmisión en mujeres adultas están en el 63.5% de casos asociados a transfusión sanguínea a razones obstétricas, quirúrgicas y traumáticas el 33.6% en mujeres han sido de transmisión heterosexual; en niños es la perinatal (de madre a hijo), y transfusión sanguínea, así como hemofílicos, y en nuestro medio lamentablemente existen casos de niños víctimas de abuso sexual.

Lo cual indica que una de cada 32 mujeres con SIDA se encuentran en el grupo de 25 a 34 años, el factor de riesgo más importante es el postransfusional, la transmisión heterosexual se observa en parejas de seropositivos exdonadores infectados o en pareja de bisexuales; los estudios de seroprevalencia de VIH en mujeres indican que en parejas sexuales de sujetos seropositivos se han infectado una tercera parte de ellas. En mujeres que ejercen la prostitución las cifras son muy

variables, de 0% a 5%; en pacientes que acuden a los servicios para diagnóstico o tratamiento de tuberculosis, resulta que hasta el 4% de ellas además de tener tuberculosis están infectados por el virus del SIDA. Se ha observado que la proporción de casos de SIDA en mujeres en México está descendiendo y esto obedece a la prevención de la transmisión sanguínea.

Del total de casos de SIDA el 83.4% se representa en hombres adultos siendo la tasa más elevada en la edad productiva, uno de cada 2000 hombres de 25 a 44 años y uno de cada 4000 hombres de 45 a 64 años, la mayor proporción se observa en los estratos socioeconómicos medios de áreas urbanas, sin embargo cada día se presentan más casos en estratos socioeconómicos bajos e inclusive en áreas rurales; los estudios de seroprevalencia en hombres con prácticas homosexuales indica porcentajes preocupantes en el Distrito Federal de 2% y hasta 35%, las prevalencias varían de un 8% a 30%, en Puebla han sido mayores a 36%, en Mérida entre 9 y 11% y en Acapulco entre 4 y 8%, se observa con frecuencia que los sujetos homosexuales muestran una tendencia de incremento en los últimos meses, en los dos años previos se había observado un descenso, sin embargo en 1991 se observó un aumento, en los casos de sujetos bisexuales la proporción ha permanecido estable; la transmisión de virus de inmunodeficiencia humana mediante productos sanguíneos muestra un descenso muy importante y en la actualidad observamos un descenso de los casos esperados de SIDA postransfusional. La frecuencia de infección por el VIH en donadores varía entre 0.04% a 0.06% y prácticamente se aplica sangre segura.

El número de casos de SIDA perinatal está decreciendo, sin embargo este tipo de transmisión al interior de los casos pediátricos se ha incrementado en los casos notificados en 1991: el 70% de los casos corresponden a la transmisión perinatal, se han presentado varios casos entre trabajadores de servicios de la salud, solamente 2 han sido documentados como transmisión ocupacional, los estudios de marcadores del virus de la hepatitis B indican que representa un riesgo potencial en los trabajadores de la salud que no cumplen con las medidas básicas de bioseguridad; las características del SIDA clínico en México tiene diferencias a las de otros países, el 99% de los casos presenta

infecciones oportunistas diferentes a la neumonía por *n.carinii*, de las cuales la tuberculosis es uno de los agentes más frecuentemente encontrados y es el responsable de una proporción importante de muertes por SIDA. El 42% de los casos el síndrome de desgaste caracterizado por fiebre, diarrea y pérdida de peso crónico, en una frecuencia muy pequeña del 19% se observa manifestaciones comunes en pacientes de EUA, como el sarcoma de kaposi con neumonía por *n.carinii*; la tendencia del SIDA en hombres adultos se espera que en los próximos años el 80% de todos los casos, correspondan a hombres adultos, en cambio en las mujeres se ha observado un descenso como consecuencia de la disminución de la transmisión por transfusión sanguínea, en los últimos meses solamente el 2% de los casos de SIDA se ha presentado en niños. La transmisión sexual se espera que continúe siendo más frecuente e inclusive muestra una tendencia de incremento; en cambio la transfusión sanguínea se espera que continúe descendiendo, se estima que en uno o dos años las cifras de 1987 solamente el 12% presentaba este tipo de transmisión, como consecuencia del descenso de la transmisión por transfusión sanguínea, se espera que para 1993 y 1994 ocurran 5000 casos nuevos, lo que dará una cifra acumulada entre 13 y 14000 casos para finales de 1993, esta tendencia es exponencial.

En México el SIDA hasta el 1º de abril de 1992 se han notificado a la Dirección General de Epidemiología 10,000 casos de SIDA; México ocupa el 10º lugar en México y el 3º en América.

La población urbana de estratos socioeconómicos medio y alto continúa siendo la más afectada. Sólo el 2.7% de los casos se ha reportado en campesinos.

El análisis de los casos de SIDA por categoría de transmisión en mujeres adultas, indica que dos terceras partes, adquieren la infección por transfusión sanguínea y una tercera parte por contactos heterosexuales.

En hombres adultos, el 92.0% de los casos adquieren la infección por vía sexual, el 53.6% de los casos corresponde a homosexuales, el 27.7% a bisexuales y el 11.7% a contactos heterosexuales. En este mismo grupo el 6.9% (112 casos) corresponde a transmisión sanguínea, de los cuales 5% fueron transfundidos, 1.4% son hemofílicos y 0.6% drogadictos intravenosos.

De los 86 casos pediátricos el 31.4% corresponde a hemofílicos, el 37.2% a transfundidos, el 22.1% adquirieron la infección por vía perinatal y el 3.5% por vía sexual.

El análisis de las categorías de transmisión por grupo de edad y sexo se muestra los datos siguientes:

En hombres menores de 15 años, la mayor proporción de casos se ha asociado a recepción de sangre y sus productos (41.5% en hemofílicos y 30.8% en transfundidos). El 18.5% de los casos se ha asociado a transmisión perinatal. En los sujetos de 15 a 24 años la mayor proporción de casos se asocia a prácticas homosexuales (48.4%) y bisexuales (19.6%).

La proporción de casos asociada a recepción de sangre o sus productos (4.4% en transfundidos y 3.2% en hemofílicos) es menor que la asociada a transmisión heterosexual (8.8%).

Los casos asociados a drogadicción intravenosa se presentan 4 en el grupo de 15 a 24 y 5 en el de 25 y 44 años.

En los sujetos entre 25 y 44 años la proporción de casos asociada a prácticas homosexuales (48.9%) y bisexuales (24.4%) ocupa el primer lugar. En este grupo de edad, la transmisión heterosexual de la enfermedad es proporcionalmente mayor (10.3%) que la asociada a transfusión (2.6%) y hemofilia (0.8%).

En los hombres de 45 a 64 años, la proporción de casos asociada transmisión homosexual es la principal (38.1% y 23.8%) mientras que la proporción de casos asociada a transmisión heterosexual (11.9%) es ligeramente mayor a la asociada a recepción de sangre y sus productos (transfundidos 10.7% y hemofílicos 0.8%).

En los mayores de 65 años el primer lugar lo ocupan los casos asociados a transfusión (50%) mientras que la proporción de casos asociados a prácticas homosexuales y bisexuales (12.5% en ambos casos) y a hemofilia (6.3%) es menor.

En las mujeres la situación es diferente. En todos los grupos de edad los casos asociados a transfusión ocupan el primer lugar de 57.1% en las menores de 15 años hasta 100% en las mayores de 65 años. En las menores de 15 años la transmisión perinatal ocupa el segundo lugar (33.3%). En las adolescentes y adultas la transmisión heterosexual representa una mayor porcentaje.

"En cuanto a las instituciones notificantes, el 45% de casos ha sido notificado por el IMSS; 32.1% por la SSA; 11.0% por el ISSSTE, y 11.8% por otras instituciones". [9]

"En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 63.9% (1379 casos) continúa vivo y el 29.4% (634 casos) ha fallecido. Se desconoce el estado actual de 145 pacientes". [10]

[8] Fuente: Instituciones del Sector Salud, hasta febrero de 1992 pág. 10-13
[10] BOLETIN INFORMATIVO CONASIDA febrero de 1992 pág. 2104 - 2106

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA POR OCUPACION

OCUPACION	Núm. de casos
1.- Trabajadores de Servicios Públicos o personales	159
2.- Empleados Administrativos	153
3.- Trabajador de la Educación	80
4.- Profesionales	81
5.- Estudiantes	55
6.- Obrero Industrial	54
7.- Ama de Casa	62
8.- Comerciante o Vendedor	50
9.- Trabajador de la Salud	44
10.- Chofer	29
11.- Técnico y Personal Especializado	31
12.- Trabajador del Arte y Espectáculos	40
13.- Campesino o Trabajador Agrícola	26
14.- Empleado Doméstico	20
15.- Desempleado	20
16.- Trabajador de Vigilancia	18
17.- Vendedor Ambulante	14
18.- Prostituta	3
19.- Recluso	150 hasta feb. 92

CAPITULO III.- MEDIDAS ADOPTADAS POR MEXICO PARA LA ERRADICACION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

LA DECADA DE LA EPIDEMIA DEL SIDA EN MEXICO

"El primer caso de SIDA en México, se diagnosticó en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" en 1983 y hasta el primero de enero de 1988, se habían atendido 127 enfermos en esa institución. Los resultados clínicos y demográficos de los primeros 107 pacientes fue 106 hombres y una mujer, con una edad promedio de 35 años. Cincuenta porciento de los pacientes había fallecido a la semana, 22 después de establecido el diagnóstico, tras un promedio de hospitalización 47 días por año, con un costo de 19 millones de pacientes por año".[11]

1.- MEDIDAS ADOPTADAS POR EL SECTOR SALUD E INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS.

La salud del individuo y de la comunidad, es un factor esencial en las condiciones de bienestar social.

La salud es un valor no solamente individual, sino también social y político para un Estado comprometido en el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida de la Nación.

La elevación de las condiciones de salud de la población y de la calidad de los servicios de salud, fue un reclamo popular que recogió el ex Presidente de la Madrid en su campaña electoral, al hacer una reforma jurídica de contenido tanto orgánico como reglamentario de la materia sanitaria. El derecho sanitario mexicano ha tenido una extensa tradición, expresada fundamentalmente en 9 códigos sanitarios. Al inicio de esa administración de encontraban vigentes: el Código Sanitario de 1973 y más de sesenta reglamentos derivados del mismo.

[11] Fuente: Instituciones del Sector Salud, Hasta Febrero de 1992.

Los primeros pasos de la reforma jurídica que había que emprender, se dieron en 1982. En el mes de diciembre de ese año se reforman los artículos 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, por lo que correspondería a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia establecer y conducir la política nacional de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Asimismo, se establece que corresponde a la ahora Secretaría de Salud coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, con ello se configuró una importante y novedosa modalidad a la sectorización programática y funcional.

También en diciembre de 1982 se reformaron: el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del Seguro Social, y la Ley del ISSSTE. El Código Sanitario fue reformado entre otros aspectos, para encomendar a la Secretaría de Salud la coordinación de las actividades que en materia de salubridad general realizarán las instituciones del Ejecutivo Federal y los organismos de carácter público federal, con el objeto de establecer el Sistema Nacional de Salud.

También se reformó el tercer párrafo del artículo 4o. Constitucional que aprobó el Constituyente Permanente a iniciativa del ex Presidente de la Madrid para establecer el derecho a la protección de la Salud, en vigor a partir del 4 de febrero de 1983.

Se incorporó a la Constitución y con ello al proyecto Nacional una nueva garantía social.

Esta reforma constitucional no ha pasado desapercibida a la realidad del México de hoy, con el gobierno del Presidente Salinas con su programa de Solidaridad en donde es ampliada la cobertura de los servicios, los indicadores de la salud han mejorado, se han logrado avances en la descentralización de los servicios a la población abierta y en la conformación de sistemas estatales de salud.

De conformidad con la adición constitucional comentada, el 1o de julio de 1984 entra en vigor la Ley General de Salud que deroga el Código Sanitario de 1973.

De acuerdo con sus objetivos, dicho ordenamiento está organizado en dos partes: la que reglamenta específicamente el derecho de la protección de la salud y la que desarrolla el contenido normativo en las materias de salubridad general.

Consta de 472 artículos, 7 transitorios y diversos capítulos que representan todo un cuerpo jurídico.

Las reformas y adiciones que se han hecho a la Ley General de Salud propuestas por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el poder legislativo incluyen los siguientes aspectos:

- 1). Se adicionó el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (art. 134) (22 de mayo, 1986).
- 2). Se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detecta la presencia del virus del SIDA o de anticuerpos del mismo (art. 136) (27 de mayo, 1987).
- 3). Se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que las proporcionan en forma remunerada (art. 332) (27 de mayo, 1987).
- 4). Se incluyó como conducta ilícita específica el comercio de la sangre (art. 462, fracción II, y 462 bis) (27 de mayo, 1987).
- 5). La realización obligatoria de pruebas para detectar sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos) (27 de mayo, 1987).
- 6). Se formuló el Decreto de Reformas al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, en apego a las nuevas disposiciones de la Ley General de la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 26 de noviembre de 1987, en las que determina que el escrutinio de donadores será obligatorio para la evidencia de infección por VIH.

Teniendo como fundamento la Ley General de la Salud el 20 de Febrero de 1985 se publicó el Reglamento para la disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, y posteriormente el 22 de mayo de 1986, la Norma técnica para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos.

En estos documentos quedan comprendidos los lineamientos que de acuerdo al avance tecnológico de inmunohematología, deberán seguir los profesionales dedicados a Banco de Sangre, Plasma o Servicios de Transfusión.

El 27 de mayo de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto de Reformas y Adiciones de la Ley General de Salud en el que entre otros aspectos se establece que la sangre sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente suprimiéndose al efecto la posibilidad de obtener sangre de proveedores autorizados, mismos que la proporcionaban mediante alguna contraprestación.

El sector salud ha creado una cartilla para donadores y para receptores en la que aparece el emblema "sangre segura", sangre que se sujeta al examen de la prueba de ELISA.

Por ello, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad transmisible que exige, por su peligrosidad ser combatida por todos los medios posibles. En este sentido se incorpora al reglamento objeto de este decreto, la obligatoriedad de que se realicen: las pruebas para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como de sus anticuerpos.

Que en ejercicio de la facultad que le fue conferida al Ejecutivo Federal la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para proveer en la esfera administrativa, a la exacta observancia de la ley, se observo lo siguiente:

DECRETO

Fueron reformados los artículos 321, 325, 328, 332 y 333 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, quedando como sigue:

"Art. 313.- Compete a la Secretaría de Salud ejercer control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos."

"Art. 314.- Para los efectos de este Título, se entiende por:

"I.- Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos: el conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización, reparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación;

"II.- Cadáver: el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida;

"III.- Embrión: el producto de la concepción hasta las trece decimotercera semana de la gestación;

"IV.- Feto: el producto de la concepción hasta las trece semanas de la gestación,

"V.- Producto: todo tejido o substancia excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel, y

"VI.- Destino final: la conservación permanente, inhumación o desintegración, en condiciones sanitarias permitidas por la Ley, de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos."

"Art. 315.- Se considerará como disponente originario, para efectos de este Título, a la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo."

"Art. 316.- Serán disponentes secundarios:

"I.- El cónyuge, el concubinato, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario.

"II.- A falta de los anteriores, la autoridad sanitaria, y

"III.- Los demás a quienes esta Ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas."

"Art. 317.- Para la certificación de la pérdida de la vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los signos de muerte:

"I.- La ausencia completa y permanente de conciencia,

"II.- La ausencia permanente de respiración espontánea;

"III.- La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos;

"IV.- La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares,

"V.- La atonía de todos los músculos,

"VI.- El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal,

"VII.- El paro cardíaco irreversible, y

"VIII.- Las demás que establezca el reglamento correspondiente."

"Art.318.- En el caso de trasplantes, para la correspondiente certificación de pérdida de la vida, deberá comprobarse la persistencia por doce horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del artículo anterior, y además las siguientes circunstancias:

"I.- Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y

"II.- Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, o hipotermia.

"Sin antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente.

"La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante."

"Art. 319.- Las personas y establecimientos que realicen actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, deberán contar con autorización de la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley de demás disposiciones aplicables."

"Art. 320.- Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, aquella que se realice en contra de la Ley y el orden público".

CAPITULO II

Organos y Tejidos

"Art. 321.- Los trasplantes de órganos o tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante originario y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico. Al efecto la Secretaría de Salud tendrá a su cargo los Registros Nacionales de Trasplantes y de Transfusiones."

"Art. 322.- La obtención de órganos o tejidos de seres humanos vivos para trasplante, sólo podrá realizarse cuando no sea posible utilizar órganos o tejidos obtenidos de cadáveres.

"Queda prohibido realizar el trasplante de un órgano único esencial para la conservación de la vida y no regenerable, de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo."

"Art. 323.- La selección del donante originario y del receptor de órganos o tejidos para trasplante o transfusión, se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud".

"Art. 324.- Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos aplicables. En el caso de la sangre, no será necesario que el consentimiento sea manifestado por escrito.

"El disponente originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte."

"Art. 325.- Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos y tejidos de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponetes a que se refiere el artículo 316 de esta Ley, excepto cuando esté legalmente indicada la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos y tejidos no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

"Las disposiciones reglamentarias señalarán los requisitos a que se sujetará la obtención de órganos y tejidos en los casos a que se refiere este artículo."

"Art. 326.- No será válido el consentimiento otorgado por:

"I.- Menores de edad,

"II.- Incapaces, o

"III.- Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente."

"Art.327.- Cuando el consentimiento provenga de una mujer embarazada, sólo será admisible para la toma de tejidos con fines terapéuticos si el receptor correspondiente estuviere en peligro de

muerte, y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción."

"Art. 328.- Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinato, concubina o familiar del disponente originario de que se trate."

"Art. 329.- Los establecimientos de salud, previa autorización de la Secretaría de Salud podrán instalar y mantener, para fines terapéuticos, bancos de órganos y tejidos, los que serán utilizados bajo la responsabilidad técnica de la dirección del establecimiento de que se trate y de conformidad con las disposiciones aplicables."

"Art. 330.- La extracción y conservación de la sangre y su administración de un ser humano a otro, así como el fraccionamiento de aquella en sus diferentes componentes, estarán a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión, que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables y previa autorización de la Secretaría de Salud. La sangre será considerada como tejido."

"Art. 331.- La Secretaría de Salud otorgará la autorización a que se refiere el artículo anterior a los establecimientos que cuenten con el personal técnico y el equipo e instrumental necesario para la obtención, caracterización, análisis, preservación sanitaria y suministro de la sangre y sus derivados, y tengan como responsable a un profesional capacitado en la materia."

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

"Art. 333.- Los órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y hemoderivados, no podrán internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud, aplicándose, en lo conducente, las disposiciones del Capítulo XIII Del Título Décimosegundo de esta Ley.

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

"Art. 334.- Cualquier órgano o tejido que haya sido desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito, deberá ser manejado en condiciones higiénicas y su destino final será la incineración salvo que se requiera para docencia o investigación, en cuyo caso los establecimientos de salud podrán conservarlos o remitirlos a instituciones docentes autorizadas por la Secretaría de Salud, en los términos de los reglamentos respectivos."

"Art. 335.- El control sanitario de los productos a que se refiere este Título, se llevará a cabo de conformidad con las disposiciones de esta Ley, en lo conducente, y de las demás disposiciones aplicables."

CAPITULO III

CADAVERES

"Art.336.- Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto y consideración."

*Art. 337.- Para los efectos de este Título, los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

*I.- De personas conocidas, y

*II.- De personas desconocidas.

"Los cadáveres no reclamados dentro de los setenta y dos horas posteriores al fallecimiento y aquellos de los que se ignore su identidad, serán considerados como de personas desconocidas."

*Art. 338.- La inhumación o incineración de cadáveres sólo podrá realizarse con la autorización del encargado o del juez del Registro Civil que corresponda, quien se asegurará del fallecimiento y sus causas, y exigirá la presentación del certificado de defunción."

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

*Art. 340.- El depósito y manipulación de cadáveres, excluida la inhumación deberá efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud en las autorizaciones respectivas."

*Art. 341.- Las autoridades sanitarias competentes ejercerán el control sanitario de las personas que se dediquen a la prestación de servicios funerarios. Asimismo, verificarán que los locales en que se presten los servicios reúnan las condiciones sanitarias exigibles en los términos de los reglamentos correspondientes.

"La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial fijará las tarifas máximas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios funerarios."

"Art. 342.- La inhumación e incineración de cadáveres sólo podrá realizarse en lugares autorizados por las autoridades sanitarias competentes."

"Art. 343.- La Secretaría de Salud determinará el tiempo mínimo que han de permanecer los restos en las fosas."

"Art. 344.- La internación y salida de cadáveres del territorio nacional y su traslado de una entidad federativa a otra, sólo podrán hacerse mediante autorización de la Secretaría de Salud y previa satisfacción de los requisitos que establezcan los tratados y convenciones internacionales, los reglamentos de esta Ley y otros previstos en la legislación federal."

"Art. 345.- Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos, se requiere la orden o autorización del disponente secundario correspondiente, de conformidad con lo que establezcan las disposiciones aplicables, salvo que exista orden por escrito del disponente originario."

"Art. 346.- Para la utilización de cadáveres de personas conocidas o parte de ellos, con fines de docencia e investigación, se requiere permiso del disponente originario, mismo que no podrá ser revocado por los disponentes secundarios a que se refiere la fracción I del artículo 316 de esta Ley."

"Cuando el disponente originario no haya expresado su voluntad por lo que respecta a la disposición de su cadáver, las personas a que se refiere la fracción I del artículo 316 de esta Ley, podrán consentir en que se destine a la docencia e investigación, en los términos que al efecto señalen las disposiciones aplicables."

"Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán estar autorizadas por la Secretaría de Salud, de conformidad con las disposiciones aplicables."

"Art. 347.- Las instituciones educativas que obtengan cadáveres de personas desconocidas serán depositarias de ellos durante diez días, con objeto de dar oportunidad al cónyuge, concubinario, concubina o familiares para reclamarlos. En este lapso los cadáveres permanecerán en las instituciones y únicamente recibirán el tratamiento para su conservación y el manejo sanitario que señalen las disposiciones respectivas."

"Una vez concluido el plazo correspondiente sin reclamación, serán consideradas las instituciones educativas como disponentes respectivas."

"Art. 348.- Los cadáveres de personas desconocidas, los no reclamados y los que hayan sido objeto de docencia e investigación, serán inhumados o incinerados."

"Art. 349.- Para el control sanitario del embrión se estará a lo dispuesto en este Título, en lo que resulte aplicable, y en las disposiciones reglamentarias que al efecto se expidan."

"Art. 350.- Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal."

Estas medidas adoptadas por el Sector Salud para la prevención y lucha contra el SIDA ha requerido de la intervención de toda clase de servicios sanitarios y sociales. Los problemas y trabajos de prevención han puesto en relieve la fragilidad, las desigualdades y los desequilibrios de

los actuales sistemas de salud y asistencia social. Por consiguiente, la lucha contra el SIDA dará ocasión para reexaminar y evaluar los sistemas existentes.

Las reformas se encaminan al ejercicio de acciones que tienden a prevenir el contagio del SIDA y detener su expansión.

La transfusión de sangre es un medio idóneo para la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana. Las reformas y adiciones realizadas toman en cuenta las observaciones que la prevalencia de infección de donadores remunerados es mayor, y por lo tanto son medidas necesarias para disminuir el riesgo de transmisión.

