

294
MAY 20 1995
ACATLAN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ACATLAN



FALLA DE ORIGEN

"EL VIH / SIDA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO MEXICANO"

T E S I S

que para obtener el título de

LICENCIADO EN DERECHO

presenta

LUCIA PIÑA SALAZAR

Naucalpan, Edo. de México

1995



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.

Con cariño a Albergues de México, en especial
a RENE GARCIA y a JAVIER E. MARTINEZ

A MIS PADRES, con todo cariño y respeto,
les doy las gracias por todo el apoyo que
desde niña siempre me han brindado.

A mi hermana Laura,
a su esposo Jorge,
a Ximena y al Bebé
por su apoyo GRACIAS.

A el Sr. Moisés Rosemberg y a su hija Florence,
por su valiosa ayuda para poder lograr la
terminación de mi licenciatura.

A mis verdaderos amigos y amigas
por su vallosa y sincera amistad
que de una u otra manera
han contrubuido a mi formación
humana y profesional

MARCOS
ANDREA
ALEJANDRA
LETICIA
y en especial a CESAR

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
por haberme dado la oportunidad de forjarme un futuro.

A mi asesor el Lic. AARON HERNANDEZ LOPEZ y
mis MAESTROS: por sus enseñanzas y consejos
a lo largo de mi trayectoria como estudiante.

Y a todas aquellas personas que
directamente contribuyeron a lo
largo de mis metas.....

.... Obtener el Titulo Profesional.

INDICE

Páginas

INTRODUCCION	7
------------------------	---

CAPITULO I

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

A) CONCEPTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	12
B) CLASIFICACION	
a) SIFILIS	16
b) HERPES GENITAL.	17
c) CHANCRO BLANDO.	17
d) CHLAMYDIA	18
e) OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.	18
C) CLASIFICACION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE ACUERDO A LEY GENERAL DE SALUD	20

CAPITULO II

VIH/SIDA COMO ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

A) HIPOTESIS DE SU CREACION	29
B) MEDIOS DE TRANSMISION.	32
C) PRUEBAS DE DETECCION	36
D) MEDIDAS PREVENTIVAS.	38
E) ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA EN MEXICO	41

F) INSTITUTO DE LUCHA CONTRA EL SIDA	
a) SECRETARIA DE SALUD	44
b) CONASIDA.	49
c) ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	52

CAPITULO III
LEGISLACION DEL VIH/SIDA

A) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. . .	57
B) CODIGO PENAL PARA EN DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN, Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL.	60
C) LEY GENERAL DE SALUD	67
D) REGLAMENTO DE RECLUSORIOS DEL DISTRITO FEDERAL	72
E) DERECHOS HUMANOS	
a) LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA.	80
b) LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y QUE SE ENCUENTRAN PRIVADOS DE SU LIBERTAD.	86

CAPITULO IV
SISTEMA PENITENCIARIO

A) CONCEPTO DE PRISION.	94
B) EVOLUCION DEL SISTEMA PENITENCIARIO EN MEXICO.	102

C) LOS RECLUSOS INFECTADOS DE VIH/SIDA	
a) EN MEXICO	110
b) EN EL EXTRANJERO.	116
D) RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA PENITENCIARIO	
a) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.	120
b) COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	129
c) LV LEGISLATURA DEL H. CONGRESO DE LA UNION.	133
NOTAS	138
CONCLUSIONES.	140
BIBLIOGRAFIA.	145

INTRODUCCION

La presente investigación fue realizada en base a las grandes problemáticas que ha originado el VIH/SIDA en la sociedad, así como en diversas áreas de derecho, sobre todo del derecho penitenciario, en donde el problema sexual de los reclusos, con el surgimiento de esta infección se ha visto necesario tratar de encontrar una solución para el libre desarrollo sexual de los reclusos.

Sin embargo, como una de las principales metas en el sistema penitenciario mexicano es la readaptación social del delincuente, es necesario que este se encuentre en condiciones para hacerlo, por tal motivo, si se encuentra perturbado sexualmente, difícilmente se logrará una verdadera readaptación social.

No hay que olvidar que al igual que las grandes pestes de la antigüedad, los infectados por VIH/SIDA, son repudiados por una gran mayoría de la sociedad, por el temor que se tiene a contagiarse, situación que se ha provocado por el desconocimiento de las características que se tiene acerca de la infección. Dicha circunstancia provoca que el individuo afectado reaccione de diversas maneras, por ejemplo, el ocultar la existencia de la enfermedad, infectar a personas que se encuentren sanas, etc.