La Ley prevee que habrá proveedores voluntarios, que proporcionan su sangre y los fundamentos para el programa de detección en bancos de sangre a nivel nacional está sustentado en dos argumentos:

- 1.- De tipo legal: debido a que desde 1966 existe la norma técnica para la disposición de sangre o plasma, y que reúne como requisito: el ser negativos a la prueba de Anti-VIH.
- 2.- De tipo preventivo, ya que se reduce a un mínimo la transmisión del virus, evitando los casos que adquieren la infección por esa vía.

El Consejo de Salubridad General acordó en su reunión de 1986, que el SIDA se incorporara a la lista de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica y que su notificación fuese de carácter inmediato y obligatorio.

Asimismo se publicó la norma relativa a la realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país.

En lo que se refiere a la vigilancia epidemiológica se elaboraron formatos de notificación obligatoria de casos de SIDA y donadores de seropositivos y se ha acordado editar mensualmente el boletín epidemiológico del SIDA del Sector Salud.

Se llevó a cabo en análisis jurídico y publicación de la Norma Técnica número 227 relativa a la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial el día 29 de enero de 1988.

Se llevó a cabo el análisis jurídico y publicación de la Norma Técnica número 624 relativa a la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1988.

Se lleva a cabo el análisis de peligro de contagio contemplado en el artículo 199 bis del Código Penal para el Distrito Federal, en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal, y se formuló la propuesta de modificación.

Se lleva a cabo el análisis de los reglamentos vigentes en materia de control de enfermedades transmisibles y formulación del programa para la elaboración de un Proyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control de Enfermedades.

2. PROGRAMAS DE EDUCACION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

A cinco años de entrar en vigencia la Ley General de Salud, se observó indispensable promover la adecuación de su texto de manera que el ordenamiento satisfice las actuales expectativas nacionales de salud, por lo que para la educación se ha elaborado material educativo para personal de salud en un documento denominado "Pautas para la vigilancia y control del SIDA en México",

además se han elaborado guiones para programas de radio, televisión, folletos y trípticos para los diferentes grupos de alto riesgo y para el público en general.

Identificar a un público determinado, al que se debe llegar creando los mensajes más apropiados, con los medios propicios de difusión y las mejores fuentes para dar la información a ese público. Los mensajes tienen que ser fáciles de comprender, apropiados desde el punto de vista cultural y sobre todo fáciles de recordar. Los públicos clave son:

- Grupos de alto riesgo
- Jóvenes que están por entrar a la pubertad
- Padres de familia
- Maestros
- Empleados de salud
- Medios de información
- Formuladores de política
- Donadores de sangre
- Las personas que presten servicios de planificación familiar y demás personal de Salud.
- Los programas de educación tienen que persuadir a esas personas, informarlas de tal manera que sepan, que a diferencia de muchas enfermedades transmitidas por vía sexual, el SIDA es una afección para la cual no existe cura y es mortal.

Es difícil establecer comunicación con alguna de las personas que presentan riesgo elevado de contraer el SIDA, toxicómanos que se inyectan drogas por vía intravenosa, hombres y mujeres que ejercen la prostitución y sus clientes, y en algunos sectores hombres homosexuales a través de los medios de difusión convencionales, ya que se aíslan principalmente debido a las normas sociales, por lo que no es nada fácil organizar reuniones con estos grupos para orientarlos y ayudarlos.

Es posible que las personas que pertenecen a grupos de alto riesgo no se consideran ellas mismas en esta situación. Por ejemplo, los hombres que mantienen relaciones sexuales ocasionales con otros hombres o las personas que se inyectan drogas pueden no considerarse homosexuales o drogadictos y por lo tanto pueden pensar que no están expuestas a contraer la infección.

Los mensajes que centran más bien en el comportamiento arriesgado y no en los grupos de alto riesgo, pueden llegar a muchas más personas y surtir un efecto mayor.

Muchos relacionan el SIDA con prácticas a menudo consideradas inmorales o ilegales: el homosexualismo, la toxicomanía y la prostitución. En consecuencia, los formuladores de política en muchos países se han negado a prestar su apoyo a programas educativos o de entrega de servicios.

En Estados Unidos por ejemplo los supervisores del Condado de los Angeles, California, descontinuaron la distribución de folletos en los que se advertía a los drogadictos a no compartir jeringas, pues argumentaron que con dichas publicaciones se fomentaba el uso de drogas.

Los anuncios de radio y televisión deben de hacer mención de puntos importantes, utilizando palabras que el público a quien va dirigido el mensaje comprenda, pero que no ofendan a la mayoría de la población adulta educada que no compone dicho público. Existe un gran desconocimiento sobre el SIDA y en la medida que se acumula información quizá habría que modificar algunos mensajes, lo cual podría causar confusión y desconfianza en el público.

Los artistas de nuestro país también pusieron su granito de arena, montando hace un tiempo una obra teatral abarcando el tema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida con el objeto de dar

información y un mensaje de alerta a la población, al igual que en cine se exhibe la película "Juntos para Siempre" que habla sobre la problemática del SIDA hacia una persona infectada por este mal.

3. LA CREACION DEL CONASIDA; Centro Nacional de Información del SIDA.

El 22 de Abril de 1987 se crea el Centro Nacional de Información de SIDA, CONASIDA, como parte medular del programa de educación a la población con respecto al SIDA es uno de los instrumentos primordiales para orientar y apoyar al público en general, así como a la población de alto riesgo para el SIDA.

Es un centro piloto en tanto que constituye la primera iniciativa a nivel nacional dentro de esta área y cuya experiencia sirva de modelo para la multiplicación de estos centros tanto en el Distrito Federal como en el interior del país.

Actualmente en el área metropolitana existen dos centros de CONASIDA, uno ubicado en Flora No. 8 Col. Roma, y el otro en la calle de Comercio y Administración No. 35, Col. Copilco Universidad. Sus objetivos son: apoyar y la prevención del SIDA por medio de la educación al público en general y a la población de alto riesgo, para poder llevar a cabo ésto, el Centro ha requerido establecer comunicación con diversos grupos, determinar sus necesidades, desarrollar una serie de servicios, a través de los cuales se facilita ese proceso educativo. Los servicios que brinda este Centro son: la información, detección de anticuerpos contra el VIH, asesoría para el manejo de los resultados de las pruebas; seguimiento: con el fin de motivar a las personas a continuar su control, además de el seguimiento epidemiológico que se lleva a cabo, se ha comenzado a trabajar ya con grupos de apoyo (para personas seropositivas) dentro del mismo Centro, como ayuda, la población de apoyo maestros, personal de salud, líderes de asociaciones y comunidades civiles.

También el Centro participa en la comunidad, a través de las pláticas que se imparten en las instituciones que las solicitan.

El servicio es totalmente gratuito incluyendo folletos, la prueba, y atención medico-psicológico.

Por otro lado la identidad de la persona es mantenida en el anonimato y los resultados son absolutamente confidenciales.

Para poder cubrir los servicios anteriores, el Centro cuenta con un grupo interdisciplinario integrado por médicos, psicólogos, técnicos laboratoristas, enfermeras así como promotores.

DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:

Diario Oficial. Miércoles 24 de agosto de 1987.

Miguel de la Madrid H. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la Facultad que le confiere el artículo 89 Fracción I, de la Constitución Política y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3 fracción XV, 5, 133 fracciones I y IV, 134, 136, 141 de la Ley General de Salud y considerando que el Art. 4 de la Constitución General de la República, consagra en su tercer párrafo como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y

auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades.

La Ley General de Salud determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación y prevención y control de las enfermedades transmisibles.

La infección por virus de la inmunodeficiencia humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control; con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria.

La inclusión del SIDA en la lista mencionada en el considerando anterior, implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como su prevención y control con el firme propósito de combatirlo. Tomando en cuenta el aumento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, se ha expedido el siguiente Decreto, por el que se crea "El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida:

"ART. 1: Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida CONASIDA cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las

acciones de los sectores público, social y privado tendiente a combatir la epidemia del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

"El Consejo será un Organó Desconcentrado de la Secretaría de Salud y se realizará las funciones a las que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que a través de otras unidades administrativas realice, dicha Secretaría en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales."

"ART. 2: El Organó Desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

"I.- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados.

"II.- Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana.

"III.- Proponer y apoyar la realización de investigaciones en relación al síndrome de la inmunodeficiencia humana.

"IV.- Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

"V.- Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos.

"VI.- Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud.

"VII.- Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

"VIII.- Sugerir medidas de prevención y control del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

"IX.- Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

"X.- Expedir sus bases de organización y funcionamiento.

"XI.- Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto."

"ART. 3: Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

"I.- El Consejo

"II.- El Coordinador General y

"III.- El Patronato."

"ART. 4: El Consejo se integrará por vocales que serán representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal Centralizada que sean invitadas por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, así como por representantes del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" y del Instituto Nacional de Salud Pública.

"El Consejo por conducto de su Presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones y organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del Consejo, así como a representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en sesión correspondiente.

"Cada representante titular designará su respectivo suplente.

"El Consejo contarán con un Secretario de Actas que será designado por el Consejo, a propuesta de su Presidente."

"ART. 5.- El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en sus ausencias, será suplido por el Coordinador General del mismo."

"ART. 6: Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocadas por el Presidente.

"Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del Consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y en caso de empate quien presida tendrá voto de calidad."

"ART. 7: El Consejo tendrá las siguientes facultades:

"I.- Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado.

"II.- Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia y de concertación de acciones con los sectores social y privado.

"III.- Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados.

" IV.- Aprobar y someter al Secretario de Salud, el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

" V.- Someter a las Secretarías de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas.

"VI.- Las demás necesarias para el debido cumplimiento de las atribuciones del Órgano Desconcentrado."

"ART. 8: El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida tendrá las siguientes funciones:

"I.- Presidir las sesiones de Consejo.

"II.- Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas, a la celebración de las sesiones del mismo.

"III.- Proponer a los miembros del Consejo la designación del Secretario de Actas.

"IV.- Invitar a quienes podrán asistir a las sesiones en los términos del artículo 4 de este Decreto.

"ART. 9: El Secretario de Actas auxiliará al Presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones y al efecto tendrá las facultades que le señalen las bases de organización y funcionamiento del Consejo."

"ART. 10: El Coordinador General del Consejo que será designado por el Secretario de Salud, tendrá las facultades siguientes:

"I.- Formular el programa de trabajo del órgano descentralizado y de las áreas a su cargo y presentarlos al consejo para su aprobación:

"II.- Formular los proyectos de programas que permiten el óptimo aprovechamiento de los recursos.

"III.- Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del Consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz, ya sea que su ejecución corresponda al propio órgano o bien a las dependencias, entidades e instituciones participantes en el Consejo.

"IV.- Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el Consejo en coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las dependencias, entidades e instituciones involucradas.

"V.- Presentar periódicamente al Consejo informes de las actividades a su cargo. En el informe y en los documentos de apoyo se cotejarán los objetivos propuestos y los compromisos asumidos con las realizaciones alcanzadas.

"VI.- Coordinar las actividades de los Comités a que se refiere al Artículo II de este Decreto, así como proponer al Consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes.

"VI.- Administrar ya sea directa o indirectamente, los recursos humanos, materiales y financieros que se asignan al Órgano.

"VII.- Las demás que le confiera el Consejo."

"ART. 11: Para el cumplimiento de su objeto, el Consejo contará con los Comités que al efecto establezca.

"La integración de cada uno de los Comités, así como su organización y funcionamiento se sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio Consejo."

"ART. 12.- Las dependencias y entidades que conforme a los previos en el Artículo 4 de este Decreto, formen parte del Consejo como miembros permanentes, deberán:

"I.- Promover la información estadística institucional relativa al objeto del Consejo, de conformidad con los criterios que fije el mismo.

"II.- Hacer del conocimiento del Consejo los proyectos de investigación que realicen o auspicien en relación con el objeto del mismo.

"III.- Proporcionar al Consejo la información a la infraestructura de que dispongan para propiciar la colaboración institucional y el apoyo recíproco para el combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

"IV.- Tomar las medidas necesarias para hacer efectivos los acuerdos y recomendaciones que se tomen en el seno del Consejo."

"ART. 13.- Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que formen parte del Consejo, prestarán el apoyo necesario para el adecuado funcionamiento del órgano desconcentrado."

"ART. 14: El Patronato tendrá las siguientes facultades:

"I.- Apoyar las actividades del Consejo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño.

"II.- Alentar la participación de la comunidad en acciones que desarrolle un órgano.

"III.- Contribuir a la obtención de recursos que permitan un adecuado desarrollo de las funciones del órgano.

"IV.- Proponer al Coordinador General, de conformidad con las políticas y lineamientos que establezca el Consejo, la manera en que pueden ser aplicados los recursos obtenidos por el propio Patronato para ser destinados al combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y en su caso, realizar la administración de dichos recursos.

"V.- Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores."

"ART. 15.- El Patronato estará integrado por un Presidente, un Secretario, un Tesorero y por los Vocales que designe el Consejo entre las personas de reconocida honorabilidad, pertenecientes a los

sectores social y privado o de la comunidad en general, las cuales podrán ser propuestas por el Presidente del Consejo. El Coordinador General participará en las reuniones del Patronato.

ARTICULOS TRANSITORIOS:

"PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación."

"SEGUNDO.- Los miembros del Consejo celebrarán sesión plenaria de integración dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de este Decreto."

"TERCERO.- El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida expedirá dentro de los sesenta días siguientes a la fecha en que se celebre la sesión plenaria de integración, sus bases de organización y funcionamiento.- Miguel de la Madrid H., Pedro Aspe Armella: Secretario de Programación y Presupuesto. Guillermo Soberón Acevedo: Secretario de Salud." (12)

PRINCIPALES MOTIVOS QUE DIERON ORIGEN A CONASIDA:

CONASIDA fue creado con el objeto de evaluar la situación nacional en lo que concierne al SIDA, así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país. Y sobre todo su creación es en respuesta a una solicitud hecha por la Organización Mundial de la Salud a los países miembros, a fin de que constituyeran comités nacionales en cada uno de ellos, que coordinarán todos los esfuerzos en la lucha contra el SIDA.

- ORGANIZACION Y FUNCIONES DE CONASIDA: Las acciones de este Comité se distribuyen en Subcomités:

- SUBCOMITE DE LA EDUCACION PARA LA SALUD: Las funciones del subcomité, son la elaboración de la estrategia de comunicación social para el público en general, poblaciones de alto riesgo y personal de la salud. Esto abarca la producción de impresos para el público en general, programas de radio y televisión, boletines de prensa, folletos, impresos y audiovisuales para capacitación del personal de salud.

- SUBCOMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION.

Las principales funciones de este subcomité se refiere a las actividades de vigilancia epidemiológica, edición de Boletines que edita mensualmente el Sector Salud sobre el SIDA, la realización de cursos de capacitación, encuestas seroepidemiológicas en grupos de alto riesgo, encuestas de conocimiento actitudes y prácticas sobre el SIDA y sus medidas preventivas, encuestas para establecer el impacto de estrategias de educación, instalación y funcionamiento del Centro Nacional de Información sobre el SIDA, y procesamiento de muestras VIH de la Encuesta Nacional Seroepidemiológica.

- SUBCOMITE DE BANCOS DE SANGRE:

Las funciones principales incluyen la detección de donadores seropositivos, el diagnóstico previo para la instalación de puestos de excepción de donación altruista, la capacitación y adiestramiento en servicio del personal de laboratorio, y hospitales de SSA para realizar las pruebas de laboratorio, la supervisión de bancos de sangre, plasma y servicios de transfusión, el acuerdo con la Cruz Roja

para definir puestos de transfusión y la instalación de los puestos de donación altruista de sangre de la Cruz Roja con apoyo de la Secretaría de Salud.

- SUBCOMITE CLINICO-TERAPEUTICO:

Las funciones principales de este subcomité incluyen los proyectos de evaluación clínico terapéutico de medicamentos en investigación, el desarrollo de la clínica de SIDA.

- SUBCOMITE DE ASPECTOS JURIDICOS:

Este subcomité es de reciente creación y llevan a cabo Congresos en donde asisten representantes de todos los Subcomités, tratando de organizar el funcionamiento del Subcomité Legal para que empiece a funcionar.

- CRIDIS: Centro Regional de Intercambio, Documentación e información sobre SIDA:

Es otro de los Centros creados por CONASIDA con el propósito de promover el intercambio de información sobre las diferentes áreas relacionadas con el problema de SIDA y de proporcionar a investigadores y personas interesadas, información sobre este tema se encuentra situado en el Distrito Federal en la calle de Comercio y Administración No. 35 Col. Copilco Universidad. El CRIDIS fue creado en enero de 1988, en respuesta a la necesidad de intercambiar experiencias en relación a las distintas estrategias de educación y prevención que han sido implementadas en los países que abarca: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua Costa Rica, México y los Hispanoparlantes de la frontera con Estados Unidos y ante la creciente demanda de información por parte de funcionarios a cargo de programas relacionados con el problema, investigadores y estudiantes. Para favorecer el intercambio se celebrarán reuniones regionales periódicas donde se

discutan los resultados de los programas puestos en marcha. "CRIDIS cuenta con un acervo de material biomédico, educativo y periodístico, también con una terminal conectada al sistema MEDLARS" [13] y publica mensualmente un boletín bibliohemerográfico en colaboración con el centro nacional de información y documentación en salud, que contiene las referencias que mensualmente se adicionan a dicho sistema, el sistema IMLA (Index Medicus Latinoamericano) y referencia de documentos convencionales y no convencionales recuperados por el propio CRIDIS.

Publica semestralmente la Gaceta CONASIDA, órgano informativo dirigido a personas con un nivel de escolaridad medio superior, no especialistas en el área médica.

Brinda, además apoyo a otras publicaciones como SIDA boletín Epidemiológico Mensual que publica la dirección general de Epidemiología.

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DEL SIDA (CRIDIS)

El Centro Nacional de Información del SIDA es un organismo que depende del Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) junto con su Comité Técnico.

Publica semestralmente la Gaceta CONASIDA, órgano informativo dirigido a personas con un nivel de escolaridad medio superior, no especialistas en el área médica.

[13] MEDLARS: Medical Literature Analysis and Retrieval System

Brinda, además apoyo a otras publicaciones como SIDA boletín Epidemiológico Mensual que publica la dirección general de Epidemiología.

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DEL SIDA: (CRIDISI)

El Centro Nacional de Información del SIDA es un organismo que depende del Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) junto con su Comité Técnico.

Está en relación permanente con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, a donde envía las muestras de sangre de las pruebas de detección para su análisis y con el Instituto Nacional de Nutrición, el Centro Médico la Raza, y demás instituciones del Sector Salud, a donde derivan los pacientes para su tratamiento en caso de ser necesario. El Centro Nacional de Información del SIDA se compone de dos coordinaciones: una médica y otra psicológica.

La coordinación médica se encarga de dar la consulta médica, pláticas a la población y el seguimiento en laboratorio.

El 21 de abril de 1987 la Secretaría de Salud puso a disposición de la comunidad, un teléfono para que pueda llamar cualquier persona que quiera información sobre el SIDA. Ese mismo día el teléfono recibió 161 llamadas y al hacerse entrega de la casa de Flora No. 8, empezó a funcionar el Centro Nacional de Información del SIDA. (TELSIDA)

El Centro atiende a la población en general, a grupos que tienen prácticas de alto riesgo (homosexuales, bisexuales, prostitutas), a infectados, hemofílicos, quienes con frecuencia necesitan hacerse transfusiones sanguíneas.

Antes de realizar propiamente la prueba de detección para saber si una persona ha contraído el virus (análisis de sangre denominado prueba de ELISA) se hace un trabajo de carácter psicológico para que la persona se sienta apoyada, es decir, se le da un manejo integral a su problema, tanto psicológico como físico. Esta atención se da en forma gratuita y respetando siempre el anonimato. El diagnóstico es confidencial y lo comunican en una entrevista personal, cabe mencionar que se ha capacitado como promotores a varios integrantes de estos mismos grupos, para que puedan trabajar con los miembros de su propia comunidad. En caso de que el resultado de prueba de detección sea negativo, se invita a las personas que tienen prácticas de alto riesgo a regresar cada tres meses para desarrollar una labor preventiva.

El propósito del Centro es básicamente apoyar las campañas de educación que se difunden en México a todos los niveles, sobre la base de una relación cara a cara, que es la que mejor ha funcionado en el caso de las personas que quieren saber si han contraído el virus y especialmente cuando tratan de afrontar la enfermedad.

Esta forma de acercarse al problema se sustenta también en otra idea: que el individuo es un ser relacionado con un medio por lo tanto, después de ser atendido por separado, se considera la relación con su pareja, con su familia, su trabajo y la sociedad que le rodea. El objeto no es aislar a la persona, si no darles el apoyo necesario.

Diariamente el Centro Nacional de Información del SIDA atiende aproximadamente a 400 individuos con demandas muy diversas por lo que resulta insuficientes las 24 personas que colaborarán con el Centro. Entre las prostitutas el Centro ha desempeñado una importante tarea con el propósito de crear un grupo con prácticas de alto riesgo, que forme promotoras para su propia comunidad.

De igual manera se ha coordinado con delegaciones, jueces delegacionales, cárceles, y policías, para realizar una amplia promoción preventiva en todos los lugares donde viven los grupos que realizan prácticas de alto riesgo.

Actualmente el 50% de las actividades del Centro consiste en brindar informes generales, y el otro 50 en ofrecer orientación y consulta. Cabe mencionar algo muy importante, este Centro, para quienes se han quedado sin empleo, por haber contraído la enfermedad, se están preparando talleres de trabajo alternativo, por ejemplo, a fin de que encuentren una forma de subsistencia. Por lo pronto lo que más interesa es abrir nuevos centros de información, en donde los Comités Estatales de Prevención del SIDA (COESIDAS) y se están poniendo en marcha otros más.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3 fracción IX, 13 fracción I, 14, 134, 139 y 140 de la Ley General de Salud; 43, 48 y 52 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y 19 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se emitió la norma Técnica No. 324 para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida.

CAPITULO I

Disposiciones Generales:

"ART. I: Las disposiciones de esta norma técnica son de orden público e interés social y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en virtud de que constituye por su magnitud y trascendencia un grave problema de salud pública."

"ART. 2.- Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su aplicación y vigilancia corresponde a la Secretaría de Salud."

"ART. 3.- La infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2 y se transmite de la manera siguiente:

"1.- Por contacto sexual

"2.- A través de la sangre y sus componentes

"3.- Por uso de agujas contaminadas.

"4.- Durante el período perinatal y

"5.- Por trasplante de órganos y tejidos"

"ART. 4: Para efectos de esta norma técnica se entenderá por:

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:"

"ART 5.- Los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH son los siguientes:

"A.- Con prácticas de alto riesgo:

ESTA LEY NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

"I.- Homosexuales masculinos con varios compañeros sexuales

"II.- Bisexuales masculinos con varios compañeros sexuales

"III.- Heterosexuales con varios compañeros sexuales

"IV.- Farmacodependencia por vía intravenosa

"B.- De alto riesgo:

"I.- Hemofílicos

"II.- Compañeros sexuales de los individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere el inciso A y las fracciones I y II del inciso B de este artículo.

"III.- Politransfundidos a partir del año de 1980 y:

"IV.- Hijos nacidos a partir del año de 1980, de individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere este artículo."

"ART. 6: La infección por VIH presentadas las variedades clínicas siguientes:

"I.- Infección aguda

"II.- Infección asintomática

"III.- Linfadenopatía generalizada persistente, y

"IV.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

"ART. 7.- Los sujetos en estudio de infección VIH se clasifica de la manera siguiente:

"I.- Infectados probables: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas de tamizaje.

"II.- Infectados comprobados: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas confirmadas."

CAPITULO II

Medidas de Prevención:

"ART. 8: La prevención de la infección por VIH se debe realizar tanto en la comunidad como en los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y entre el personal de salud.."

"ART. 9: Las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en la comunidad son las siguientes:

"I.- Información respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH.

"II.- Información respecto a los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH.

"III.- Información a los acupunturistas, aplicadores de inyecciones, trabajadores de peluquerías, salones de belleza y pedicuro, tatuajistas y similares, sobre la necesidad de esterilizar los instrumentos punzocortantes que utilicen."

"ART. 10: Las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en los grupos con alta probabilidad de adquirirla, son las siguientes:

"I.- Informar sobre la conveniencia de:

"- Evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros

"- Usar preservativo

"- Evitar la donación de sangre, órganos y tejidos

"- Practicarse pruebas de detección de anticuerpos para el VIH

"- Evitar el embarazo

"II.- Informar sobre la sintomatología de la infección por VIH y en su caso sobre la importancia de solicitar inmediatamente atención médica."

"ART. 11: Las medidas fundamentales que se deben adoptar para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud que tenga contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos y cadáveres humanos así como con los sujetos infectados son las siguientes:

*I.- Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH y;

*II.- Cumplir con las prescripciones siguientes:

- Lavado de manos inmediatamente después de haber tenido contacto con material potencialmente infectado.

- No introducir la aguja en el protector después de utilizarla sino depositarla en un recipiente rígido.

- Uso de cubrebocas, guantes, botas quirúrgicas, mandil y en su caso gafas protectoras dependiendo de la actividad del personal.

- Identificación de equipo, material y ropa probablemente contaminados para ser desinfectados, esterilizados y destruidos, según el caso;

- Identificación de líquidos corporales excretos, tejidos y cadáveres potencialmente infectados.

- Limpieza con hipoclorito de sodio al 0.5% con otros desinfectantes de las superficies potencialmente contaminadas.

- Uso de tarjeta con pacientes hospitalizados con infección por VIH en la que señale

"PRECAUCIONES PARA SANGRE O LIQUIDOS CORPORALES".

"- Incineración de tejidos provenientes de personas infectadas o probablemente infectadas por VIH y el material quirúrgico desechable que se empleó en su estudio y tratamiento."

"ART. 12: En caso de probable exposición al VIH por el personal de salud por contacto con sangre del paciente, con laceraciones de la piel de las mucosas a través de piquete o cortaduras se deberá realizar inmediatamente después del accidente de investigación de anticuerpos específicos y repetirse a los 3, 6 y 12 meses, diagnosticándose como caso de infección ocupacional, aquel que demuestre seroconversión durante este período.

"ART. 13: Para la prevención de la infección por VIH en la disposición de sangre humana y sus componentes, así como órganos y tejidos humanos, además de la aplicación de las medidas de los arts. 10 y 11 de esta norma técnica que procedan, se deberán observar las siguientes:

"I.- Excluir como donantes originarios a los individuos de los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH.

"II.- Detectar la presencia de anticuerpos de VIH por pruebas de tamizaje en los donantes originarios.

"III.- Exclusión como donantes originarios de los individuos con una prueba de tamizaje positiva;

"IV.- Destrucción de la sangre y sus componentes, así como de los órganos y tejidos provenientes de individuos con una prueba de tamizaje positiva."

CAPITULO III

MEDIDAS DE CONTROL:

*ART. 14.- El control del paciente con VIH en sus diferentes variantes clínicas comprende las actividades siguientes:

*I.- Detección y diagnóstico

*II.- Manejo y tratamiento

*III.- Notificación y;

*IV.- Investigación y manejo de los contactos.

*ART. 15.- La detección y el diagnóstico del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades clínicas se lleva a cabo con los datos siguientes:

*I.- Antecedentes de pertenecer a alguno de los grupos que se consideran en el art. 5 de esta norma técnica.

*II.- Cuadros clínicos

*A.- Infección aguda: fiebre, adenopatías, exantema, odinofagia o meningismo de dos a seis semanas de duración que se presentan de dos a ocho semanas después de la exposición al VIH, y en la que se documenta sintomática.

*B.- Infección asintomática

*C.- Linfadenopatía generalizada persistente: adenomegalia en dos o más regiones, excluyendo las inguinales con ganglios mayores de tres meses y,

*D.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

*- Síndrome de desgaste (fiebre, diarreas y pérdidas de peso, de más de un mes de duración)

*- Infección oportunista o neoplasia que indique inmunodeficiencia celular, en ausencia de alguna otra circunstancia que la explique,

*- Encefalitis, mielopatía o neuropatía periférica

*III.- Estudios de laboratorio:

*A.- Prueba de tamizaje: Presencia de anticuerpos antivirales de inmunodeficiencia humana en el suero demostrados por los procedimientos siguientes:

*- Ensayo Inmunoenzimático (ELISA)

*- Hemaglutinación pasiva y

*- Otras técnicas.

*B.- Pruebas confirmatorias:

*- Presencia de anticuerpos anti-VIH en el suero, demostrados por los procedimientos siguientes:

*- Inmunoelctrotransferencia (prueba de WESTERN BLOT)

*- Inmunofluorescencia

*- Radioinmunoprecipitación

*- Determinación de antígenos o cultivo del virus

"Para el diagnóstico de infección aguda, infección asintomática y linfadenopatía generalizada persistente, es indispensable el resultado positivo de alguna de las pruebas confirmatorias."

"ART. 16.- El manejo del paciente con infección por VIH en sus diferentes variantes clínicas se lleva a cabo en el sujeto infectado comprobado y de la manera siguiente:

"I.- Informándole sobre el diagnóstico de su infección por VIH y de la variedad clínica los mecanismos de transmisión, las formas de prevención y la evolución clínica lo cual deberá hacerse de manera confidencial y directa, excepto en casos de incapacidad física o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano.

"II.- Educándolo para que se realice las acciones siguientes:

"A.- Informar de su infección a compañeros sexuales, médicos y dentistas.

"B.- Evitar múltiples compañeros sexuales

"C.- Usar preservativo

"D.- No donar sangre, órganos y tejidos

***E.- Evitar el embarazo y la lactancia**

***F.- No compartir agujas y utensilios punzocortantes de uso personal, y;**

***G.- Solicitar atención médica inmediata en caso de sintomatología.**

***III.- Proporcionándole, tanto a él como a sus familiares y convivientes, apoyo psicológico que les permita entender y aceptar la gravedad, letalidad y contagiosidad del padecimiento.**

"Respecto del sujeto infectado probable, el manejo se lleva a cabo informándole de la necesidad de realizar su seguimiento clínico de laboratorio."

"ART. 17.- El tratamiento del paciente con infección por VIH se lleva a cabo en forma ambulatoria cuando se trata de infección aguda, infección asintomática, linfadenopatía generalizada persistente o SIDA con buen estado general; cuando el SIDA se presente con infecciones oportunistas graves, neoplasias avanzadas, síndromes neurológicos graves o ataque importante al estado general, el paciente deberá hospitalizarse para su tratamiento."

"ART. 18.- El tratamiento del paciente, según la variedad clínica de que se trate se realiza prescribiendo:

***I.- En caso de infección aguda y de linfadenopatía, generalizada persistente, tratamiento sintomático y medidas higiénico dietéticas.**

***II.- En caso de SIDA con infecciones oportunistas:**

***A.- Candidiasis bucofaríngea, Ketoconazol o Nistatina, bucal.**

***B.- Candidiasis generalizada o Criptococosis, Anfoterina B endovenosa.**

"C.- Neumonía por *Pneumocystis carinii*; Trimetoprim con Sulfametoxazol endovenoso.

"III.- En caso de SIDA con Sarcoma de Kaposi y otras neoplasias administrando quioterapia por medio especialista."

"ART. 19.- El tratamiento etiológico de la infección por VIH sólo se podrá llevar a cabo mediante protocolos de investigación aprobados por los Comités de Investigaciones y de Ética de la Institución de tal salud, de conformidad con los criterios que al efecto determine la Secretaría de Salud, en los términos de la Ley General de Salud y sus reglamentos."

"ART. 20.- En los términos de lo dispuesto por la Ley General de Salud es obligatoria la notificación o aviso inmediato a la autoridad sanitaria más cercana de los casos de sujetos infectados comprobados por VIH o casos de SIDA.

"La notificación o aviso se hará en los formatos aprobados por la Secretaría de Salud, independientemente de los utilizados por cada institución y de acuerdo a los procedimientos que establece la norma técnica No. 25 para la Información Epidemiológica publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1986."

"ART. 21.- Se consideran casos de infección por VIH para fines de notificación o aviso aquellos en los que el paciente presenta.

"I.- Alguna infección oportunista o neoplasia sugestiva de inmunodeficiencia celular, que haya sido diagnosticado en forma confiable y que además se haya descartado otra causa de inmunodeficiencia;

"II.- Encefalopatía por VIH con prueba confirmatoria positiva.

"III.- Síndrome de desgaste con prueba confirmatoria positiva.

***ART. 22.-** La investigación de las fuentes de infección y de los contactos se lleva a cabo en los sujetos infectados comprobados por VIH y en los casos de SIDA previo consentimiento del paciente y comprende las acciones siguientes:

*I.- Estudio de los contactos sexuales a partir de 1980

*II- Estudio de quienes le hayan donado y a quienes haya donado sangre, órganos y tejidos a partir de 1980.

***ART. 23:** El manejo de los contactos se lleva a cabo realizando prueba de detección de anticuerpos para el VIH y se procede de acuerdo como se indica en el CAPITULO III de esta norma técnica.

Esta norma técnica es otra de las medidas adoptadas por la Secretaría de Salud para el control y erradicación del SIDA en nuestro país.

DIA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA:

En nuestro país los niveles de propagación del SIDA ha rebasado los criterios previstos. El análisis de los últimos registros revela que en los meses anteriores ha aumentado la velocidad de diseminación del VIH, en el que cada día se incrementa el número de personas enfermas.

No sólo estamos ante una enfermedad con 10,000 casos reportados en nuestro país, sino que se sabe de la existencia de un subregistro tanto de enfermos como de individuos infectados, los cuales aún no presentan ningún síntoma.

"Se calcula que por cada caso registrado existen entre 50 y 100 personas infectadas."

Como respuestas a este panorama, las autoridades responsables intensificaron las campañas de orientación, información de el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Una de las principales medidas adoptadas fue la elección de un día del año dedicado especialmente a conjuntar los esfuerzos para informar y educar a la población por parte de las instituciones médicas y el personal especializado.

El pasado 27 de julio, día nacional de información sobre el SIDA, en todos los Estados de la República Mexicana y en cada una de las Delegaciones Políticas del D.F. se llevaron a cabo conferencias, entrevistas y mesas redondas en torno a este problema.

"El SIDA se convirtió en el centro de atención de la mayoría de la población, y hasta en los lugares más recónditos del país llegaron panfletos, folletos y carteles con sencillas explicaciones. En las comunidades rurales se improvisaron auditorios en pequeños consultorios, salones de escuelas y hasta en oficinas de los palacios municipales. Toda persona que lo solicitó recibió orientación gratuita sobre las técnicas de prevención y detección de esta enfermedad."

Simultáneamente, desde las primeras horas de la mañana diversos grupos de expertos en el tema acudieron a las diferentes estaciones de radio y canales de televisión para dar a conocer el estado actual del SIDA en México y el mundo.

Los principales noticieros y programas de difusión masiva abrieron un espacio a la presentación de personalidades del ámbito médico, quienes en forma clara y directa respondieron a todas las preguntas del auditorio.

Cabe destacar que la campaña de divulgación programada para el DIA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA fue organizada por el CONASIDA en colaboración con la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y el DIF.

Desde el período de 1985-1986 la Secretaría de Salud impulsó una primera estrategia educativa sobre el VIH dirigida a los grupos con prácticas de alto riesgo.

Después se amplió la cobertura para llegar al público en general, pues cualquier persona es susceptible a contraer la infección si no toma las precauciones necesarias. Fue así como CONASIDA se apoyó en los medios masivos impresos y audiovisuales para divulgar un plan de información enfocado a tres puntos básicamente:

- 1.- Combatir los mitos originados en torno al virus,
- 2.- Dar a conocer las vías de transmisión,
- 3.- Educar sobre las formas de prevención.

En la reunión de Ministros de Salud efectuada en Londres en enero de 1988 se hizo la siguiente declaración: "Considerando la ausencia de una vacuna para el SIDA, el componente más importante de los programas nacionales para combatirlo: es la información y la educación, ya que su contagio puede prevenirse con una nación bien informada y con el comportamiento responsable de sus ciudadanos".

Al surgir la necesidad de crear conciencia sobre la magnitud del problema se acordó designar al Primero de Diciembre como el DIA MUNDIAL DEL SIDA. A partir de este momento todos los países asumieron el compromiso de impulsar campañas informativas.

La campaña educativa del DIA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA sirvió para concentrar la atención del público en mensajes directos y prácticas relacionados con este tema de interés mundial. Las estrategias de difusión tuvieron mucha resonancia y efectividad porque se apoyaron en diversos mecanismos para hacerlas accesibles a todos los sectores de la sociedad.

Fue de gran impacto recurrir a actores y deportistas para difundir mensajes sobre el VIH debido a la enorme influencia que tienen como líderes de opinión.

Al igual que otros días nacionales como los de vacunación el 27 de julio creó conciencia entre los individuos en cuanto a la necesidad de evitar que el contagio alcance mayores dimensiones.

Los mensajes se adecúan al nivel educativo del grupo al que se dirigen y ello ha hecho posible establecer verdaderos vínculos de comunicación en zonas alejadas de centros educativos, en donde se llevan a cabo pláticas reforzadas con exhibiciones de cine rural.

Lo más importante que dejó el "DIA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE EL SIDA", fue la sensibilización y concientización de que la enfermedad no es un problema ajeno a ninguno de nosotros.

Directa o indirectamente nos veremos afectados por sus repercusiones médicas, sociales, económicas, jurídicas, políticas y culturales.

Sin embargo, un día de trabajo no es suficiente para aclarar todas las dudas. Es aquí donde cobra especial importancia subrayar: El SIDA se puede prevenir con educación y responsabilidad.

LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS QUE SE HAN FORMADO PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA EN MEXICO.

Si se considera la ausencia actual de una vacuna para el SIDA, así como de un tratamiento curativo, el único y más importante recurso de los programas nacionales del SIDA es la información y la educación, ya que la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede prevenirse con una nación bien informada y con el comportamiento responsable de sus ciudadanos.

La sociedad mexicana a este respecto ha presentado una respuesta social organizada proveniente de múltiples grupos, tanto públicos como privados y es con su intervención que se logrará un avance para detener la diseminación de esta enfermedad.

Las actividades educativas de algunas de estas asociaciones se han dirigido hacia aquellas personas con prácticas o conductas que las pueden poner en riesgo de adquirir la infección.

En nuestro país la mayor proporción de casos se asocia con la transmisión sexual en varones homosexuales y bisexuales.

Entre las agrupaciones que han orientado sus esfuerzos en este sentido se encuentran las siguientes:

- Fundación Mexicana de la Lucha contra el SIDA

- Colectivo Sol

- Red Utopista de Información, Intercambio y Debate Homosexuales (RUIDHO).

- Grupo Nueva Batalla
- Grilla Gay
- Amigos Voluntarios Educadores
- Grupos de Acción Civil en Lucha contra el SIDA
- Círculo Cultural Gay
- Grupo Universidad
- Brigada en Campaña contra el SIDA (Comisión Promotora del Comité de Madres, Familiares e involucrados contra el SIDA)
- Grupo Cálamo y Seropositivos Anónimos

Todas estas agrupaciones se encuentran agrupadas en el Distrito Federal.

En provincia se han formado también múltiples asociaciones.

En Guadalajara trabajan el grupo Orgullo Homosexual Liberación (GOHL), El grupo Azomalli y el Centro de Apoyo a la Comunidad Gay, A.C.

En Tijuana están el grupo YO y el proyecto SIDA de Tijuana.

Por otro lado, quienes se dedican a la prostitución, sin llegar a formar asociaciones, se han integrado a las actividades de los Centros de Información CONASIDA.

Otra forma de organización grupal se ha dirigido hacia sujetos que si bien no han demostrado signos de infección por el VIH, sus hábitos, edad u otras características los ponen en alto riesgo de exponerse a la infección. En esta situación puede situarse a adolescentes y jóvenes, a obreros y empleados.

En Monterrey ABRAZO, A.C. Comité Ciudadano de Lucha contra el SIDA.- Formada por sacerdotes, médicos, amas de casa, monjas, poetas sociólogos y ecologistas. Para canalizar oportunamente los auxilios médicos.

En Veracruz-CONVERSIDA.- En 1988 un grupo de profesionales de la Salud formaron este grupo para brindar apoyo, atención y orientación a las personas que presentan el padecimiento del SIDA.

En algunos casos se han formado grupos cuya actividad orienta exclusivamente a la lucha contra el SIDA, otras asociaciones como el Centro de Apoyo a la Mujer Violada, la Coordinación Nacional de Lesbianas, el grupo de Alcohólicos y Homosexuales y a participar en los programas generales de prevención.

Una de las estrategias han sido dirigir las campañas educativas hacia organismos que pueden tener influencia sobre adolescentes, jóvenes y en general sobre aquellos que son susceptibles de adquirir la infección. Una de las actividades principales ha sido el entrenamiento a capacitadores. Las instituciones que se han interesado por esta estrategia han sido, por ejemplo el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), la Universidad Pedagógica, MEXPAM, el Banco COMERMEX, Cementos Cruz Azul, personal de salud de diferentes órganos de seguridad social (IMSS), (ISSSTE), SINDICATOS (Spicer, Pronósticos Deportivos), así como diferentes delegaciones políticas e instituciones estatales y paraestatales (PEMEX, Secretaría de Trabajo, Comisión Federal de Electricidad).

Niños y SIDA

¿Cómo adquieren el SIDA los niños?

Con el inicio de la epidemia del SIDA, la amenaza contra los infantes y niños pequeños apenas se percibía, debido a la asociación del SIDA con la actividad sexual de varones homosexuales y el uso de drogas intravenosas.

Los temores iniciales referentes al SIDA y los niños se concentraban en los riesgos asociados con el uso de agujas hipodérmicas y transfusiones sanguíneas, en las campañas de inmunización y tratamientos hospitalarios. Los primeros casos que atrajeron la atención del público sobre el SIDA en niños fueron casos hemofílicos y quirúrgicos, por el uso de sangre contaminada. Estos temores dieron como resultado la esterilización minuciosa de equipo médico, especialmente cuando se utiliza para inmunización, y la introducción de medidas para asegurar el suministro de sangre no contaminada en los países en vías de desarrollo. Si bien la vigilancia de estas áreas sigue siendo una prioridad en la lucha contra el SIDA, la preocupación por la salud del niño pequeño ha dirigido su enfoque principal hacia la transmisión materno-infantil.

A mediados de la década de los ochenta, la infección por el VIH empezó a aparecer en niños muy pequeños, por lo que evidenció la transmisión de madres infectadas a su producto durante el embarazo, in utero, durante el parto y, en casos muy raros, a través de la leche materna. Estudios en madres infectadas por VIH en todo el mundo confirman índices de VIH en neonatos, que varían de 25 a 40%, mostrando un riesgo mayor entre madres con infección por VIH avanzada. Los expertos están convencidos ahora de que casi todas las infecciones causadas por VIH en niños pequeños son de origen perinatal.

Así, la amenaza del SIDA para los niños pequeños esta íntimamente relacionada con infección por VIH en las mujeres. Esto es causa de gran alarma, debido a que en todo el mundo aumentan los casos de SIDA en mujeres de 15 a 49 años de edad.

En Europa y en Estados Unidos, los niños que nacen ya infectados por el VIH son en su mayoría hijos de usuarios de drogas intravenosas o de sus parejas. En los países industrializados, los hombres homosexuales superan con mucho el número de mujeres con SIDA, siendo el lactante con SIDA relativamente raro. Pero en los países en vías de desarrollo, en donde residen tres cuartas partes de los dos millones de mujeres infectadas por el VIH, es frecuente que nazca un producto infectado por VIH de la unión conyugal que ha menudo desconoce que esta infectada. Algunos pueden ser hijos de relaciones ocasionales, resultado del comercio sexual. Pero la gran mayoría es concebida por padres que cumplen la natural necesidad humana de intimar físicamente, del amor y la procreación.

La OMS estima que para el año 2000 habrá alrededor de seis millones de casos de adultos con SIDA.

A medida que avanza la década de los noventa y aumenta el número de las mujeres infectadas por VIH que se embarazan, habrá un número cada vez mayor de niños con SIDA. En algunos países Africanos y del Caribe, 10% del número de casos de SIDA es de niños menores de 5 años. Al desarrollarse nuevos focos de infección, no sólo en África y en las Américas, sino en Asia también, aumentará el impacto en los niños.

CAPITULO IV.- LA NORMATIVIDAD JURIDICA EN MEXICO EN RELACION CON EL ENFERMO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

Como ya se especificó en los capítulos anteriores, el SIDA tarda en evolucionar en el ser humano en un lapso regular de 5 a 10 años, sin embargo desde que la persona es detectada como seropositiva, ésta se ve afectada en diferentes aspectos.

En este sentido, ningún problema de salud ha originado tanto interés pues a sólo una década de la aparición de esta enfermedad, en México ya representa un problema de Salud Pública con amplias dimensiones, hoy día se puede afirmar que el SIDA es una enfermedad mortal e incurable, que se concentra en individuos de edad productiva, aunque cada vez más se presenta en adolescentes y niños, lo que amenaza continuamente con un crecimiento sostenido y amortiguado, es así que "los medios masivos de comunicación al mencionar la palabra SIDA se ha convertido en sinónimo de temor y muerte. Por lo que se ha planteado la necesidad de modificar actitudes, siendo indispensable abordarlo en aspectos como el biológico, psicológico, económico, social, ético, moral y legal." [14]

Desde el punto de vista jurídico, en nuestro país se han presentado varios avances generados por las necesidades que la enfermedad ha planteado como: proscribir la comercialización de sangre, y la obligatoriedad de notificar los casos de SIDA. Como en el caso de cualquier otro problema, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuente enfermedad, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA); han tenido también su lado positivo al poner en tela de juicio principios y conceptos médicos, morales, sociales, éticos y jurídicos, que empezaban a convertirse en dogmas y que al tener que ser nuevamente revisados, han condicionado grandes avances en

[14] COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.-"SIDA VIH"Editorial Comisión Nacional de Derechos Humanos, México,D.F.1992,pag.4-6

todos estos aspectos del conocimiento humano, a nivel mundial. En función del propósito de este documento, que es analizar el VIH/SIDA desde el punto de vista jurídico, se describirán inicialmente los principales conceptos legales que deben ser tomados en cuenta para abordar el problema, para posteriormente comentar algunas particularidades de la legislación mexicana vigente, que actualmente son objeto de estudio para decidir si son necesarios algunos cambios.

PRINCIPIOS GENERALES

En primer lugar, no debe olvidarse que la legislación, es siempre un medio y nunca un objetivo en sí misma. Esto implica que al legislar es necesario tomar en cuenta todo el contexto de un país: factores culturales y religiosos, aspectos sociales, niveles educativos, recursos financieros, tradiciones y política, son algunos de los elementos más importantes que deben ser considerados para desarrollar adecuadamente esta tarea. Por otra parte, aunque estos elementos explican los diferentes tipos de legislación que existen en el mundo; en el área de la salud se puede afirmar que todos ellos tienen dos objetivos básicos: promover y mejorar el nivel de salud individual y colectivo; así como proteger y encontrar el equilibrio entre los derechos humanos de la sociedad con los del individuo; de tal manera que de acuerdo a estos antecedentes se puede considerar que hay seis principios comunes que deberían normar cualquier acto legislativo mismos que se describen a continuación:

a) Igualdad ante la ley. Los derechos y obligaciones deben ser similares para todos los individuos.

b) Relevancia. Sólo debe legislarse en los casos en que sea absolutamente necesario hacerlo, para evitar elaborar reglas que se hagan obsoletas en corto tiempo o que se refieran a cuestiones intrascendentes.

c) *Equilibrio*. Cualquier medida normativa debe tener una relación justa entre las limitaciones a los derechos humanos individuales y las ventajas sociales que potencialmente representaría su aplicación.

d) *Efectividad*. Aunque éste es uno de los aspectos menos considerados durante la elaboración de cualquier normatividad, sus posibilidades reales de contribuir a modificar o prevenir una conducta es algo que debe ser analizado "a priori" para garantizar la utilidad de las medidas legislativas en la práctica.

e) *Factibilidad*. Esta es otra característica esencial que no debe olvidarse durante la etapa de diseño de cualquier norma, ya que la existencia de problemas que impiden o dificultan su aplicación con frecuencia constituye una limitante que, de no tomarse en cuenta, la convierte en algo inútil en realidad.

f) *Aceptación Social*. Además de los anteriores cinco conceptos, las características tan particulares del VIH/SIDA hacen imperativo que se toma en cuenta lo que la sociedad puede considerar como aceptable o no, en cuanto a las normas que rigen su conducta.

Todos estos principios tienen también un ámbito de aplicación basado en una serie de valores que reflejan el carácter moral esencial en el que deben ser tomadas las decisiones políticas relativas a la salud. Los cuatro principales valores son los siguientes:

- *Respeto a la persona*: constituye uno de los principales derechos humanos y se refiere al respeto de la dignidad, autonomía e intereses individuales, con la única limitante de no lesionar los de la colectividad.

- *Justicia*: el respeto a las personas debe ser similar en todos los casos para que realmente exista valor en ese respeto.
- *Beneficencia*: es la constante búsqueda de aliviar el sufrimiento de satisfacer las necesidades y de enaltecer la condición humana, que puede verse también como el viejo principio hipocrático de "no dañar".
- *Responsabilidad*: otro de los derechos humanos esenciales es el respeto a la autonomía de cualquier persona para tomar decisiones relativas a su salud, con todas las consecuencias implícitas en dichas decisiones.

Estos principios generales recién descritos constituyen el marco de referencia en el que, desde un punto de vista ideal, debería ser elaborada toda la legislación concerniente al VIH/SIDA; tarea que, como resulta evidente, requiere de un amplio conocimiento de todas las características de este tema tan complejo, así como de un abordaje interdisciplinario en el que intervengan todos los profesionales que puedan aportar opiniones y contribuciones realmente valiosas y trascendentes.

El impulso al desarrollo de la familia fue entre otros razonamientos expuestos, lo que llevó al Ejecutivo Federal a proponer la edición de todas estas medidas, con el objetivo final de mejorar las condiciones sanitarias del ambiente e impulsar la administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

Bajo el Título de Sistema Nacional de Salud se ha constituido un organismo del que forman parte varias dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y local, al igual que grupos de personas físicas y morales de los sectores social y privado. La planeación, organización y

funcionamiento del sistema se rige por la Ley General de Salud, así como por disposiciones reglamentarias y accesorias cuyo cumplimiento corresponde a la Secretaría de Salud.

Esta adición es de vital importancia para este grave problema de salud pública, como lo es el SIDA ya que con estos propósitos constitucionales, se trata de proporcionar los servicios de salud a toda la población con atención prioritaria de los problemas sanitarios y las situaciones, que pueden causar algún daño a la Salud.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos formada el 28 de enero de 1992, conforme al artículo 102 de nuestra Constitución acentúa sobre los derechos de los infectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida reiterando el contenido de los siguientes artículos:

El "artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta constitución las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

El "artículo 3o. La educación que imparta el Estado, Federación, Estados, Municipios, tendrá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia.."

En el "artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la constitución..."

En el "artículo 5o. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernamental, dictada en los términos que marque la Ley, cuando se ofenda los derechos de la sociedad..."

"6o. - La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito, o perturbe el orden público; el derecho a la información será garantizado por el Estado."

"9o.- No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito, pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar ..."

"11o.- Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país."

"16o.- Nadie podrá ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles y posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. No podrá librarse ninguna orden de aprehensión o detención, sino por la autoridad

judicial, sin que preceda denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la Ley castigue con pena corporal..."

Es así que el brote acelerado del desarrollo pandémico del virus de la inmunodeficiencia humana, han hecho difícil la aceptación social no conflictiva del nexo entre los derechos humanos y el SIDA. Y aún cuando los derechos humanos no surgieron todos en el mismo momento, un ejemplo es la prueba de detección de los anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana VIH que no es obligatoria para nadie, desde el año de 1987, la Ley General de Salud indica: la prueba de detección del SIDA es anónima si el solicitante así lo desea y los resultados serán confidenciales. Empero, el deber ser encerrado en esta disposición no se cristaliza en la cotidianidad de las personas que viven con VIH y SIDA no es aceptado siempre. "Todavía prevalece en diversos medios la idea de que quienes viven con VIH y SIDA no tienen derecho sino a morir preferentemente aislados y lejos de la buena sociedad." [15]

Ahora bien, conforme a lo establecido por nuestra Constitución en su artículo 133 se menciona: que la Constitución es la ley suprema del país, después le sigue en orden de importancia las leyes federales y los tratados internacionales.

1. EN EL ASPECTO DEL DERECHO CONSTITUCIONAL

En relación con nuestra norma suprema, el problema puede ser enfocado en dos formas. En primer lugar, en materia de derechos humanos que pueden ser vulnerados por la acción y omisión del Estado; y en segundo término, como las posibilidades de actuación por parte del estado frente a la problemática planteada por el padecimiento.

[15] COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, Ob. Cit pag. 6

En materia legislativa la facultad de dictar normas y leyes sanitarias corresponde al Congreso de la Unión, como lo establece la fracción XVI del Artículo 73 Constitucional; y en lo referente a la salud local, esta facultad corresponde al Poder Legislativo de cada uno de los Estados de la Federación.

En orden de importancia los principales artículos relacionados con el VIH/SIDA, serían los siguientes:

a) Derecho a la Protección a la Salud (Artículo 4o. Constitucional). Este precepto otorga a los afectados por la enfermedad, el derecho a recibir atención médica sin posibilidad alguna de discriminación o distinción.

b) Derecho a la información (Artículo 6o. Constitucional). Obliga al Estado a proporcionar información veraz y que esté al alcance de la comunidad, sobre el padecimiento.

c) Libertad Personal y Seguridad Jurídica (Artículo 5o. 11o. 14o. 16o. y 19o. Constitucionales). Que quedan ampliamente garantizadas, como ejemplos, por la libertad de trabajo y de libre tránsito.

d) Igualdad (Artículo 1o. Constitucional). "Todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución" y más adelante condena una de las formas más comunes de discriminación "el varón y la mujer son iguales ante la ley".[16]

Obice a lo mencionado, el SIDA ha originado que surjan anteriores y nuevos problemas jurídicos que es necesario legislar, como prostitución, delitos de contagio intencional, la autorización del aborto terapéutico a las madres infectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida, constantes

[16] Instituto de Investigaciones Jurídicas "Introducción al Estado del Derecho Mexicano Tomo I".- Edición UNAM.- 1981.- pág.- 217

pruebas de VIH en las Penitenciarías, exámenes en las donaciones de órganos, requisito el examen de detección de VIH para contraer matrimonio, la no rescisión laboral de personas con VIH cuando sus servicios no sean provengan de una actividad peligrosa para sus demás compañeros, concientización de emigrantes con VIH y SIDA para tener un control médico, son situaciones que analizaremos en este capítulo en diferentes ramas del Derecho Mexicano.

1.- Dentro del ámbito constitucional podemos señalar:

Desde el 3 de febrero de 1983, se adicionó en el artículo 4o.- "El Derecho a la Protección de la Salud" con los siguientes propósitos:

- a).- Lograr el bienestar físico y mental del mexicano, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas.
- b).- Prolongar y mejorar la calidad de vida en todos nuestros sectores sociales, sobre todos los más desprotegidos a quienes es preciso otorgar los valores, que ayuden a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo de la sociedad.
- c).- Crear y extender en lo posible, toda clase de actitudes solidarias y responsables de la población, tanto en la preservación y conservación de la salud como en el mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr para el mexicano una existencia decorosa.
- d).- El disfrute de servicios de salud y la asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de nuestra población.
- e).- Desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

2.- LEY GENERAL DE SALUD

Esta Ley consta de 472 artículos, 7 transitorios y diversos capítulos que representan todo un cuerpo jurídico. Entre otras cosas se encuentra: Prestación de los Servicios de Salud, Investigación para la Salud, Información para la Salud, Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes; Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; Autorizaciones y Certificados, Vigilancia Sanitaria, Delitos. Teniendo como fundamento la Ley General de Salud, el 20 de febrero de 1985 el Reglamento para la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y posteriormente el 22 de mayo de 1986, la Norma técnica para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos, quedando en estos dos documentos los lineamientos, que de acuerdo al avance tecnológico de inmunohematología, deberán seguir los profesionales dedicados a Banco de Sangre, Plasma o Servicios de Transfusión.

La Ley General de Salud ha sido la única que ha reglamentado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en la proporción de su peligrosidad, en las enfermedades transmisibles, sin embargo, falta analizar y reglamentar disposiciones al respecto, en los Reglamentos derivados de la Ley General de Salud, como:

1) En materia de Control Sanitario Internacional, que es esencial, puesto que el SIDA entró por nuestras fronteras, (caso que ya se comentó en el SIDA en México), en sanidad marítima, aérea y terrestre, cabe reglamentar la prueba de Elisa y la confirmatoria Western Blot en los certificados médicos que les practica a toda la Tripulación, (atendiéndose siempre al derecho de confidencialidad).

2) En materia de Investigación para la Salud, dentro de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, también es muy importante por que la persona infectada por el virus, se ve

discriminada por la sociedad, desplazada de su empleo y aparte de todo esto, lo toman para investigación sin remuneración o ayuda alguna, y casi siempre, de esa persona depende una familia.

3) En materia de prestación de servicios de atención médica ya que se han presentado casos en que médicos, enfermeras y camilleros se niegan a atender casos de SIDA como en el Hospital General y la Raza, en esta última existe una gran saturación y debido a lo costoso del tratamiento para prolongar al vida a una persona con SIDA, resulta esto imperdonable ya que se trata de gente capaz y preparada, que realmente sabe cuales son los medios de contagio, por lo que saben también cuales son las medidas de seguridad y prevención a seguir para evitar el contacto con el virus y por lo tanto el contagio, al haber contacto directo con sangre o fluidos corporales del enfermo. Debería de haber una sanción que los obligue a atender a estas personas, aunque sea de manera parcial por no contar con lo necesario para este caso, para que posteriormente los envíen a los centros especializados. La sanción se podría encuadrar en el capítulo de "Vigilancia de la Prestación de Servicios de Atención Médica" en los artículos 233, 234 y 235 de este Reglamento".

En el Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito Federal, se podrían establecer las medidas necesarias de seguridad y prevención a seguir para evitar el contacto con el virus y en el mismo capítulo establecer una sanción severa, si no aceptan cadáveres infectados por SIDA, o si los aceptan en sus agencias funerarias, estafen a los familiares por el servicio, ésto tendría repercusiones en la Ley Federal de Protección al Consumidor basado en el "Art. 2 donde se establece que están obligados al cumplimiento de esta ley los comerciantes, industriales y prestadores de servicios..." con el fin de no dejar en estado de indefensión a los familiares para que estas agencias cumplan debidamente con su deber."

En la Ley de Salud para el Distrito Federal respecto a salubridad local, se podría reglamentar con relación a esta enfermedad, los lugares donde podría haber contagio, como las peluquerías, salones de belleza, estéticas, todos los establecimientos de ésta índole, donde trabajan con instrumentos

que llegan a cortar la piel de las manos, cara o pies de las personas que acuden a estos lugares, y si no están debidamente desinfectados estos instrumentos puede haber peligro de contagio. Como ya se mencionó en el capítulo II en el tema de Medidas de Seguridad de grupos profesionales, en Estados Unidos, las investigaciones realizadas recientemente ha demostrado que en superficies secas a temperatura ambiente el virus puede permanecer activo y causar infección por un período de hasta 7 días y en el agua hasta de 15 días, pero afortunadamente la mayor parte de los desinfectantes y métodos de esterilización comunes y corrientes, destruyen el virus en menos de 10 minutos; por lo que es muy importante que estos instrumentos estén esterilizados y se reglamente al respecto; al igual que en las albercas, baños públicos, establecimientos de hospedaje y en consultorios dentales.

Aún cuando la Ley General de Salud especifica que el Médico que se entere de alguna persona seropositiva del síndrome de inmunodeficiencia adquirida deberá de notificarlo a la Secretaría de Salud en dicha Dependencia atendiendo al principio de confidencialidad, además se debería llevar un registro obligatorio con el objeto de seguimiento en su atención y de esta manera prevenir que contagie a otras personas.

LA EPIDEMIA DEL SIDA Y LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El factor fundamental de combate y atención a las consecuencias de la epidemia del SIDA está en los servicios de salud que la Ley define como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

La propia Ley General de Salud clasifica los servicios en tres tipos: La atención médica, la salud pública y la asistencia social, que ante una epidemia de esta naturaleza se ven necesariamente interrelacionadas.

Para los efectos del derecho a la protección de la salud la Ley considera servicios básicos de salud, entre otros, los referentes a la educación para la salud y la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria.

La Ley General de Salud concede especial atención a los derechos de los usuarios de los servicios de salud y a la participación de la comunidad, de tal manera que se establezcan los eslabones necesarios al interior del Sistema Nacional de Salud.

Establece la Ley que los usuarios tendrán derecho a obtener prestación de servicios de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares (Art. 51).

La participación de la comunidad en los programas de protección a la salud, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

De lo anterior resulta que la comunidad podrá participar en los servicios de salud a través de, entre otras acciones, la promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, pudiendo intervenir también en programas de prevención de enfermedades (Art. 57 y 58).

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

En el caso del SIDA, como en el de cualquier otra enfermedad, corresponde a la Secretaría de Salud dictar las normas técnicas para su prevención y control, establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, realizar los programas que estime necesarios y promover la colaboración de las instituciones de los sectores: público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud para el óptimo desarrollo de sus programas y actividades (Art. 133).

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Ley General de Salud en su artículo 134 establece que: "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades tanto de vigilancia epidemiológica, como de prevención y control de las enfermedades que el propio precepto señala y de las demás que determina el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte".

Con ese fundamento en 1986 el Consejo de Salubridad General resolvió que el SIDA quedaba incluido dentro de la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, así como a prevención y control.

Mediante decreto de reformas y adiciones a la Ley General de Salud publicado el 27 de mayo de 1987 se adiciona una fracción al artículo 134 incorporando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y a prevención y control.

Asimismo el artículo 136 fue objeto de reforma para establecer que será obligatoria la notificación a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona. El incumplimiento de esta disposición es sancionable con multa equivalente hasta 20 veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate (Art. 419).

Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, entre ellas el SIDA, posteriormente a su diagnóstico o sospecha de diagnóstico (Art. 137).

Asimismo estarán obligados a dar aviso a las autoridades sanitarias los jefes o encargados de laboratorios, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y, en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de un caso de SIDA (Art. 138).

PREVENCIÓN, CONTROL Y MEDIDAS DE SEGURIDAD.

La Secretaría de Salud tiene bajo su responsabilidad elaborar y llevar a cabo, en coordinación con las instituciones del Sector Salud y con los gobiernos de las entidades federativas, programas o campañas temporales o permanentes para el control o erradicación de las enfermedades transmisibles que constituyen un problema real o potencial para la salubridad general de la República, caso en el cual se encuentra el SIDA (Art. 135).

Las medidas que se requieren para la prevención y el control del SIDA deben ser observadas por los particulares, pudiendo comprender el ejercicio de esta acción de prevención y control, entre otras, las siguientes medidas, según el caso de que se trate (Art. 139).

- La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles.
- El aislamiento por el tiempo estrictamente necesario de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así lo amerite por razones epidemiológicas;
- La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;
- La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos terapéuticos;
- La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes; y
- Las demás medidas que determina la propia Ley, sus reglamentos y la Secretaría de Salud.

En cuanto al aislamiento, tal medida se entiende como la separación de personas infectadas, durante el período de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio, debiendo ordenarse por la autoridad sanitaria y constar por escrito, previo dictamen médico (Art. 405).

A este respecto conviene señalar que la Ley previene que esta medida de seguridad durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro, lo cual en el caso del SIDA presenta dificultades toda vez que una persona puede ser portadora del virus durante toda su vida sin manifestar síntomas graves de la enfermedad.

Asimismo el período de incubación del virus, que puede ser de varios años, contrasta con otras enfermedades materia del Reglamento Sanitario Internacional que reconocen en los casos de la

peste, el cólera, la fiebre amarilla y la viruela períodos de incubación de 6, 5 y 14 días, respectivamente.

Lo anterior hace que la aplicación del aislamiento conlleve dificultades excepcionales en el caso del SIDA.

Asimismo la Ley prevee que el aislamiento de las personas que padezcan enfermedades transmisibles se llevará a cabo en sitios adecuados, a juicio de la autoridad sanitaria (Art. 151).

Por lo que se refiere a la observación personal, ésta consiste en la estrecha supervisión sanitaria de los presuntos portadores, sin limitar su libertad de tránsito, con el fin de facilitar la rápida identificación de la infección o enfermedad transmisible (Art. 407).

La Ley General de Salud contiene la previsión de otras medidas para la prevención y control de enfermedades transmisibles como son las siguientes:

- La Secretaría de Salud establecerá las normas técnicas para el control de las personas que se dediquen a trabajar o actividades mediante los cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades transmisibles a que se refiere la Ley (Art. 145).

- Las autoridades sanitarias quedan facultadas para utilizar como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y los reglamentos aplicables (Art. 148).

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

- Las autoridades sanitarias señalarán el tipo de enfermos o portadores de gérmenes que podrán ser excluidos de los sitios de reunión (Art. 150).

En cuanto a las autoridades no sanitarias estas están obligadas a cooperar en el ejercicio de la acción para combatir las enfermedades transmisibles, estableciendo las medidas que estimen necesarias, sin contravenir las disposiciones de la Ley General de Salud, las que expida el Consejo de Salubridad General y las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud (Art.1 140).

En cuanto a los profesionistas, técnicos y auxiliares de la salud, al tener conocimiento de un caso de enfermedad transmisible, están obligados a tomar las medidas necesarias, de acuerdo con la naturaleza y características del paciente, aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud individual y colectiva (Art. 142).

Asimismo conviene señalar que la Secretaría de Salud debe coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

EDUCACION PARA LA SALUD

Otra de las vertientes que previene la Ley General de Salud que se ha adoptado como mecanismo fundamental en la lucha contra la epidemia del SIDA es la educación para la salud, la cual conforme a la Ley General de Salud, forma parte de la promoción de la salud (Art. 111).

Lo anterior en virtud de que la educación para la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que ponga en peligro su salud; proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades, y orientar y capacitar a la población preferentemente entre otros aspectos, en materia de educación sexual y detección oportuna de enfermedades (Art. 112).

TRANSFUSION SANGUINEA

El título Décimo Cuarto de la Ley General de Salud, relativo al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos confiere competencia a la Secretaría de Salud en esta materia (Art. 313), determinado que la sangre será considerada como tejido (Art. 330).

En ejercicio de esta responsabilidad la Secretaría de Salud realizó estudios de los cuales resultó una significativa proporción de sangre contaminada por el virus de la inmunodeficiencia humana proveniente de proveedores remunerados, en contraste con la sangre obtenida por voluntarios que la aportan gratuitamente.

Esta evidencia condujo a la reforma del artículo 332 de la Ley General de Salud, para establecer que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

A este respecto conviene apuntar lo siguiente:

- La comercialización de la sangre obtenida gratuitamente de voluntarios estaba ya prohibida por la Ley General de Salud.
- Las reformas suprimen la posibilidad de obtener sangre de proveedores remunerados.
- La Ley no prohíbe la existencia de bancos de sangre, de bancos de plasma y de servicios de transfusión.
- La Ley distingue la sangre humana de sus componentes y, de éstos, los hemoderivados, sujetándolos a distinta reglamentación, por lo que no se prohíbe la comercialización de componentes y derivados de la sangre humana obtenida gratuitamente.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, expedido el 18 de febrero de 1985, se encuentra en revisión de tal manera que se ajuste al nuevo texto de la Ley General de Salud y determine con precisión los alcances de esa reforma, además de establecer los requisitos de personal, del profesional responsable y servicios de que deben disponer los bancos de sangre y plasma y los servicios de transfusión, además de llevar a nivel reglamentario disposiciones sobre el análisis de la sangre humana que se encontraban establecidos en normas técnicas.

SANIDAD INTERNACIONAL

El tránsito internacional de personas sospechosas o portadoras de virus de la inmunodeficiencia humana es otro aspecto que ha causado preocupación en los ámbitos nacional e internacional.

Los servicios de sanidad internacional se rigen por la Ley General de Salud, por su reglamento en la materia y las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud, así como por los tratados y convenciones sobre la materia (Art. 351), específicamente el Reglamento Sanitario Internacional al que México se encuentra obligado, conjuntamente con otros 132 países.

Los servicios de sanidad internacional recaen en el ámbito de responsabilidad de la Secretaría de Salud, distinguiendo la Ley los de carácter migratorio de los relativos a lugares legalmente autorizados para el tránsito internacional de personas y carga, como son los puertos marítimos de altura, los aeropuertos y las poblaciones fronterizas (Art. 352).

Asimismo la Secretaría de Salud tiene competencia para lo siguiente:

- Para adoptar las medidas que procedan para la vigilancia sanitaria de personas que ingresen al territorio nacional y que a su juicio constituyan riesgo para la salud de la población, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades (Art. 354).
- La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes (Art. 139, fracción VII).
- Autorizar la internación en el territorio nacional de personas que padezcan enfermedades infecciosas en período de transmisibilidad, que sean portadoras de agentes infecciosos o se sospeche que estén en período de incubación por provenir de lugares infectados (Art. 149).
- Informar a otras naciones sobre las restricciones que se impongan al paso, por motivos de salud de personas, animales, artículos o sustancias (Art. 155).
- Notificar a la Organización Mundial de la Salud de todas las medidas que haya adoptado, de modo temporal o permanente, en materia de sanidad internacional (Art. 359).

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional las enfermedades objeto de reglamentación y por consiguiente de control sanitario internacional, son el COLERA, la FIEBRE AMARILLA, la PESTE y la VIRUELA, por lo que no se incluye el SIDA.

Sin embargo, por una resolución de la OMS el SIDA sí es objeto de vigilancia epidemiológica.

Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de sanidad internacional no podrán internarse al territorio nacional, hasta en tanto no cumplan con los requisitos sanitarios correspondientes, las personas que padezcan alguna de las enfermedades señaladas en el artículo 12 del propio reglamento (las que son materia de Reglamento Sanitario Internacional), u otras que determine la Secretaría, por consiguiente la Dependencia está legalmente autorizada para imponer restricciones de ingreso al territorio nacional en tratándose de portadores del VIH, lo que no se ha llevado a la práctica, entre otras razones, porque la transmisión de la enfermedad no tiene lugar en forma casual y porque México, al ser parte del Reglamento Sanitario Internacional, hace suya la finalidad de conseguir la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades con un mínimo de trabas para el tráfico mundial, y por el reconocimiento de la reciprocidad internacional.

Otras previsiones relevantes de este Reglamento que pudieran, en caso extremo, ser aplicables con motivo de la epidemia del SIDA y como resultado del comportamiento de la comunidad internacional, son las siguientes:

- En casos especiales y cuando las circunstancias lo exijan se establecerán estaciones de aislamiento y de vigilancia sanitaria en los lugares que determine la Secretaría de Salud (Art. 17)

- La Secretaría de Salud someterá a examen médico a cualquier persona que pretenda entrar al territorio nacional, cuando exista sospecha de que su internación constituye un riesgo para la salud de la población.

- La Secretaría determinará en qué casos, además de aquel en que una persona ingrese al territorio nacional con la intención de radicar en él de manera permanente, el interesado deberá presentar certificado de salud obtenido en su país de origen, debidamente visado por las autoridades consulares mexicanas (Art. 20). La dependencia no ha tomado resolución a este respecto por los motivos antes expuestos.

En materia de sanidad internacional la reglamentación de la Ley General de Salud previene la ejecución de medidas de seguridad sanitaria y particularmente la observación personal y el aislamiento.

MATERIAL QUIRURGICO

Otro aspecto de preocupación por su posible consecuencia en la transmisión del SIDA, es el relativo a la utilización y reutilización de material quirúrgico, de duración e insumos de uso odontológico.

A este respecto la Ley General de Salud previene que los materiales quirúrgicos y de curación, así como los insumos de uso odontológico están sujetos a las especificaciones de identidad y sanitarias que emita la Secretaría de Salud, las que deben integrarse a las normas oficiales mexicanas, así como a las autorizaciones que se expidan y a su control y vigilancia en los términos de la propia Ley (Art. 268)

El material para la recolección, conservación y aplicación de la sangre o fracciones, conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, deberá ser desechable y reunir las condiciones de control de calidad que establezca la Secretaría de Salud en las normas técnicas que expida (Art. 42)

CONTROL SANITARIO DE LA PROSTITUCION

La prostitución es uno de los fenómenos sociales cuyo régimen jurídico ha variado en el curso del tiempo en un extenso debate de contenido jurídico, político y humanista.

A finales del siglo pasado y en las tres primeras de este siglo, tuvo auge el llamado reglamentismo de esta actividad, lo que propició la existencia de diversos instrumentos jurídicos que tenían como propósito combatir enfermedades infecciosas y contagiosas transmisibles y por contacto venéreo.

En la época colonial la prostitución fue alternativamente prohibida o reglamentada por diversas leyes como son las de Alfonso El Sabio y las Partidas, habiéndose expedido diversas cédulas regulatorias en la materia, expidiéndose también bandos virreinales en 1771 y en 1776.

Durante el Imperio de Maximiliano se promulgó un Decreto de 17 de febrero de 1865 reglamentando la prostitución, el cual fue sustituido por el Reglamento de 1879.

En los Códigos Sanitarios de 1891, 1894, 1926 y 1934 se establecen disposiciones acerca de la prostitución, fundamentalmente ordenando la reglamentación de los requisitos que deberán satisfacer las zonas de tolerancia, las casas de asignación de citas, hoteles y en general los locales en que se ejerza el comercio sexual, así como estableciendo un registro de prostitutas, su

clasificación y medidas de seguridad sanitaria, así como la obligación de revisiones médicas periódicas.

Conforme a lo anterior se expedieron diversos reglamentos para el ejercicio de la prostitución, siendo el más notable el publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de abril de 1926 que inspiró el contenido de otros reglamentos similares en los Estados.

En 1938 México se adhirió al Convenio Internacional para la represión de la trata de mujeres mayores de edad de 1933, conforme a lo cual el Gobierno Federal abandonaba el criterio reglamentarista para adoptar el abolicionista.

De esta manera se reforma el Código Sanitario, el Código Penal y el Reglamento de la Campaña Contra las Enfermedades Venéreas, lo cual surtió efectos a partir del 9 de abril de 1940 en el Distrito Federal y entonces territorios federales.

Quedan así inscritos en el Código Penal los delitos de peligro de contagio y de lenocinio.

En 1950 se aprueba por la Asamblea General de las Naciones Unidas el Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena, que abroga diversos convenios internacionales relativos a la trata de mujeres y niños, al que México se adhiere el 21 de febrero de 1956.

En la actualidad los Estados en muchos casos conservan el sistema reglamentarista, en tanto que en otras Entidades Federativas prevalece el sistema abolicionista.

El control sanitario de la prostitución conforme a la Ley General de Salud no es materia de salubridad general, habiendo decidido diversos estados su reglamentación como materia de salubridad local incorporada en sus respectivas Leyes Estatales de Salud.

En virtud de que una de las formas de transmisión del SIDA es el contacto heterosexual, los sistemas reglamentarista, prohibicionista y abolicionista requieren revisión, de tal manera que se esté en condiciones de evitar la propagación de la epidemia por el ejercicio de la prostitución reglamentada o clandestina.

Por otra parte, debe señalarse que la reglamentación de la prostitución existente se refiere a la prostitución femenina, observándose que la prostitución masculina no está reglamentada, por lo que puede considerarse como un acto jurídicamente potestativo

3.- En la Ley Federal del Trabajo.

Tratándose de un estudio que centra su atención en la situación específica de México, es menester señalar que en este país existen dos regímenes jurídicos que regulan las relaciones laborales, y cuyo sustento se encuentra en el artículo 123 de la Constitución Federal. Dicho precepto cuenta con dos apartados: los trabajadores en general están regulados por el apartado "A", en tanto que los trabajadores del gobierno federal se encuentran sujetos al apartado "B". Además, los trabajadores de los gobiernos locales se encuentran regulados por leyes estatales.

El apartado "A" del mencionado artículo 123 está reglamentado por la Ley Federal del Trabajo, en tanto que el "B" lo está por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Las leyes estatales siguen en lo fundamental los lineamientos establecidos por esas dos leyes.

En el presente trabajo se hará referencia a ambas leyes, en el entendido de que cuando únicamente hagamos mención a la Ley Federal del Trabajo, se debe a que en tal aspecto la misma se aplica supletoriamente a las relaciones laborales regidas por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, ya que esta es omisa al respecto.

En la Ley del Seguro Social: en su artículo 2o. establece que: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección y de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo", siguiendo lo que establece el artículo 4o. constitucional, respecto al derecho a la protección de la salud.

En el artículo 4o. de la Ley del Seguro Social se menciona que: "el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como servicio público de carácter nacional en los términos de esta ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos". Por lo que los problemas y trabajos de prevención y lucha contra el SIDA han puesto en relieve la fragilidad, las desigualdades y los desequilibrios de los actuales sistemas de salud y asistencia social, por consiguiente la Ley del Seguro Social debería considerar la posibilidad de encuadrar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida como un riesgo de trabajo en los oficios donde sí existe el peligro de contagio, tales como los laboratoristas, ginecólogos, odontólogos, sobre todo profesionistas que tienen contacto con fluidos corporales. También en el seguro de enfermedades y maternidad, por que la mayoría de las personas infectadas en períodos prolongados se encuentran sanos y económicamente productivos, pero cuando padecen enfermedades causadas por el SIDA quedan incapacitados para trabajar, necesitando ser atendidos.

Con el tiempo el virus deteriora al organismo, al grado de causar la muerte, y en este caso podría encuadrarse el caso en el seguro de invalidez y la muerte beneficiando a las personas que de él dependen económicamente.

Es conveniente diferenciar entre las personas que están solicitando un empleo de aquellas que ya lo tienen, toda vez que se presentan situaciones enteramente diversas.

Los trabajadores que solicitan empleo, en este supuesto, las cuestiones revisten mayor importancia, las relaciones con la práctica de exámenes de detección del VIH/SIDA como parte de los estudios médicos realizados de manera previa a la contratación y como negativa de los patrones de contratar a las personas infectadas con VIH/SIDA.

La realización de exámenes de detección en la práctica de estudios médicos, previos a la contratación está prevista en la legislación laboral, en los siguientes términos.

La Ley Federal del Trabajo el artículo 134 fracción X, dispone:

"Artículo 134. Son obligaciones de los trabajadores:

"X. Someterse a los reconocimientos médicos previstos en el reglamento interior y demás normas vigentes en la empresa o establecimiento, para comprobar que no padecen alguna incapacidad o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurable".

Por su parte la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado en el artículo 88 fracción IV, establece:

"Artículo 88. Las condiciones generales de trabajo establecerán:

"IV. Las fechas y condiciones en que los trabajadores deben someterse a exámenes médicos previos y periódicos".

La interpretación de las disposiciones anteriores debe realizarse de manera restringida, esto es, en el sentido de que sólo permiten la práctica de aquellos exámenes médicos que sean estrictamente necesarios, para evitar tanto la posibilidad de contagio a los restantes trabajadores como que posteriormente el trabajador reclame como riesgo de trabajo una enfermedad que contrajo antes del inicio de la relación laboral.

Por lo tanto, al tratarse de trabajos cuyo desempeño no trae implícita la posibilidad de contagio y, en donde, por regla general, la infección con VIH/SIDA no puede ser considerada como riesgo de trabajo, no se justifica la realización de los exámenes de detección del VIH/SIDA, y menos aún hay justificación alguna para que dichos exámenes sean practicados sin el consentimiento del solicitante del empleo.

La negativa de los patrones de contratar infectados con VIH/SIDA. En principio, debemos señalar que: el artículo 5o. de la Constitución otorga a todos los habitantes del país la libertad de trabajo, en tanto que el artículo 123 señala que toda persona tiene derecho a un trabajo digno y socialmente útil. Sin embargo, en nuestro país hay amplia libertad de contratación tanto para los trabajadores, como para los patrones, toda vez que no existe una disposición expresa que prohíba la discriminación en la contratación. La única excepción está contenida en el artículo 113, fracción I, de la Ley Federal del Trabajo, que prohíbe a los patrones el negarse a aceptar trabajadores por razón de su edad o de su sexo.

Tratándose de personas que soliciten ingresar a prestar servicios en el gobierno federal y que sean rechazadas por estar infectadas por el VIH, a pesar de que la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado no contiene una disposición que prohíba la discriminación en la contratación, debe considerarse que pueden acudir ante la recientemente creada Comisión Nacional de los

Derechos Humanos, con el fin de presentar su queja, ya que tal acto implicaría una violación de sus derechos fundamentales, siendo factible que tal Comisión recomendará su contratación.

Trabajadores que tienen empleo

Esta clase de trabajadores presenta una mayor complejidad en el caso de VIH/SIDA, ya que no sólo se trata de la realización de los exámenes de detección, sino que deben analizarse las cuestiones relativas a la estabilidad en el empleo, a la suspensión y a la terminación de la relación laboral, y a la discriminación de que pueden ser objeto con motivo de estar infectados por el VIH/SIDA.

Realización de exámenes de detección

Al respecto resultan aplicables los comentarios formulados anteriormente, en cuanto al alcance y limitaciones de los estudios médicos a que están obligados a someterse los trabajadores, razón por la cual no pueden ser obligatorios los exámenes de detección del VIH/SIDA.

En efecto, el hecho de que el reglamento interior de un centro de trabajo determinado, o de que los contratos colectivos de trabajo establezcan la obligación del trabajador de someterse periódicamente a exámenes médicos, de ninguna manera puede justificar la realización de exámenes de detección del VIH/SIDA, toda vez que es circunstancial a la naturaleza de tales exámenes, el que se concreten a la detección de enfermedades que implique enfermedades de trabajo, o de que se trate de enfermedades respecto a las cuales haya una efectiva posibilidad de contagio.

Ahora bien, la realización de un examen de detección del VIH, sin contar con el consentimiento del trabajador, por parte de los servicios médicos que son contratados por el patrón, constituye una

falta de probidad y honradez en contra del trabajador, que le permite separarse del trabajo, con responsabilidad del patrón, esto es, el trabajador tendrá derecho a ser indemnizado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51, fracción II de la Ley Federal del Trabajo.

En el caso de los empleados federales, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado no les otorga tal derecho, para el caso de que se cometa en su contra un acto de esta naturaleza, razón por la cual la única posibilidad que tienen para hacer valer sus derechos, desde el punto de vista laboral, sería acudir ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o denunciar a la persona que haya ordenado la realización del examen de detección de VIH, para que se le asigne responsabilidad administrativa por abuso de autoridad, en los términos del artículo 47, fracción VI de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Una vez que los trabajadores enfermos con SIDA se encuentren en fase terminal, que no les permita seguir prestando sus servicios, lo procedente es dar por terminada la relación laboral, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, fracción IV de la Ley Federal del Trabajo y con el artículo 46, fracción IV de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado que disponen respectivamente: que es causa de terminación de la relación laboral, "La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador que haga imposible la prestación del trabajo" y la "Incapacidad permanente del trabajador física o mental, que le impida el desempeño de sus labores"

En este supuesto, los trabajadores tienen derecho a gozar de todas las prestaciones médicas y en especie están previstas en los regímenes de seguridad social al igual que cualquier otro trabajador al que su enfermedad no le haya permitido seguir laborando.

El artículo 54 de la Ley Federal del Trabajo, le da derecho al trabajador a recibir como indemnización el pago de un mes de salario y de doce días por cada año de servicios prestados.

Para ello la Suprema Corte de Justicia a citado debidamente en cuanto a la rescisión laboral: "RESCISION DE LA RELACION DE TRABAJO"- Terminación unilateral de la relación individual de trabajo, con base en alguna o algunas de las causas expresamente previstas en la Ley.

El trabajador o el patrón podrá rescindir en cualquier tiempo la relación de trabajo, por causa justificada, sin incurrir en responsabilidad.

Para que la rescisión opere sin responsabilidad para el patrón o el trabajador, según el caso no basta con invocar la causa, sino que es necesario probarla ante la Junta de Conciliación y Arbitraje, en el juicio relativo.

A la rescisión llevada a cabo por el patrón se le conoce como despido. Cuando se trata del trabajador se habla de retiro.

"CAUSAS DE RESCISION, SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRON".- I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de 30 días de prestar sus servicios el trabajador; II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia; III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo; IV. Cometer el trabajador fuera de servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo o administrativo, algunos de los actos a que se refiere la fracción II y son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo; V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las

labores o con motivo de ellas en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo; VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio; VII. Comprometer el trabajador por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentran en él; VIII. Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo; XI Revelar al trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa; X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de 30 días, sin permiso del patrón o sin causa justificada; XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate de trabajo contratado; XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades; XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón presentar la prescripción suscrita por el médico; XIV. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencia semejantes en lo que al trabajo se refiere. El patrón deberá dar al trabajador aviso escrito de la fecha y causa o causas de la rescisión.

Los actos de discriminación por parte del patrón en contra del trabajador con VIH/SIDA. En el caso de que los trabajadores regidos por la Ley Federal del Trabajo y que tienen VIH/SIDA sean objeto de actos discriminatorios por parte del patrón, tales como el de ser injuriados o maltratados, etc., tienen derecho a separarse del empleo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51, fracción II, con responsabilidad del patrón, el cual tendrá la obligación de indemnizarlos de conformidad con la Ley.

Tratándose de los trabajadores federales, en virtud de que como fue señalado anteriormente, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado no les otorga el derecho de separación con responsabilidad del gobierno, sólo pueden combatir los actos discriminatorios de la manera que fue señalada al hablar de la realización de exámenes de detección del VIH sin consentimiento.

Contrariamente a lo manifestado, en el caso de los empleos en donde no existe un riesgo definido de adquisición o transmisión del VIH y el SIDA, en el caso de los trabajadores de la salud se puede considerar que sí se justifica la realización de los exámenes de detección, tanto de manera previa a la contratación, como de manera periódica, una vez que el trabajador está presentando sus servicios. Al respecto debemos señalar que hay quien recomienda un examen preocupacional de VIH, así como el control anual de serología o trimestralmente, después de un accidente de trabajo. Dentro de este supuesto son aplicables las disposiciones legales, en cuanto a la obligatoriedad de los exámenes de detección, sin que ello deba entenderse en el sentido de que no debe concurrir el consentimiento del trabajador.

Se considera que los trabajadores de la Salud infectados con el VIH tienen derecho a ser contratados, con la única limitante de que no presten sus servicios en áreas donde existe la posibilidad de que transmitan el VIH, a consecuencia de un accidente. El artículo 36 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica establece lo siguiente:

"Artículo 36. El personal que preste sus servicios en algún establecimiento de atención médica, en ningún caso podrá desempeñar sus labores si padece alguna de las enfermedades infectocontagiosas, motivo de notificación obligatoria".

No se tiene conocimiento de que este precepto haya sido aplicado a algún trabajador de la salud infectado con VIH/SIDA. Sin embargo, resulta preocupante la existencia de un precepto en tal sentido; siendo conveniente promover su modificación por tratarse de una disposición discriminatoria, ya que atendiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y en cabal acatamiento a los derechos humanos de los trabajadores de la salud, lo correcto sería que en todo caso tales empleados fueran reubicados, a áreas de no contagio como se ha sugerido.

Con las limitantes que acaban de ser mencionadas, resultan aplicables los comentarios vertidos, al desarrollar respecto a la negativa de los patronos de contratar a las personas infectadas con el VIH.

Los trabajadores de la salud que tienen un empleo, resultan aplicables a esta clase de trabajadores todos los razonamientos que han sido formulados en el presente trabajo, con las salvedades y excepciones que a continuación se exponen: La obligación de los trabajadores de informar al patrón que están infectados por el VIH. Más bien se trata de un derecho que tienen los trabajadores de la salud, con el objeto de que tal situación sea considerada como un riesgo de trabajo, lo que traería consigo que fueran indemnizados de conformidad con las leyes aplicables, y en caso de ser necesario, que sean reubicados dentro del centro de trabajo, con el fin de que sigan prestando sus servicios de modo tal, que no exista la posibilidad de que transmitan el VIH, o de que no estén expuestos a mayores riesgos que puedan facilitar el desarrollo de la sintomatología.

Conforme a los estudios epidemiológicos realizados en el mundo, han demostrado que el SIDA se transmite:

- a) Por contacto sexual (inclusive la donación de semen).

b) Por la sangre (principalmente mediante transfusiones de sangre, uso de jeringas sin esterilizar, por el trasplante de órganos y tejidos).

c) De una madre infectada a su hijo (transmisión perinatal).

Nada ha demostrado que el VIH pueda transmitirse mediante contactos casuales de persona a persona en un sitio cualquiera.

Durante períodos prolongados, la mayor parte de las personas infectadas por VIH se encuentran sanas, ya que esta enfermedad presenta un período de incubación variable, en ocasiones muy largo, para la cual no se espera contar con una vacuna en corto plazo, el resultado del largo plazo transcurre entre la infección por el VIH y el principio del SIDA en los individuos hace posible que el proceso desde el contagio hasta la muerte sea de 6 años más. Se calcula que aproximadamente el 90% de los 5 - 10 millones de personas infectadas por VIH en todo el mundo, se encuentra en una edad económicamente productiva y la mayoría de éstas personas desean seguir trabajando, lo cual mejora su bienestar físico y mental, sin embargo, el miedo a contraer SIDA en los lugares de trabajo ha ocasionado problemas laborales, debido a que el 80% de las personas sabe que el SIDA es una enfermedad fatal, entre 40 y 50% todavía cree que es posible contraerla por acercamientos casuales como los que se presentan al entrar en contacto con otra gente, en el lugar de trabajo.

Uno de los problemas que se han presentado en las relaciones laborales, es el despido de las personas con VIH, a veces con una indemnización a cambio de que el trabajador firme un documento, en el que se hable de una terminación de trabajo por mutuo consentimiento o que se separe del trabajo por decisión libre. En otras ocasiones se ha presentado una suspensión de la relación de trabajo, en la hipótesis de enfermedad contagiosa que señala el artículo 42 fracción I de la Ley Federal del Trabajo, en donde la debe decretar el patrón a fin de evitar daños a los demás

trabajadores y a él mismo, y si tiene conocimiento del hecho y no decreta la suspensión, podrán los trabajadores negarse a prestar su trabajo por incumplimiento de las normas sobre higiene en los Centro de Trabajo, el patrón para evitarse este problema, despidió al trabajador enfermo de VIH, como ya se mencionó en el capítulo III, CONASIDA, adoptó medidas al respecto, estableciendo talleres de trabajo alternativo para quienes han quedado sin empleo por haber contraído VIH, con la finalidad de encontrar la forma de subsistencia; sin embargo, al ser una expansión rápida de la enfermedad es insuficiente por lo que a partir de junio de 1992 CONASIDA abrió sus puertas al asesoramiento de empresas que tienen trabajadores infectados de VIH, con lo que se espera un mejor resultado.

Otro problema planteado, es cuando el trabajador al estar obligado a dar aviso al patrón del padecimiento, tal y como lo ordena el artículo 134 fracción XI y no lo dá, concurriendo diariamente al trabajo, por cumplimiento del citado artículo en concordancia con el artículo 47 fracción XV de la Ley Federal del Trabajo, y en realidad el trabajador no dá aviso por miedo a que lo despidan, así como el rechazo de los demás compañeros en cuanto se enteren de su enfermedad.

Las cuestiones que revisten mayor importancia son las relacionadas con la práctica de exámenes de detección del VIH/SIDA como parte de los estudios médicos, que son realizados de manera previa a la contratación, y como la negativa de los patrones de contratar a las personas infectadas con VIH/SIDA.

La Ley Federal del Trabajo en su artículo 134 fracción X dispone, que "son obligaciones de los trabajadores:

"X.- Someterse a los reconocimientos médicos previos y periódicos:

Sólo permiten la práctica de exámenes médicos estrictamente necesarios, para evitar la posibilidad de contagio a los restantes trabajadores, como que posteriormente el trabajador reclame como riesgo de trabajo una enfermedad que contrajo antes del inicio de la relación laboral."

Al tratarse de trabajo cuyo desempeño no trae implícita la posibilidad de contagio, en donde por regla general la infección de VIH/SIDA no puede ser considerada como riesgo de trabajo.

Como se dijo que el artículo 5o. de la Constitución, otorga a todos los habitantes del país la libertad de trabajo, en tanto que el artículo 123 señala que: "toda persona tiene derecho a un trabajo digno y socialmente útil"; en nuestro país hay amplia libertad de contratación tanto para trabajadores como los patrones, toda vez que no existe una disposición expresa que prohíba la discriminación en la contratación. La única excepción está contenida en el artículo 113 fracción I de la Ley Federal del Trabajo que prohíbe a los patrones negarse a aceptar trabajadores por razón de su edad o de su sexo.

Un ejemplo es el Contrato Ley de la Industria de la Radio y de la Televisión, vigente del 1o. de febrero de 1992 al 31 de enero de 1994 y el Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores de la República Mexicana.

El primero de los mencionados con anterioridad en su cláusula 103 dice. "Los trabajadores sindicalizados deberán sujetarse a exámenes médicos en los siguientes casos:

"a) Cuando ingresen al servicio de la institución, con el objeto de determinar que se encuentren físicamente aptos y no padecen enfermedad incurable o infecto-contagiosa

"b) Cuando reingresen después de una ausencia del servicio de 6 -seis- meses consecutivos o más.

"c) Cuando se trate de investigar si padecen alguna enfermedad infecto-contagiosa, transmisible o incurable.

"d) Cada seis meses, los trabajadores que presenten sus servicios en ciertas especialidades, como sigue: plantas de alquilación, soldadores, y el personal que labore en las plantas de tetraetilo de plomo..."

Y por lo que respecta al segundo de los nombrados en el "Artículo 21 se especifica:

"El Patrón se obliga a admitir a los trabajadores propuestos por el Sindicato, cuando éstos reúnan los siguientes requisitos:

"...b). Someterse a examen médico y no padecer enfermedades o lesión que lo incapacite para el desempeño normal del trabajo para el cual ha sido propuesto..."

"Art. 47.- La empresa autorizará a los trabajadores a su servicio para ausentarse de sus labores en los siguientes casos:

"...d).- Para atenderse en caso de enfermedades y accidentes no profesionales..."

"Art. 48.- ...En el caso comprendido en el inciso d), el permiso se otorgará por todo el tiempo en que dure la incapacidad del trabajador otorgada por el IMSS..."

"Art. 66.- El Patrón se obliga a que se practique a sus trabajadores un examen médico anual que se iniciará dentro de los tres primeros meses de cada año y los trabajadores se obligan a someterse al mismo."

DERECHO INTERNACIONAL

Al respecto citaremos que: la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su constitución versa sobre: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades".

El derecho a la salud, a pesar de lo ambiguo y debatible que como concepto pueda ser, comprende dos esferas de obligación social o gubernamental:

a) La atención de salud individual y

b) Las condiciones de salud pública de la sociedad.

a) La atención de salud tiene una dimensión individual y comprende la prevención y tratamiento de la enfermedad por conducto de procedimientos (vacunas, exámenes, procedimientos quirúrgicos, productos farmacéuticos, etc). Es común que a este concepto de atención de salud se le considere sinónimo de atención médica o de atención del sector salud. Más aún, se le estima como sinónimo de derecho a la atención médica. El debate sobre la cuestión de a quién le corresponde brindar esta atención de salud es uno de los más candentes en nuestros días, en lo que se refiere a la atención del SIDA, en México se admite que el Estado debe asumir la obligación de brindar un nivel mínimo de atención de salud, que atienda por lo menos la necesidad básica humana, ya sea mediante la prestación directa o mediante la financiación del gasto de atención de la salud.

b) Las condiciones de salud pública afectan a toda la sociedad y constituyen un bien público, independientemente de las características de un individuo determinado. Hacen referencia a aquellas condiciones sanitarias indispensables para vivir en salud. Entre las muchas condiciones relevantes, pueden enumerarse el agua potable, el alcantarillado, la alimentación balanceada, la habitación asegurada, la pureza del ambiente. En la práctica, el significado del derecho a la protección de la salud depende si se declara el derecho en una norma de aplicación universal e inmediata o en una norma cuya eficacia requiere la expedición de otras normas.

El Derecho Internacional Privado es el que tiene vital importancia con la aparición del SIDA en México, ya que por nuestras fronteras fue como se filtró esta fatal enfermedad.

Entendiéndose como Derecho Internacional Privado al conjunto de normas relativas al derecho de la nacionalidad, la condición jurídica del extranjero y la resolución del conflicto de leyes y de competencia judicial. El extranjero goza de todas las garantías establecidas por la constitución, con las excepciones que la misma señala, pero a fin de que dicho extranjero pueda internarse y permanecer legalmente en nuestro país, tendrá que cumplir con las disposiciones que determina la Ley General de la Población, el Poder Ejecutivo Federal tiene de encargada a la Secretaría de Gobernación el formular y conducir la política demográfica y la inmigración es uno de los aspectos de la política demográfica. El Art. 7 de la Ley de Población nos dice: "Por lo que se refiere a los asuntos de orden migratorio a la Secretaría de Gobernación corresponde: "I. Organizar y coordinar los distintos servicios migratorios. "II. Vigilar la entrada y salida de los nacionales y extranjeros y revisar la documentación de los mismos. "III. Aplicar esta Ley y su Reglamento, y el Art. 16: "El Servicio de Migración tiene prioridad, con excepción del de Sanidad, para inspeccionar la entrada o salida de personas en cualquier forma que lo hagan ya sea en transportes nacionales o extranjeros, marítimos, aéreos o terrestres, en las costas, puertos, fronteras y aeropuertos de la República."

"Art. 37.- La Secretaría de Gobernación podrá negar a los extranjeros la entrada al país por cualquiera de estos motivos:

"VII. No se encuentren física o mentalmente sanos a juicio de la autoridad sanitaria".

En base a estos artículos se podría establecer la posibilidad de someter a los viajeros internacionales entendiéndose por éstos, las personas que cruzan los límites fronterizos internacionales, a exámenes de detección para anticuerpos anti-VIH cuya justificación es excluir el VIH del territorio nacional.

El objeto primordial para la salud pública del país, que decidiera someter a examen de detección de la infección por VIH a los viajeros a su llegada, sería reducir la rapidez de propagación del VIH al país en el interior de éste.

El examen masivo de los viajeros internacionales, podría reducir el número de inmigrantes infectados por el VIH, pero no conseguiría eliminarlos por completo, ya que la admisión de los nacionales a su retorno de un viaje al extranjero, aseguraría una introducción repetida de VIH en el país. La prevención del SIDA depende del comportamiento, en particular sexual, tanto de los visitantes como de los nacionales, dentro del país o durante sus viajes por el extranjero.

Los exámenes de detección del VIH podrían realizarse antes del viaje o en el puerto de entrada, en el primer caso, el país de entrada exigiría que los viajeros que llegaran a él llevaran un certificado de exención de infección por VIH. El inconveniente de este procedimiento es que crearía sin duda un mercado de certificados falsos, cabe mencionar, que el respetar la confidencialidad del resultado del examen, es de gran importancia como derecho de la persona, en algunos países esa confidencialidad es además una exigencia de la ley. Las consideraciones jurídicas concretas a que podría dar lugar un

programa de examen de detección varían según los países. En muchos países la aplicación de políticas de detección y la prohibición de entrada a los viajeros sobre la base de los resultados de pruebas requeriría la promulgación de leyes o reglamentos especiales.

Arabia Saudita, requiere en la actualidad de la presentación de un certificado médico en el que se establezca que el visitante está libre de infección con el VIH.

El artículo 19 de la Ley General de Salud establece que: "La Secretaría someterá a examen médico a cualquier persona que pretenda entrar al territorio nacional, cuando exista sospecha de que su internación constituye un riesgo para la salud de la población. Los reconocimientos médicos que deba realizar la Secretaría tendrán preferencia sobre los demás trámites que corresponda a efectuar a cualquier otra autoridad" y el artículo 20 establece que: "Cuando una persona ingrese al territorio nacional con la intención de radicar en él de manera permanente además de los exámenes que practique la Secretaría, deberá presentar certificado de salud obtenido en su país de origen, debidamente visado por las autoridades consulares mexicanas. La Secretaría determinará en qué otros casos se deberá presentar el certificado médico."

En base a estos artículos se podría adherir al certificado médico que establece la Secretaría de Salud en materia de migración, la prueba de Elisa y la confirmatoria Western Blot para detectar el virus del SIDA, ya que por nuestras fronteras fue por donde se infiltró esta enfermedad

Cabe mencionar, que el Art. 12 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional, al enumerar las enfermedades objeto del control sanitario, no contempla el SIDA a pesar de que en las últimas reformas de la Ley General de Salud en su Art. 134 establece que: "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas realizarán actividades de vigilancia epidemiológica de prevención y control de enfermedades transmisibles incluyendo el SIDA, al igual que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la

disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres Humanos en sus arts. 48 y 52. Este mismo Reglamento en su Art. 100 establece los casos que necesitan permiso sanitario "... fracción II.- La internación o salida del territorio nacional, de órganos, tejidos, cadáveres y restos áridos de seres humanos."

"III.- La internación o salida del territorio nacional de la sangre, sus componentes y derivados; sin embargo, este Reglamento no establece nada sobre algún documento que acredite la realización de la Prueba de Elisa y la confirmatoria Western Blot, a pesar de que ya en artículos anteriores, se rige la realización de la prueba; por estos motivos la Secretaría de la Salud en materia de inmigración necesita la ayuda de la Aduana, para que mediante un acuerdo entre estas autoridades, supervise y pida los documentos necesarios al respecto.

EXAMEN DE DETECCION DEL VIH EN LOS VIAJEROS INTERNACIONALES

Son pocos los países que han regulado expresamente este tema. Bolivia, Costa Rica y el Salvador exigen el examen de detección del VIH para los casos de extranjeros que soliciten residencia permanente o temporal. Además, El Salvador exige a todo viajero que desee ingresar en el país, certificados internacionales de vacunas y pruebas serológicas contra las enfermedades determinadas por el Ministerio de Salud. Por su parte en Costa Rica, cuando el resultado del examen es positivo, la Dirección General de Migración y Extranjería debe proceder al rechazo del extranjero.

De una manera diferente, Cuba exige que todo el personal cubano que haya permanecido temporalmente en África y arribado al país entre 1975 y 1980 y después de 1981, así como todo el personal que haya permanecido temporalmente en Nicaragua, sea sometido a control seroepidemiológico de enfermedades exóticas.

La Organización Mundial de la Salud, por medio de su programa mundial sobre el SIDA, ha instado firmemente a sus Estados Miembros a que se clasifique al SIDA como enfermedad de notificación obligatoria a la autoridad de salud pública competente. Esto con miras a tener un mayor conocimiento de la enfermedad y, sobre todo, bases sólidas para la planificación de campañas de control y prevención y de atención a los enfermos.

Con el seguimiento y la notificación de los contactos de las personas enfermas o infectadas se ha buscado dar respuesta a esta pregunta. En la base de esta práctica se encuentra el razonamiento de que aquellas personas en inminente peligro de contraer la enfermedad, deben tener derecho a saber la condición de seropositividad de una persona. Pero, ciertamente, estarían las parejas sexuales, las personas que comparten material de inyección, las personas atacadas sexualmente, y aquellos profesionales que por virtud de su labor estarían en contacto con la sangre y los fluidos de una persona infectada.

"Si la persona infectada por el VIH o enferma de SIDA accede a identificar a sus contactos, la cuestión no presenta mayores problemas. Si por el contrario, la persona infectada rehúsa comparar, surge el dilema ético de decidir si se infringe el principio de la confidencialidad o si su respecto debe privar por encima de toda consideración." [17]

De lo cual, podemos concluir que cada país tendrá autonomía para prevenir el SIDA, y México en este sentido cuenta para ello, con una constitución política propia, en la que la normatividad versa en derechos y obligaciones para todo el individuo que se encuentre en territorio mexicano.

[17] ARANGO, Eduardo Jabo y Otros. "Aperturas de la Ética y el Derecho al Estado del SIDA", Editorial Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No.

4.-LA REGULACION DEL CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL.

Para entrar al estudio del problema de las personas que viven con VIH y SIDA en nuestro país, el Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República del Fuero Federal cita textualmente que: "todo individuo desde que es concebido se le reconoce como persona física y éste tiene derechos y obligaciones." En el citado Código se encuentra contemplado el derecho de familia como "el conjunto de normas jurídicas destinadas a regir la conducta de los miembros del grupo familiar entre sí, creando las relaciones conyugales y constituidas por un sistema de derechos y obligaciones, poderes, facultades y deberes entre consortes y parientes". [18]

Ya que la familia es el núcleo de la sociedad, las fuentes reales del Derecho de familia están constituidas por el hecho biológico de la generación, conservación de la especie y el hecho social de la protección de la persona humana.

Por lo que la sociedad mexicana se moviliza en la lucha contra el SIDA que ha atacado directamente su médula que es la familia, donde se han presentado diferentes problemas que requieren solución legal, esto atendiendo al derecho de información conforme a lo expresado en el artículo 6o. Constitucional.

En el artículo 98 fracción IV del Código que ocupa nuestra atención, se dice: "para contraer matrimonio deberá acompañarse de un certificado suscrito por un médico titulado que asegure bajo

[18] GALINDO, Gerfías Ignacio.- "Derecho Civil", Sexta Edición, Editorial Porrúa, S.A., México 1985, pp 2024

protesta de decir verdad, que los pretendientes no padecen sífilis, tuberculosis, ni enfermedad alguna crónica e incurable que sea además, contagiosa y hereditaria. Para los indigentes tienen obligación, de expedir gratuitamente este certificado los médicos encargados de los servicios de sanidad de carácter oficial".[19]

"En Tamaulipas, Veracruz, Sonora y Guadalajara se ha pedido a nuestros legisladores que deberían contemplar la posibilidad de imponer la Prueba de ELISA " para detectar el mal y ayudar así a disminuir la propagación del VIH y SIDA." [20]

"El Divorcio.- Es la ruptura de un matrimonio válido, en vida de los esposos, decretada por autoridad competente y fundada en alguna de las causas citadas por la ley."

En el Código Civil vigente en su artículo 267 se establecen las causales de divorcio, y uno de los grupos de causas que originan el divorcio, se refiere a las enfermedades crónicas o hereditarias, en virtud del interés público para proteger la especie y evitar el contagio, razón de salubridad incontestable, impidiendo la transmisión hereditaria; en algunos estados como Chihuahua, se ha inclinado para que en las cláusulas de divorcio necesario se señale las siglas del SIDA.

En materia de Alimentos El SIDA, por su carácter oneroso o por las características de los medios sociales en que generalmente se desarrolla, es un factor que incide de modo significativo en la

[19] "Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, Actualizado, Concordado y con Jurisprudencia Obligatoria".

sesta edición - Miguel Ángel Pericé, S. A., pág. 30.

[20] Revistas "EL DIA, EXCELSIOR".- Sección Ciencia y Estados respectivamente, días - 20 de junio de 1990, 23 de noviembre y diciembre de 1991.

determinación del Estado acerca de la necesidad o indigencia económica de las personas que piden alimentos de sus pacientes, en virtud del deber de socorro, que según la ley debe ser recíproca. Están obligados conforme al artículo 301 que dice: "La obligación de dar alimentos es recíproca. El que los da tiene a su vez el derecho de pedirlo" y los artículos 302, 303, 304, 305, 306, 307 mencionan que están obligados a dar alimentos:

- 1.- Los cónyuges
- 2.- Los concubinos
- 3.- Los padres a los hijos
- 4.- En imposibilidad de los padres, recae la obligación en los demás ascendientes por ambas líneas los más próximos en grado.
- 5.- Los hijos a los padres
- 6.- A imposibilidad de los ascendientes o descendientes recae en hermanos del padre y madre, en los que fueren madre o sólo el padre.
- 7.- Los hermanos y demás parientes colaterales (mientras los menores llegan a 18 años).
- 8.- El adoptante y el adoptado.

En el artículo 308 literalmente se menciona "Los alimentos comprenden la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad. Respecto de los menores los alimentos comprenden además los gastos necesarios para la educación primaria del alimentista, y para proporcionarle algún oficio, arte o profesión honestos y adecuados a su sexo y circunstancias personales.

Otra situación del infectado con VIH o SIDA es de que se le niegue la contratación del seguro de vida que ofrecen las Aseguradoras debido a la imprevisión de la enfermedad denominada SIDA, los infectados de VIH no tienen fecha exacta para el desarrollo del SIDA y tratándose de Contratos conforme al Código Civil que se estudia el elemento substancial que lo perfecciona, es el mero

consentimiento de ambas partes y al faltar una de ellas resulta inexistente, en esa virtud desde el año de 1982, en México las Compañías Aseguradoras dejaron de realizar contratos de seguros de vida para homosexuales como medida especial para aquellos homosexuales que desarrollaban la actividad de estilistas, cocineros, bailarines, que aún cuando no tenían SIDA, estas están dentro del grupo de riesgo y ocasionaría pérdidas seguras a la empresa aseguradora. Situación difícil que se acentúa en funerales al elevar su alto costo cuando saben que una persona murió de SIDA, situación que la Procuraduría General del Consumidor se avoca a que se cumpla por parte del que no cumplió, sólo en el caso de que exista un contrato de por medio.

5.- EN EL CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERON COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL.

El delito es ante todo una conducta humana. La palabra delito deriva del verbo latino delinquere, que significa abandonar apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la ley, por lo que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida al ser una enfermedad transmisible, exige por su alta peligrosidad, que se combata por todos los medios posibles, siendo así, como lo establece.

La interrelación del VIH/SIDA con el derecho penal, existe desde el momento en que puede afectar la salud de otras personas, que constituye un bien que debe ser protegido. Entre los artículos que pueden ser aplicables a esta problemática destacan los siguientes:

PELIGRO DE CONTAGIO (Artículo 199 Bis del Código Penal).- textualmente : "El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda, si se causa el contagio. "Cuando

se trate de cónyuges, sólo podrá proceder por querrela del ofendido." Sin embargo, es sobre este párrafo en particular que conviene hacer algunas reflexiones. En primer lugar, el delito que se persigue no es el de producir la enfermedad, sino el de poner en peligro la salud de otro, de una manera dolosa (con conocimiento de causa, además de que deberá probarse que el agente activo está enfermo y en período infectante. Esta aclaración es pertinente, ya que esta norma debe ser aplicada de una manera preventiva y represiva, ya que de otra forma su contribución se limitaría a empeorar la ya de por sí difícil situación de los afectados por esta enfermedad. Por otra parte las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que están orientadas hacia la educación y convencimiento acerca de la importancia de la prevención, no se oponen a contar con un instrumento jurídico de este tipo que es necesario utilizar en ocasiones..

Se establece en el Art. 199 Bis del Código Penal, dentro de Delitos contra la Salud; el SIDA debería considerarse como un delito de peligro de contagio, incorporando un artículo especial para el caso de contagio por SIDA con una sanción proporcional a la dimensión del daño, que en este caso es la muerte lenta pero segura. Por este motivo, dentro de los delitos contra la vida y la integridad corporal, no se podría encuadrar al SIDA como delito de Homicidio previsto en el Art. 302 del Código Penal que dice "Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro" y el Art. 303 que nos dice "Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes: "I.- Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance de los recursos necesarios; "II. Que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días contados desde que fue lesionado, "III. Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos, después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el código de

Procedimientos Penales. "Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastará que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fue resultado de las lesiones inferidas"; debido a que el caso del SIDA no es una muerte instantánea, pero sí es segura, por lo que la muerte del enfermo de SIDA no se puede verificar que fue ocasionada dentro de sesenta días contados desde que fue contagiado, conforme al artículo 303 fracción II del Código Punitivo, por lo cual correspondería al delito de Lesiones acorde al Artículo 288 en el que se expresa: "Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las 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 estos efectos son producidos por una causa externa"... La sanción correspondiente menciona que..." se impondrá de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, o la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano, cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible. Se impondrá de seis a diez años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales..."

"Artículo 293. Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin peligro de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores". Esto es, que al existir tipificado el delito de lesiones, podría cuestionarse la existencia del Artículo 199 Bis, sobre el Peligro de Contagio, toda vez que ambos preceptos estarían sancionando, dependiendo de la culpabilidad del sidoso, si actuó a sabiendas de su enfermedad o no, por lo que necesitaría la creación de artículos especiales que se adecuarán a la dimensión del problema.

Cabe mencionar, el caso tan sonado que se dió en Minnesota en los Estados Unidos, donde un prisionero infectado mordió a dos guardias de prisión y los contagió, caso que se consideró como tentativa de homicidio, ya que basta sólo con el contacto de sangre con el virus en la forma que sea, para que la persona se contagie.

En México "el juicio seguido en el juzgado 8º Penal del Fuero Común en el D. F., en contra del Profesor de Secundaria Javier Reza Guerrero, acusado de contagiar de SIDA a 18 estudiantes que lo denunciaron por delitos de corrupción de menores, abuso sexual, violación y peligro de contagio, al comprobarse que padece el SIDA, actualmente se encuentra hospitalizado, en el Centro Médico de la Penitenciaría de Santa Martha." [21]

Otro de los problemas jurídicos que se han presentado muy frecuentemente, es la solicitud de madres sidosas para poder abortar, esto ha orillado a que los médicos practiquen el aborto en estos casos, por lo que legalmente se le podría encuadrar en el aborto terapéutico o legal, entendiéndose por éste, el provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional en cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación, con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada y en este caso en especial, al haber adquirido el niño la infección durante el embarazo o el parto, va a nacer con una apariencia normal, pero alrededor de los siete o doce meses se desarrolla la enfermedad totalmente en su organismo y finalmente muere y como ocurre con otras enfermedades infecto-contagiosas, en las cuales la vida del niño y de la madre corren un alto riesgo, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, plantea la necesidad de que nuestra legislación contemple la posibilidad de permitir el aborto cuando se presente este caso, creando un artículo especial que lo regula.

1211 Oveaciones, Ob. cit pág. 48

El delito de difamación (Artículo 350 del Código Penal). Consiste en "...comunicar dolosamente a una o más personas, la imputación que se hace a otra persona física o moral de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que puede causarle deshonor, descrédito, perjuicio o exponerlo al desprecio de alguien. Como resulta evidente, resultaría muy sencillo incurrir en este delito al no tener cuidado durante el proceso de notificación de la enfermedad.

El delito de responsabilidad profesional médica y abandono de personas (Artículos 226 y 335 del Código Penal, respectivamente). Se refiere al delito en los que pueden incurrir todos aquellos profesionales de la salud que se nieguen a dar un trato justo y humano a los afectados por el VIH/SIDA.

A la prostitución se le ha considerado como uno de los oficios más antiguos del mundo y además como un mal necesario en toda sociedad. Proviene de la palabra latina prostituere, es la prestación de servicios sexuales a cambio de dinero. Siendo frecuente que se discuta si debe permitirse el ejercicio de la prostitución, o bien si debe prohibirse, en el fondo de todos los sistemas jurídicos existentes tienen la preocupación de combatir la trata de personas y las enfermedades venéreas, de tal manera que la meretriz pueda ser examinada médicamente en forma periódica. En nuestra legislación, el Código Penal, dentro de los delitos contra la moral pública y las buenas costumbres, reglamenta la trata de personas y el lenocinio, definiéndolo en su art 207 "Comete el delito de Lenocinio:

"-Toda persona que habitual o accidentalmente explote el cuerpo de otra por medio del comercio carnal, se mantenga de este comercio u obtenga de él un lucro cualquiera.

"-Al que induzca o solicite a una persona para que con otra comercie sexualmente con su cuerpo o le facilite los medios para que se entregue a la prostitución.

"-Al que regentee, administre o sostenga directa o indirectamente prostíbulos, casa de cita o lugares de concurrencia expresamente dedicados a explotar la prostitución u obtenga cualquier beneficio con sus productos. "

Al respecto, con la aparición del SIDA en nuestra sociedad la prostitución se ha convertido en uno de los medios más factibles de contagio, por lo que es necesario que nuestro legislador regule y castigue severamente para evitar que esta peligrosa enfermedad se propague cada día más. Actualmente el Centro Nacional de Información del SIDA haya promovido entre las prostitutas, la creación de un grupo donde se ejercen prácticas de alto riesgo, con el propósito de instruir promotoras para su propia comunidad, que obtengan la información necesaria con respecto a los verdaderos motivos de contagio y sobre todo las medidas de seguridad que deban de adoptar los que integren su grupo para no contraer el virus.

Cabe mencionar, que en diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, tales como Florida, Idaho y Minnesota, consideran que la prostitución donde se paga por sexo y existe la infección del SIDA, es equiparable al fraude, al robo y a la tentativa de homicidio hacia el consumidor.

El Derecho Penitenciario es la rama del Derecho Público interno que tiene por objeto la regulación en la ejecución de las penas (privativas de la libertad) una vez que se haya dado la sentencia ejecutoriada dentro de un proceso o procedimiento penal, es decir, que rige la aplicación concreta de la sanción del delincuente, lo cual se llevará a cabo en los lugares destinados para ello que serán los centros de reclusión.

La investigación de la magnitud de la infección por VIH se ha llevado a cabo en grupos de sujetos con riesgos diferentes para la adquisición de la infección y que ha incluido a la población de reclusorios. La reclusión por sí sola no define riesgo de infección por VIH, el riesgo está determinado por la prevalencia de infección en los reclusos y la frecuencia con que se efectúan prácticas de riesgo entre infectados y no infectados.

En una investigación llevada a cabo en forma conjunta por los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y la Dirección General de Epidemiología, se realizó en el D. F. detección de anticuerpos contra VIH en una población de 150 reclusos masculinos pertenecientes a grupos de riesgo encontrándose una prevalencia del 8.0%

Asimismo se estudiaron algunos sujetos del Centro de Sanciones Administrativas, en el que ingresan personas que se dedican a la prostitución y que se detienen por un lapso de 48 horas; en 56 personas masculinos se encontró una prevalencia de 16%.

Un segundo estudio realizado por el Instituto de Salud del Estado de México y la Dirección General de Prevención y Readaptación Social en el Reclusorio de Almoloya de Juárez, en donde se presentaron tres defunciones por SIDA entre los reclusos.

En el año de 1985, se notificó el primer caso de defunción de un recluso con diagnóstico probable de SIDA, teniendo como factores de riesgo ser usuario de drogas intravenosas, homosexual y el antecedente de haber vivido en el extranjero. A finales de ese mismo año, se presentó un segundo caso de SIDA en ese mismo reclusorio en un sujeto masculino de 54 años de edad, que había estado recluso por 4 años, en el que no se documentaron factores de riesgo, pero se confirmó la presencia de anticuerpos anti-VIH. Este sujeto también falleció.

Posteriormente a principios de 1986, se presentó el tercer caso de SIDA en un sujeto de 32 años de edad con antecedente de haber tenido prácticas homosexuales dentro del reclusorio con el

primer caso referido. Se realizó un estudio preliminar en el reclusorio en el cual se investigaron factores de riesgo en 790 sujetos, de los cuales 181 fueron personal de vigilancia.

Los resultados de los estudios practicados hasta ahora en México, indican que la prevalencia de infección por VIH esta asociada a prácticas de riesgo previas al ingreso al reclusorio y no determinadas por la estancia en el mismo. Sin embargo, existen datos que indican la ocurrencia de prácticas de alto riesgo al interior de los reclusorios. Por lo que deben de adoptarse medidas que prevengan la transmisión de la infección por VIH en los reclusorios.

En noviembre de 1987 se convocó una reunión de la O.M.S. para la prevención y control de SIDA en las prisiones. Las recomendaciones que surgieron a partir de esta reunión consideran que el control y prevención del SIDA en las prisiones debe situarse en el contexto de mejorar la higiene global en los reclusorios, prevenir las enfermedades infecciosas y mejorar los recursos médicos disponibles en ellas. Se concluyó que los principios generales de los Programas Nacionales de Control de SIDA deben aplicarse por igual en las prisiones y en la comunidad.

Las políticas y responsabilidades de los administradores de reclusorios deben desarrollarse en cooperación estrecha con las autoridades de Salud para disminuir al mínimo la transmisión del VIH en las prisiones

CAPITULO V

1.- Los aspectos sociales del SIDA:

El SIDA se ha convertido en un problema social, que despertó el interés de las instituciones que prestan servicios médicos, por tomar en cuenta no solamente la dimensión biológica de la enfermedad, sino los aspectos sociales que influyen de manera directa o indirecta en la propagación de la misma.

Al considerar el enfoque social, es con el fin de establecer medidas que permitan reducir la expansión del SIDA. No se puede descontextualizar a los individuos de su ambiente social, ya que tanto aquellos que pertenecen a grupos con prácticas de alto riesgo, como los que se encuentran en grupos con menor probabilidad de contraer el SIDA, son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico. Este hecho, nos lleva a reconocer que los individuos tienen un cierto modo de vida condicionado, por la forma como trabajan y obtienen sus recursos económicos y el monto de éstos. Los individuos poseen también determinados patrones socioculturales y expectativas que moldean sus ideas y actitudes, así como la manera de comportarse socialmente.

El problema del SIDA y su relación con los aspectos sociales, no puede verse de manera mecánica, ya que aún cuando desde la perspectiva biológica se demuestra la existencia de una historia natural de la enfermedad, debemos también preocuparnos por conocer la historia social de la enfermedad del SIDA. Es decir, en qué circunstancias sociales surge. Cuáles son los grupos más afectados y por qué causas se presenta, qué variables socioeconómicos y culturales influyen para que se difunda la enfermedad; cómo perciben los individuos desde su marco sociocultural las

campañas de educación sexual, para la prevención del SIDA y qué conducta adoptan frente a dichas medidas.

Todo esto implica estudiar, analizar el tipo de sociedad en que vivimos, cuál es la ideología predominante, como se integra cada una de las clases y grupos sociales específicos y que relaciones mantienen entre sí, implica también conocer como trabajan y viven los individuos teniendo como marco para nuestro análisis la crisis generalizada que enfrenta el país.

En la elaboración de la historia social de la enfermedad del SIDA, no se puede perder de vista que con esta enfermedad, se repite nuestra historia de dominación, pero bajo otras circunstancias, los conquistadores españoles nos trajeron enfermedades que afectaron a la población nativa, hoy, los países desarrollados contrariamente Estados Unidos, en donde también se desarrolla el SIDA, nos están transmitiendo dicha enfermedad por diversos medios.

al Patrones Culturales:

El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá también orientar mejor las campañas de educación sexual para prevenir el SIDA.

Debe tenerse en cuenta, que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad, difiere de un individuo a otro y, por consiguiente, el tipo de medidas y la manera como se difundan en los distintos grupos sociales, deberá responder a los marcos socioeconómicos, culturales e ideológicos respectivos. Esto permitirá que las campañas de prevención puedan efectivamente reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o inadecuadas respecto a la sexualidad.

Las características socioculturales del grupo al que pertenecen los individuos pueden facilitar o dificultar la comunicación entre los miembros de la familia. Sin duda, el hecho de empezar en la

familia a discutir sobre temas como la sexualidad que hasta hace poco tiempo se consideraban tabúes y que hoy empieza a exponerse en diversos medios de comunicación, ha empezado a cimbrar los cimientos de nuestra moral tradicionalista.

La manera como los individuos captan los mensajes que se difunden en medios informativos, para prevenir el SIDA depende también de su marco sociocultural y económico. Los grupos sociales, que por sus recursos han tenido mayores oportunidades de alcanzar estudios medios y superiores, tendrán una mayor receptividad hacia los mensajes del Sector Salud, ya que disponen de cierta cultura médica.

Aquellos grupos que por sus precarias condiciones económicas, tienen bajos niveles de escolaridad pueden pensar, que el SIDA no es su problema principal e inmediato, ya que viven cotidianamente serios problemas como son: el desempleo, subempleo, desnutrición y la falta de vivienda con los servicios básicos.

En tales circunstancias, los graves problemas que enfrenta diariamente la población mayoritaria de nuestro país, impedirán que ésta capte correctamente los mensajes del Sector Salud y, por lo tanto, que cambien sus hábitos sexuales por otros que sean menos riesgosos para su salud. En otras ocasiones, puede tenerse conciencia del peligro de contraer la enfermedad, pero ante una realidad llena de frustraciones y un medio social agresivo, el individuo se refugia en el alcohol y en las relaciones sexuales pasajeras, como un desahogo momentáneo de sus males.

b) Desigualdades frente al SIDA:

También lo social está presente cuando los individuos pertenecientes a grupos considerados con prácticas de alto riesgo tuviesen que realizar periódicamente los análisis respectivos.

Seguramente enfrentarían dificultades para cumplir con lo que se dice en las campañas, pues aun cuando muchos análisis sean gratuitos en las instituciones del Sector Público, el hecho de dejar de asistir al trabajo uno o dos días en una época de crisis con un desempleo generalizado en todos los niveles de la sociedad, representa un verdadero problema.

Otro problema se ha manifestado en todos los países incluyendo a los desarrollados: EL rechazo a los enfermos de SIDA y a sus familiares. La segregación de que son objeto en las escuelas y centros de trabajo ha llegado incluso a la agresión física.

"La falta de información sobre los mecanismos de transmisión del virus del SIDA, ligado a marcos socioculturales tradicionalistas, limita la posibilidad de que el sida y su familia tengan un ambiente social adecuado para enfrentar la enfermedad".[22]

Un rasgo sociológico importante en esta enfermedad, ha sido el hacer públicos aspectos que tradicionalmente se habían mantenido en el ámbito privado: el contexto de la relación amorosa homosexual o heterosexual, que es una de las principales formas de transmisión de este mal.

Las medidas de Salud Pública, publicitadas a través de prácticamente todos los medios de comunicación, son destinadas a producir cambios en las conductas íntimas de los individuos.

La transmisión del SIDA, implica la existencia de actos privados con consecuencias públicas y sociales.

Las políticas sanitarias, orientadas a combatir la propagación de la enfermedad suponen, a la inversa, actos públicos con impacto dentro de la esfera de lo privado. Junto con estas políticas de

[22] Resumen de la ponencia presentada en el Tercer Simposio Internacional sobre el SIDA, el 26 de agosto de 1988.

salud en torno al SIDA, han aparecido otras formas de respuesta social como lo es la marginación de los enfermos de SIDA, por lo que se ha hecho remembranza a las enfermedades como la lepra, tuberculosis o cólera, el SIDA como estas enfermedades, por un lado refuerza algunos prejuicios ya existentes, en parte de los normales o sanos y por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas.

El concepto de prejuicio puede ser definido: como una aversión o actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo y que se genera por la sola pertenencia de esa persona a dicho grupo y por lo tanto, se presume que comparte las cualidades objetables adscritas a éste.

"El caso de los enfermos de SIDA, en un principio se pensó en ciertos círculos que se trataba de una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Eso, aparentemente explicaba una acentuada aversión hacia ellos, pero aunque las evidencias científicas muestran que es sólo un accidente, que la enfermedad se haya difundido más entre homosexuales y que el mayor crecimiento de la misma se dará en los próximos años entre los heterosexuales, la actitud de rechazo hacia los primeros y de condena hacia los enfermos de SIDA tiende a mantenerse y a reproducirse".[23]

No obstante tales evidencias, persiste la actitud de considerar a todo homosexual como una inminente víctima del SIDA y a todo enfermo de SIDA como un muy probable homosexual.

"Algunos autores han distinguido cinco grados de prejuicio dependiendo de su intensidad, basándose en los tipos de actitudes que una persona o un grupo de personas puede adoptar.

[23] GALVAN, Francisco. "El SIDA en México y sus Efectos Sociales". UAM, 1988, México, D.F. pág. 13-16.

1.- Es la anti-locución o rechazo verbal: en el caso de los homosexuales y de los enfermos de SIDA, este grado de perjuicio parece ampliamente generalizado en la población.

2.- Es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona.

3.- Es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, escuela, de un lugar público, etc.), a ciertas personas. Los siguientes dos grados de prejuicio están estrechamente vinculados con actitudes altamente agresivas y por ende, son más peligrosos que los tres anteriores.

4.- Es el ataque físico

5.- Es el exterminio de una persona o un grupo.

El SIDA no solo refuerza prejuicios sino que además estigmatiza a sus víctimas. El estigma ha sido definido por Goffman como: "un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador". [24]

El mismo autor ha distinguido tres tipos de estigmas:

1.- Los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas, en esta categoría se inscriben los leprosos, los sífilíticos, los mutilados y al parecer también los enfermos de SIDA.

2.- Los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsas. En este grupo se encuentran los exconvictos, drogadictos, alcohólicos,

prostitutas, homosexuales, desempleados, etc.

3.- Los que se asocian a una raza, nación, o religión, transmisibles por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia. En este grupo están los judíos, negros, indios, et

El caso de los enfermos de SIDA es en consecuencia, doblemente patético, pues son portadores de dos de las tres clases posibles de estigma y se les estigmatiza en cuanto a enfermos y en cuanto a homosexuales.

Al hablar de prejuicio y estigma se hace referencia a cuatro modalidades sociales diferentes: puede ser un perjudicado, o se puede ser un estigmatizado, o se puede ser ambas o ninguna.

El manejo de estigma dice Goffman: es un rasgo cultural general de la sociedad, un proceso, que se produce donde quiera que existan normas de identidad. El rol normal y del estigmatizado son partes del mismo complejo.

En relación a las características de la enfermedad, puede decirse que:

1.- Se trata de un fenómeno estrechamente ligado a lo sexual y ésta es una materia tradicionalmente sensible en nuestra cultura aun cuando se trate de enfermedades propiamente dichas. Las controversias que aún despierta la planificación familiar son una muestra de ello.

2.- Se trata de una enfermedad, de un fenómeno que además de ser sexual, es una enfermedad venérea. Estas han estigmatizado a sus víctimas en los últimos siglos, porque se les asocia a una vida desordenada, fuera del matrimonio, y por lo tanto inmoral.

3.- Algunos autores opinan que entre nosotros existe una tendencia cultural a ver con rechazo a los líquidos corporales (como sangre, sudor, saliva, orina, semen) y a considerarlos como fuentes de contaminación.

4.- El SIDA es una enfermedad hasta hoy mortal, posiblemente, ahí donde no es posible implementar una cura física ni médica los grupos sociales, tienden a recurrir a la terapia social.

Por todo lo anterior, es necesario impulsar la formación de grupos multi e interdisciplinarios que permitan orientar mejor el diseño de las campañas de prevención del SIDA, y cuando esta enfermedad se presenta, se proporcione la mejor atención médica psicológica y social a los pacientes y sus familiares.

2.- El aspecto económico del SIDA:

El presupuesto actual del Sector Salud destinado a los programas que tendrían mayor relevancia para el control del SIDA fue para 1992 de \$2 895 billones. Esto representa menos de la veinteaava parte del presupuesto dedicado a la atención hospitalaria. El ejercicio de costeo no supone que en la realidad deban conseguirse el 100% de los recursos calculados para el control del SIDA, una parte de éstos pueden ya estar disponibles para otros programas.

Los costos de la detección de sujetos seropositivos; cada prueba de ELISA tiene un costo aproximado de \$3 960, considerado el reactivo, su costo de operación y la inversión en infraestructura necesaria. Si se le aplica una prueba anual por persona a la población bajo mayor riesgo -1.03 millones de personas se requerirían para 1993 de N\$4.07 pesos. De mantenerse el gasto per-cápita significará 12% del gasto total en lo que se refiere sólo a la prueba de ELISA. Hay que aumentar además los costos de los reactivos confirmatorios tipo "Western Blot", lo cual

dependerá del número de pruebas de ELISA positivas. Por lo que el porcentaje presupuestal para las acciones de laboratorio lleven un 0.70% del gasto.

Los costos de la educación sexual, la atención médica y la atención psicológica dirigida específicamente a los seropositivos y quienes se consideren de alto riesgo, han sido estimados en \$123 750 N\$123.75 anuales por persona, que incluyen costos de búsqueda activa y seguimiento de sujetos, costos de pruebas, reactivos, material didáctico, insumos profilácticos, atención médica de primer nivel, psicóloga y social, según las necesidades, excluyéndose gastos de inversión y mantenimiento.

Para establecer la magnitud del programa es necesario basarse en la población que se considera actualmente infectada, que oscila entre 22 965 y 46 053 personas. Los costos de su atención serían de entre 5 y 9% de lo que actualmente se gasta.

Las instituciones de seguridad social tendrán el doble de la carga, que aquellas dirigidas a población no asegurada, mientras que las primeras se verán en la necesidad de gastar entre 199 y 671% de su presupuesto, la Secretaría de Salud e instituciones filiales en los estados tendrán una carga de entre 99% y 333% sobre sus presupuestos.

Para el costeo de la atención hospitalaria se utilizó información del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", en el que se han atendido más de cien pacientes con SIDA.

Siendo esta institución de investigación, se espera que sus cálculos de utilización de servicios y costos por paciente sean bastante precisos. Un paciente con SIDA recibe actualmente dos consultas al mes en promedio, con costos de operación de \$40 000 N\$40 por consulta y \$30 000 N\$30 mensuales en medicamentos. Si se trata de un paciente con complejo relacionado con el SIDA y se le recetan antivirales como la azidotimina (AZT), el costo de la medicina asciende a 8600 dólares

anuales. Cada paciente de SIDA es internado un promedio de 48.2 días por cada año a razón de \$300 000 N\$300 diarios ó \$14 460 000 N\$144.60 anuales.

Si después del diagnóstico de SIDA el paciente sobrevive un año, cada paciente llega a consumir \$ 4 320 000 N\$4320 en consulta externa y \$ 360 000 N\$360 en medicamentos, lo cual aunado a la hospitalización, arroja un total de \$ 19 140 000 N\$191.40.

Actualmente, el Instituto Nacional de "Nutrición Salvador Zubirán" está subsidiado en promedio de dos tercios de estos costos y el tercio restante lo pagan directamente los pacientes. La cantidad que pagan cada uno de ellos depende de un estudio socioeconómico. Por lo que se deduce que el gobierno absorbe 100% de los gastos, situación que debe suceder para más de 90% de los pacientes con SIDA en México.

El impacto del SIDA sobre los recursos para la salud sobresa cuando se analiza la capacidad de servicios hospitalarios sobre la base de la inversión y eficiencia actuales.

Para 1993 se requerirán sólo para el SIDA, 520 560 días-cama.

Por lo que es preciso que todos los sectores aislados, se den cuenta de que los grandes problemas les corresponden grandes soluciones, y que el SIDA entre otros problemas de salud, representa un problema de igual o mayor magnitud que los que llevaron a crear la seguridad social en México.

3.- El aspecto psicológico del SIDA:

El SIDA, entre otras cosas, ha venido a reforzar la necesidad profesional psicológica, para entender, analizar y abordar la conducta de las personas enfermas y sus relaciones sociales en

varios ámbitos casa, escuela, trabajo y según la posición que tenga en relación a la enfermedad, ya que se experimentan emociones de culpa por haberse contagiado, de vergüenza o coraje si su hijo presenta síntomas de SIDA, tristeza cuando un paciente muere, rebeldía o impotencia ante aquello que se enfrenta.

Un psicólogo juega un papel primordial en esta penosa situación, ya que como sabemos, esta terrible enfermedad no tiene cura y por lo tanto este profesional brinda su amistad, apoyo, asume una posición ante el problema de acuerdo a su evaluación; el infectado percibe todo esto, a la vez que enfrenta todos los cambios físicos que va sufriendo al enfermar, y por lo tanto de su autoestima.

Al ser la psicología la rama de la ciencia encargada del estudio de la conducta humana, la cual comprende comportamientos, motivos, pensamientos, emociones, aprendizajes, afectos, actitudes del hombre, trata de auxiliar a los programas de prevención y educación en relación al SIDA.

La psicología se integra así a los servicios de la salud aportando la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos (pareja, familia, grupo social, sociedad) en relación al SIDA, a través de diferentes áreas: educativa, social, clínica, industrial, experimental y ambiental incidiendo en diferentes ámbitos como el escolar, laboral, social, clínico y experimental.

La parte medular de los programas de prevención es la educación y al respecto el psicólogo educativo, junto con los profesionales de otras disciplinas educativas, diseña los programas de educación sobre el SIDA.

El médico, el individuo seropositivo, el alumno, el familiar, deben educarse y cada población requiere de un programa específico de acuerdo a sus características y necesidades. Partiendo del

análisis de diferentes contenidos o conductas relacionadas con el SIDA, a través de diferentes medios didácticos (audiovisuales, material impreso, experiencias, etc) integrados a experiencias o actividades de aprendizaje (obras de teatro, conferencias, cursos, actividades vivenciales, etc) acordes a cada población.

El diseño de ambientes educativos adecuados a los mismos es otra función de esta área psicológica.

El psicólogo educativo diseña estos programas mismos que serán ejecutados individualmente, en grupos o comunidades, por el médico, el maestro, el psicólogo educativo, clínico, social o industrial o bien el trabajador social.

El psicólogo industrial en empresas a través de los cursos de capacitación son los encargados no sólo de hacer llegar información sobre SIDA a sus comunidades, son de desarrollar diferentes experiencias que ayuden a alumnos y trabajadores a integrar esos conocimientos con las otras áreas, con el fin de que analicen las actitudes, las percepciones, los afectos, etc., que tienen al respecto. A su vez el psicólogo industrial asesora y media en el reclutamiento, selección y relación personal con prácticas de riesgo o infectado.

El psicólogo clínico juega un papel muy importante en los grupos de prácticas de alto riesgo, infectados, enfermos y sus familiares, especialmente en los Centros de Información sobre SIDA en donde el psicólogo es el profesional que acompaña a la persona desde que llega al Centro hasta que sale de él, una vez cubiertas sus necesidades de atención.

El psicólogo clínico como educador, debe facilitar a la persona a través del análisis de sus conductas, mismo, que le permita llevar a cabo los cambios necesarios dentro de ella.

De manera inmediata se avoca a auxiliar el manejo de la angustia de la posibilidad de estar infectado, ya que mientras la persona se encuentre ansiosa y temerosa será incapaz de comprender la información que necesita para tomar diferentes decisiones, para entender lo que está sucediendo internamente y mucho menos para darse cuenta y aceptar que necesita cambiar urgentemente una serie de comportamientos, como el tener varias parejas, sobretodo en estos momentos muchas personas reaccionan de inmediato ante la posibilidad del suicidio. Lo ayuda a manejar la crisis que está enfrentando, y lo canaliza a terapia individual o de grupo. Les ayuda a enfrentar los cambios físicos (en su apariencia) y sociales (en sus relaciones) que empiezan a presentar, las pérdidas de amistades, pareja o trabajo, y la pérdida final y definitiva "la muerte" sin dejar de darle significado a su existencia.

El psicólogo social investiga la conducta grupal (pareja, familia, grupos, sociedad) ante el SIDA y dentro del enfoque educativo, facilita el que los integrantes de los mismos puedan a su vez entendiendo analizando y manejando aspectos de su conducta social como su necesidad de aceptación y pertenencia a un grupo determinado, la atracción o el rechazo que experimenta hacia los afectados, la disonancia que les produce el querer acercarse al paciente o al esposo y el sentir coraje o rechazo al mismo tiempo, y finalmente en sus prejuicios estereotipos y mitos con respecto al SIDA.

Finalmente las actividades señaladas no serían eficaces sin el apoyo de otras dos ramas de la psicología, la ambiental la cual diseña los aspectos específicos y adecuados para llevar a cabo las actividades educativas y muy especialmente el ambiente de respeto, confidencialidad anonimato, que requieren los centros de información sobre el SIDA para el desarrollo de sus funciones y la experimental a través de la investigación de la conducta que sumada al estudio que la clínica hace

sobre la personalidad, en relación al SIDA, sienta las bases para el trabajo del psicólogo en su prevención.

El análisis y manejo de la conducta ante el SIDA, requiere pues de un trabajo disciplinario. El psicólogo en la industria en la comunidad, en la escuela, en las clínicas, o en los centros de información debe integrar las técnicas y aportaciones de las diferentes áreas de la psicología para llevar a cabo la prevención de la enfermedad.

4.- El aspecto religioso-cristiano del SIDA

La Arquidiócesis de México dió una exposición sobre "La Moral y la Sexualidad" dirigida a los fieles y hombres de buena voluntad, haciendo un análisis racional de la naturaleza humana integral, a la luz de la doctrina expuesta por el magisterio tanto universal como nacional de la Iglesia. Dice que "el elemento básico y maravilloso de la persona es la sexualidad, ella expresa la doble forma de ser persona en la humanidad, la distinción entre varón y mujer, iguales y a la vez diferentes, caracterizando al uno y al otro no sólo en el plano físico sino también en el psicológico, afectivo, espiritual y aun sobrenatural".

Algo que les preocupa muy seriamente es la desintegración de la sexualidad, que es provocado por: el encuentro compartido con exclusión de las exigencias de totalidad de la sexualidad y la persona.

Relaciones Extramatrimoniales

Prostitución

Adulterio

La Homosexualidad, el espectro del SIDA

El Aborto

Su inquietud se centra en la manera como se ha acrecentado el llamado "mal del siglo" el SIDA, y que la forma en que se ha tratado de evitar el contagio (anticonceptivos, esterilizantes) disgregan los elementos que integran la sexualidad humana total y propician una incalculable disolución social.

Y afirman, que semejante situación afecta de manera muy honda la conducta moral tanto individual como comunitaria, "apremiados por nuestra misión de pastores, queremos iluminar las conciencias de los fieles cristianos, para que vean más claramente lo que dios, autor de la persona sexualizada, establece a través de su palabra impresa en la naturaleza humana y comunicada amorosamente en la revelación.

La homosexualidad o sodomía para la iglesia católica, es la relación entre personas del mismo sexo considerada como una tergiversación total de la sexualidad, en sus elementos constitutivos y en sus fines, aparte de su distorsionado desacoplamiento orgánico, existe un desequilibrio psicológico que produce en sus adeptos, una seria dificultad para construir relaciones normales heterosexuales en el matrimonio, provocando una total disolución social, aunque ciertas escuelas sexológicas la consideran simplemente como una "opción" a la par y tan normal como la homosexualidad.

Por ello la reprueban enérgicamente la sana ética natural y la moral fundada en la revelación.

Gracias a las informaciones científicas, la Iglesia Católica está consciente de que esta letal enfermedad no es exclusiva de homosexuales, aunque sí halla en ellos una notable incidencia y

difusión, afecta también en muchas ocasiones a seres totalmente inocentes, por lo que no califican al SIDA como un directo y específico castigo de dios, ya que desconocen sus intenciones y porque él es padre de amor y misericordia para todos los hombres.

Sin embargo, no dejan de ver mal que la expansión del SIDA pasa por el camino de relaciones sexuales las más de las veces desordenadas y con frecuencia antinaturales, estableciendo una pregunta: ¿No será que dios, a través de la naturaleza tan repetidamente vejada por el desenfreno en la búsqueda del solo placer sexual, está dando un toque de atención para que el hombre retorne a los causes morales que él le imprimió en el recto ejercicio de la sexualidad?

Apoyan a todos los investigadores entregados a la prevención y cura del llamado "mal del siglo" y estan tomando providencias para prevenir dentro de su misión pastoral su difusión y atender dentro de sus posibilidades a los afectados por dicho mal, pero estan en contra de ciertas medidas adoptadas para prevenir el contagio porque alguna de ellas son gravemente inmorales, tales como los anticonceptivos que dan lugar al libertinaje sexual al estar en manos de los adolescentes y jóvenes, cuya conciencia moral padece de muy escasa formación y es fácilmente engañada por propagandas artificiosas y falaces atemorizando además por el tristemente real fantasma del SIDA.

Y afirman: "puesto que el SIDA es por igual un problema de salud y un problema moral tendrá que ser resuelto en ambas direcciones y su prevención radical no puede venir de otro abuso de la sexualidad, sino de la abstención de los datos ordinarios de contagio, en sana lógica, quien no quiere el efecto tampoco debe querer su causa". [25]

A la vez la iglesia católica propone que ante el avance del SIDA, ¿Por qué integrar una honesta

planificación familiar con una auténtica educación de la sexualidad (en adolescentes, jóvenes y adultos) y con una paternidad responsable, sobre todo ahora que el avance del SIDA, problema a un mismo tiempo sanitario y moral, no está surgiendo no a la disolución sexual añadida al desorden sexual y de droga en que aquel prolifera, sino precisamente a un uso racional y **!** del sexo?

Al estar conscientes de su responsabilidad pastoral y de la obligación, que como mexicanos tienen en la edificación de una patria robusta, sana y honesta, han dado a conocer su más honda preocupación acerca de esta terrible enfermedad, exhortando:

- A los padres de familia, primeros e insustituibles educadores, recomendándoles que en el espacio privilegiado del hogar en el que viven alegre y castamente su sexualidad formen a sus hijos en la generosidad el dominio de sí mismo y más que nada en el amor de donación a dios, a los hermanos y a la humanidad.

- A los educadores, cuya misión es formar personas, recomendándoles que de una manera progresiva, positiva y prudente presenten a los alumnos y los formen en los valores de la sexualidad, no tanto por la comunicación de conocimientos, que es indispensable, cuanto mediante la educación de la mente, de la voluntad, los afectos y el amor, y les ofrezcan valores sólidos de discernimiento humano y responsable en este campo.

- A los adolescentes y jóvenes a tomar conciencia de su sexualidad como elemento integrador de su persona en evolución.

- A los pastores de la iglesia, deben hacer una profunda reflexión sobre los valores genuinos de la sexualidad para que, exponiéndolos a los fieles a la luz de la palabra divina, sobre todo en los inexcusables cursos prematrimoniales, formen la conciencia moral de ellos sobre las exigencias integrales de la sexualidad en la conducta personal, familiar, y social como parte de una vida cristiana plena y comprometida.

- A los profesionistas e investigadores recomendándoles que se haga un estudio completo del hombre, mediante un amplio y sincero diálogo que sitúe a la sexualidad en la recta perspectiva de la persona bajo los diversos ángulos científicos, médicos, sociológicos, sociales y éticos, para que la sociedad recupere el equilibrio que está viviendo.

- A los medios de comunicación para que recapacite sobre la trascendencia de su misión al formar la opinión pública.

- A la sociedad en general y en especial a los cristianos.

Cabe mencionar, que en la última visita que realizó nuestra Santidad el Papa a los Estados Unidos, tuvo un recibimiento muy desagradable, por parte de un numeroso grupo de homosexuales, los cuales con el afán de ofender, hicieron burla de su atuendo vistiéndose de igual forma y se mofaron de él como persona y como eclesiástico, por lo que el Papa sabiamente contestó: "El cristianismo no acepta sus actos pero sí los acepta como personas ya que son también hijos de dios". No hace mucho tiempo, nuestra Santidad también visitó el Africa, uno de los continentes más afectados por esta letal enfermedad, brindando todo su apoyo espiritual al platicar y estar con toda esa gente enferma que más que nunca necesita tener alguna luz de esperanza ya que se saben próximos a morir.

Como podemos observar, la religión católica está consciente de la realidad que vive la sociedad con respecto al SIDA, adoptando medidas para tratar de prevenir su propagación y sobre todo la preocupación que ha tenido por hacer análisis, estudios y conferencias sobre el SIDA para sus sacerdotes y fieles.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- SIDA son las siglas con las que se conoce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad causada por un virus que incapacita una parte del sistema inmunológico (defensas) del cuerpo humano, este daño hace vulnerable al cuerpo a una variedad de infecciones poco comunes. Las personas que están infectadas con el virus podrán desarrollar SIDA, la mayoría de las personas infectadas formarán anticuerpos contra el virus y permanecerán sin manifestaciones de la enfermedad, es decir, no tendrán síntoma alguno de SIDA. El 15% a 30% de personas infectadas desarrollarán SIDA a lo largo de 5 ó 10 años, según el estado inmunológico de cada persona.

SEGUNDA.- Se ha determinado que la causa de esta enfermedad es un virus al cual le han dado diferentes nombres, pero en la actualidad el nombre apropiado en inglés, español y francés es el "virus de la inmunodeficiencia humana" VIH, por sus siglas en español.

La hipótesis sobre el origen del SIDA, señala la semejanza entre el VIH con el virus linfotrópico T-III de simios, por lo que de acuerdo a esta hipótesis el virus se humanizó y originó el VIH.

Parece probable que la epidemia se haya originado en Africa en los años cincuentas, pasando al Caribe, Haití, Estados Unidos y Europa a finales de los setentas. Por razón política la ex Unión Soviética ha diseminado información de que el origen del SIDA fue en laboratorios de los E.U.A. para la guerra bacteriológica.

TERCERA.- Las únicas formas de transmisión conocidas del SIDA, según su frecuencia son:

Vía sexual: cuando existe intercambio de líquidos corporales, semen, secreciones vaginales y sangre, entre persona infectada y otra sana.

Via perinatal: donde una madre infectada puede contagiar a su hijo durante el embarazo, al momento del parto, o en el período de lactancia a través de la leche materna.

Transfusión sanguínea: cuando el donador de sangre infectada por VIH se le transfunde a un individuo sano.

Por el uso de agujas contaminadas: no esterilizadas que contengan el virus.

Por trasplante o injerto de órganos o tejidos infectados.

CUARTA.- Los Síntomas deben de tener una duración mayor de dos semanas y que no haya cedido con tratamiento médico: - Fatiga sin causa aparente combinada con dolor de cabeza, mareo o vértigo. - Fiebre constante que se puede manifestar como sudores nocturnos. Pérdida de peso de más de 5 kilos sin dieta. Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello o axilas. Tos fuerte y seca que no se deba al cigarro y que haya durado demasiado tiempo para ser un resfriado o gripe. Aftas que pueden ir acompañadas de dolor. Dificultad para respirar. Formación de moretones con mayor facilidad que la normal. Placas o manchas violáceas o descoloridas en la piel. Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio del cuerpo.

QUINTA.- La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, ha establecido un programa de investigación y detección del SIDA con cobertura nacional, tomando como punto inicial a la Ciudad de México. Este programa tiene como uno de sus objetivos la detección de infección por VIH, por medio de un examen de la sangre con la técnica conocida con el nombre de ELISA, con la cual se detectan anticuerpos (defensas) contra el VIH. Con los resultados de esta prueba no se puede elaborar el diagnóstico de SIDA, lo que se sabe con el resultado positivo de este examen es, que la persona a la que se le realizó tiene en su cuerpo anticuerpos contra el virus que causa el SIDA, que está infectada y puede infectar a otras personas a través del intercambio de líquidos

corporales como el semen y sangre, cuando se le informa el resultado positivo es que ha sido confirmado con otras pruebas (ELISA y Western Blot).

SEXTA.- No existe vacuna anti-VIH hasta ahora, ya que se ha presentado un problema: la falta de un modelo animal adecuado para el estudio de la infección por VIH. Se puede resumir los medicamentos actualmente en estudio: suranina, ribavirina, alfa interferón, fosfonoformato, antimoniotungstato, ansamicina y aziditunuduba sus siglas (AZT). El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la aparición de anticuerpos es usualmente de dos a ocho semanas, sin embargo, puede ser de hasta 12 meses.

Contrariamente a lo formulado en supuestos anteriores de que el virus del SIDA es frágil en extremo, en investigaciones realizadas recientemente, se ha demostrado que en superficies secas a temperatura ambiente, el virus puede permanecer activo y causar infección por un período de hasta 7 días y en el agua hasta de 15 días

SEPTIMA.- Ha reportado hasta el 31 de marzo de 1992, la Organización Mundial de la Salud 489148 casos de SIDA en 189 países de los cinco continentes, en donde México ocupa el 10o. lugar en el mundo y el 3o en América. Sin embargo, no se cuenta con un registro real, debido a que, los seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana, ya son transmisores de la enfermedad del SIDA, y desafortunadamente tanto en México, como en muchos países, las cifras se desconocen y sólo se conocen de algunos que desarrollan el SIDA en la fase terminal de dicha enfermedad.

OCTAVA.- En México las entidades con mayor riesgo de SIDA son: Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Baja California, Coahuila y Yucatán; por lo que México ha adoptado medidas legales, en la Ley General de Salud: el 20 de febrero de 1985, se publicó el Reglamento para la Disposición de

Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y posteriormente el 22 de mayo 1986 la Norma Técnica para la disposición de Sangre Humana y sus componentes, con fines terapéuticos, documentos que contienen los lineamientos de acuerdo al avance tecnológico de inmunohematología. El 27 de mayo de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones a la Ley General de Salud. Se ha elaborado material educativo para personal de Salud en un documento denominado "Pautas para la vigilancia y control del SIDA en México".

Se crea CONASIDA Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA como parte medular del programa de educación por decreto del 24 de agosto de 1988. En la Norma Técnica 324 para la prevención y control del VIH, emitida por la Secretaría de Salud, en su art. 15 establece: "las pruebas de tamizaje para el diagnóstico de SIDA:

*1) Ensayo Inmunoenzimático-Prueba de Elisa.

*2) Inmunoelctrotransferencia-Western Blot"

Se establece como Día Nacional de Información sobre Sida el 27 de julio y posteriormente fue cambiado al día 1o. de diciembre. Diferentes instituciones públicas y privadas como Televisa, Universidad Pedagógica, Cementos Cruz Azul, Petróleos Mexicanos, Club de Leones, etc han hecho aportaciones en la lucha contra el SIDA, haciendo toda clase de campañas en todos los medios masivos de comunicación T.V., radio, cine, teatro y periódicos.

NOVENA.- Se crea en 1991 COESIDAS (representaciones en los estados de CONASIDA) para trabajar directamente con los infectados de SIDA en los estados y público en general.

DECIMA.- No obstante la lucha por diversos Organismos Gubernamentales y los no Gubernamentales, el SIDA ha originado que resurjan añejos y nuevos problemas jurídicos que resulta necesario legislar:

1.-En el Derecho Civil: Se puede considerar como: -Establecer la prueba de ELISA y la confirmatoria Western Blot como un requisito prematrimonial.- Como un impedimento para contraer matrimonio.- Como una causal de divorcio, cuando alguno de los contrayentes se encuentre dentro de los grupos de riesgo, y como por ejemplo se puede citar al Art. 79 de la Ley de Salud para el Distrito Federal que a la letra dice: "El certificado médico prenupcial será requerido por las autoridades del Registro Civil, a quienes pretendan contraer matrimonio, con las excepciones que establezcan las disposiciones generales aplicables", que en este caso serían los exámenes antes mencionados.

2.-Dentro del Derecho Penal: se puede establecer los delitos:

- Contra la salud, en el de peligro de contagio, donde aquel que se encuentre enterado de haber contraído la infección y dolosamente transmita el virus de la inmunodeficiencia humana se le imponga una penalidad más elevada, por no tomar conciencia sobre éste problema, debido a que la transmisión hasta en tanto, no exista una vacuna contra esta enfermedad, se provoca la pérdida de la vida de un ser humano.

- Contra la vida y la integridad corporal, en el delito lesiones, como consecuencia de aquellas que alteran la salud de una persona, en un lapso comprendido dentro de 5 ó 10 años, (período en que el infectado por el virus de inmunodeficiencia humana desarrollará el SIDA) y esto, es hasta en tanto, no exista una vacuna contra dicha enfermedad, siempre y cuando el afectado por el citado virus, se encuentre notificado de que es transmisor de dicho virus, porque no obstante de que en el Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República del Fuero Federal, se menciona "Art. 292: Se impondrá de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de

la que resulte una enfermedad segura o problemante incurable...", pero lo que se atenta en el caso del SIDA es contra la vida.

- Contra la moral y las buenas costumbres: en el lenocinio y la prostitución; la homosexualidad y la prostitución de enfocada directamente hacia los hombres no se encuentra regulada, provocando con ello un desequilibrio total, en donde debe de contarse con un control de sanidad.

- El aborto terapéutico o legal.- Para la madre que padezca el virus de inmunodeficiencia humana, evitando así, que el bebé sufra las consecuencias del SIDA.

3.- Derecho Penitenciario: Crear una Institución dependiente de la Secretaría de Salud, donde se realice el control y prevención del SIDA en las prisiones, su higiene global, prevenir enfermedades infecciosas y mejorar los recursos médicos disponibles, como otro requisito más de los que ya tenemos reglamentados.

4.- Dentro del Derecho Internacional: se establezca la posibilidad de someter a todos los viajeros internacionales a exámenes de detección del SIDA. Sometiéndose al examen de la prueba de ELISA a y la confirmatoria Western Blote a todo extranjero, que pretenda entrar al territorio nacional, con la intención de radicar en él, supervisando y pidiendo para el internamiento. además de los ya establecidos.

5.- En el Derecho Laboral: formular Jurisprudencias y modificaciones en nuestra Ley Federal del Trabajo; hacer políticas coherentes, tanto en el plano nacional como en las empresas, organismos oficiales y otras instituciones mediante consultas entre los trabajadores, empleados y sus organizaciones; organizar sistemas de información sobre la enfermedad para entender el impacto del

SIDA en la fuerza de trabajo, siendo objeto de revisiones continuas en función a la información epidemiológica y científica en general.

6.- En la Ley de Seguro Social: considerar la posibilidad de encuadrar la enfermedad del SIDA como un riesgo de trabajo en los oficios, donde sí existe peligro de contagio, en el seguro de enfermedades y maternidad, ya que la mayor parte de las personas infectadas son económicamente productivas, en el seguro de invalidez, cuando los afecte una enfermedad relacionada con el SIDA, y en el seguro de muerte para que beneficie a las personas que dependen económicamente de la persona enferma.

7.- Ley General de Salud: falta analizar y reglamentar en:

- Materia de Control Sanitario Internacional: Incluir al SIDA como enfermedad objeto de reglamentación.

- Materia de Investigación para la Salud: Mientras se investiga a un infectado de SIDA pueda adquirir alguna remuneración o ayuda siempre que de él dependa una familia.

- Materia de Prestación de Servicios de Salud: Aún cuando se contempla la educación la salud como un servicio básico: debe ser obligatorio en escuelas públicas como privadas, la información de la trasmisión de educación sexual y detección oportuna de enfermedades como el SIDA.

Resulta necesario que la Secretaría de Salud lleve un registro de personas seropositivas del SIDA por parte de la Secretaría de Salud (atendiendo al principio de confidencialidad).

8.- En el Derecho Comparado: las repercusiones que ha tenido el SIDA mundialmente, la Comunidad Internacional ha creado un plan de cooperación de la O.M.S. en la que crea una unidad

de legislación dentro de la cual surgió el Digesto Internacional de la Salud. Existe intercambio de información en el mundo entero, se hacen conferencias como: -Plan Internacional para prevenir el SIDA.- Programa Nacional contra SIDA en Panamá. -II Teleconferencia Panamericana sobre SIDA, sin embargo debe de tenerse que subsidiar a los países que no cuentan con el material necesario para prevenir el SIDA, es decir que en lugar de buscar el avance de armamento debe de buscarse soluciones a este mal.

DECIMA PRIMERA.- EL SIDA plantea la necesidad de aplicar estrategias de lucha que a su vez, implican problemas jurídicos, éticos, psicológicos, sociales, económicos y morales. En el área psicológica se ha tenido que manejar nuevas directrices de terapia individual, con el fin de asesorar a personas con prácticas de riesgo, infectados, enfermos y familiares. Desgraciadamente el miedo a mecanismos de contagio no comprobados ha suscitado estigmatización, rechazo y en ocasiones persecución de individuos, con prácticas de alto riesgo y sobre todo en el caso de enfermedad, discriminación que se extiende a la familia de los pacientes. El aspecto económico del SIDA está relacionado con el turismo, migración fuerza de trabajo, muerte prematura en población joven, presupuesto de instituciones para la salud, etc, en el campo de la moral, en donde más controversia existente.

DECIMA SEGUNDA.- Finalmente, considerar que al estar ante una epidemia, tenemos formas para luchar en dos frentes:

1) establecer medidas de salud pública para prevenir y determinar la propagación del SIDA.

2) impulsar la investigación científica que permita avanzar en el conocimiento del VIH y sus mecanismos de acción destructiva.

BIBLIOGRAFIA

LEGISLACION

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.- Colección Porrúa.- 93a. Edición 1991. México, D. F.
- 2.- Código Civil en el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal, Actualizado, Concordado y con Jurisprudencia Obligatoria.- Edición Miguel Angel Porrúa, S.A. Librero Editor, México.
- 3.- Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal.- Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal. México 1991.
- 4.- Ley Federal del Trabajo por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 7a. Edición, México, D. F.
- 5.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.- Editorial Andrade, S.A., 5a. Edición, México, D. F.
- 6.- Ley General de Salud.- 2a. Editorial Andrade, S. A., 1987, México, D.F.
- 7.- Ley del Seguro Social. Editorial Alco. S.A. Edición mayo 1992. México, D.F.

8.- Gufa del Extranjero.- "Internación y Estancia en el país". Editorial Porrúa, S.A. mayo 1987. México, D.F.

9.- Diarios Oficiales.- 3 de febrero de 1983, 22 de mayo de 1986, 27 de mayo de 1987, 24 de agosto de 1987, 24 de agosto de 1987, 24 de agosto de 1988, 21 de febrero de 1992, Secretaría de Gobernación.

DOCTRINA

1.- ARANGO, Eduardo Julio y Otros. "Aportes de la Etica y el Derecho al Estudio del SIDA", Editorial Organización Panamericana de la Salud.- Publicación Científica No. 530, 1991, Washinton, D.C. 20037, E.U.A.

2.- BALLENTI, Joseph A: "Inmunología".- Editorial Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 213, 1988. Washinton, D.C. 13139.

3.- COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.- "SIDA, VIH 1992", Editorial Comisión Nacional de Derechos Humanos. 1992, México, D. F.

4.- CUADERNOS DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS No. 530. "El SIDA Régimen Jurídico".- Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. 1991, México, D. F.

5.- DANIELS, Víctor G. "SIDA".- Editorial El Manual Moderno, S.A, de C.V., 1985, México, D.F.

6.- DAVALOS, José "Derecho del Trabajo".- Editorial Porrúa, S.A., México 1987.

- 7.-DURHAM, Jerry D: y COHEN, Felissa.- "Cuidados de Enfermería". Editorial Manual Moderno, Edición 1987. México, D. F.
- 8.- GARCÚ, Javier y MARTÍNEZ, Joaquín "Dígame Doctor El SIDA". - Editorial Emeka.1987, México, D.F.
- 9.- GALINDO, Garfías Ignacio.- "Derecho Civil", Sexta Edición, Editorial Porrúa, S.A. 1985, México, D.F.
- 10.- GALVAN, Díaz Francisco.- "El SIDA en México. Los Efectos Sociales". - Universidad Autónoma Metropolitana, octubre 1988, México
- 11.- GONZALEZ, Orlando S: "Responsabilidad Médica Legal en el SIDA", ediciones Jurídicas, Buenos Aires, 1989.
- 12.-GOLDTEIN, Raúl.-"Diccionario de Derecho Penal y Criminología". Editorial Astrea, 2a. Edición actualizada y ampliada.- 1989, México.
- 13.- HANLON, M.S JOHN, J.M.D P.H. "Principios de Administración Sanitaria", Editorial Prensa Médica Mexicana, 3a. Edición en español.
- 14.-Instituto de Investigaciones Jurídicas.- "Introducción al Derecho Mexicano, Tomos I y II", Universidad Nacional Autónoma de México, 1981, México, D.F.
- 15.- LAWLOR, J.R.G.J. y FISHER, T.J. "Manual de Alegría e Inmunología" Edición 1985, Editorial Prensa Médica, 1991, México.

16. MILLER, "Atención de Pacientes con SIDA". Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V., México, D.F.

17. SEPULVEDA, Amor Jaime Rico, Galindo Blanca, "El SIDA en México". Editorial Fondo de Cultura Económico, México, 1989.

18. Información directa del Comité de Aspectos Jurídicos de CONASIDA. México, D.F., abril 1992.

19. Prensa - Notisida - CONASIDA (varios)

20. Reunión Consultiva sobre el SIDA en el lugar de trabajo días 27-29 de Junio de 1988, Ginebra Suiza

21. Gacetas CONASIDA (varias)

22. Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la Republica Mexicana

23. Contrato Colectivo de Trabajo de la Empresa Televisa, México.