Al considerar que la única vía de mayor incidencia mediante la cual un recluso se pueda infectar de VIH/SIDA pueda ser la sexual, es importante conocer por lo tanto, las enfermedades de transmisión sexual que existen, así como las medidas que se deben tomar para disminuir el riesgo de contagio. Sin embargo hay que tomar en cuenta, que existen otros medios de transmisión del VIH/SIDA, por ejemplo, el uso de jeringas infectadas, el cual sería una de las principales causas de transmisión de los reclusos drogadictos de Estados Unidos.

donde existe un mayor número de reclusos que son adicto a drogas inyectables, situación que en México tiende a darse en una menor frecuencia.

Como el VIH/SIDA es el tema en torno al cual se fundamenta la tesis, se dedica un capítulo especial, para conocer todas sus características, considerandola como enfermedad de transmisión sexual, o como una infección que puede desarrollarse en cualquier individuo que no este o no sexualmente activo.

Por tal motivo, en el segundo capítulo se ve al VIH/SIDA como enfermedad y en el tercer capítulo, se desarrollan las consecuencias jurídicas que la enfermedad ha provocado en algunas áreas de nuestro derecho mexicano, enfocados principalmente al derecho constitucional de la salud de todos los mexicanos sin excepción.

La infección por VIH/SIDA se ha incrementando en todo el mundo, por los tanto, los métodos empleados para controlar esta infección no han sido suficientes, situación que puede agravarse en el caso de las personas infectadas que se encuentran privadas de su libertad, razón por la cuál se dedicado un capítulo específico para conocer esta situación.

En general, todos los capítulos pueden ser estudiados de manera separada y al mismo tiempo como parte de un todo, por que un capítulo nos puede dar la pauta para entrar al estudio del siguiente capítulo.

Para un mejor manejo de algunas conceptos, se emplean las siguientes abreviaturas:

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana.

ETS. Enfermedades de Transmisión Sexual.

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

CPEUM. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

CP. Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia del fuero federal.

LGS. Ley General de Salud.

LOAPP. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF. Diario Oficial de la Federación.

CNDH. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

CONASIDA. Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA.

ONG. Organismos No Gubernamentales.

CAPITULO I
ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL

CAPITULO I

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

La razón por la cuál se ha establecido un capítulo específico de ETS, es por que al igual que el VIH/SIDA afectan a una población sexualmente activa, y este tipo de enfermedades se ven afectadas al modificar la historia natural de la infección y la respuesta a un tratamiento distinto de estas enfermedades cuando se tiene VIH/SIDA.

La población que se encuentra recluida tiene un alto grado de actividad sexual, independientemente de la preferencia sexual, (ya sea que reciban su visita conyugal o que realicen diversas prácticas como el homosexualismo, entre otras), este problema afecta principalmente a la población masculina que tiene una mayor actividad sexual que la femenina.

En el presente capítulo se pretende describir brevemente las principales ETS excluyendo al VIH/SIDA, la cuál será desarrollada en el siguiente capítulo

Para ello, es necesario saber que cuando el VIH/SIDA fue detectado por primera vez, se le atribuyó un aspecto sexual, al considerar que la enfermedad atacaba exclusivamente a los homosexuales, pero actualmente se sabe que puede atacar a cualquier persona, incluyendo a los niños.

Actualmente la vía sexual es la que más incidencia tiene en la transmisión del VIH/SIDA: un ejemplo de ello, es que los cofactores más importantes implicados en la transmisión sexual de la epidemia del VIH en Africa, son las ETS clásicas en particular las úlceras genitales (sífilis, chancro blando y herpes) que pueden actuar directamente, incrementando la infectividad de los seropositivos o aumentando la suceptibilidad de los contactos.¹

Ahora bien, si la vía sexual es la de mayor incidencia en los casos de VIH/SIDA, se puede decir que una persona que se encuentra privada de su libertad, como lo son los reclusos, la única vía posible de contagio es la sexual, pero también puede darse el caso de la infección a través del consumo de drogas por vía intravenosa al intercambiar agujas infectadas, siendo este caso sólo de una minoría, para ello es importante saberse infectado, sin embargo, tampoco se debe de excluir la posibilidad de tener una relación sexual estando drogado.

El riesgo por vía sexual aumenta aún más el contagio del VIH, sobre todo, si se practica el coito no protegido, o sea, cualquier acto sexual penetrante en el que no se utilice el condón.

Sin embargo, no hay que olvidar que el riesgo de la transmisión sexual depende de varios factores, como por ejemplo, el tipo de acto sexual, la probabilidad de que alguno de los miembros de la pareja se encuentre infectado o la cantidad de virus que se encuentra en la sangre o en las secreciones.

A) CONCEPTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Antes de entrar al estudio de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), es necesario determinar que al hablar de una enfermedad venérea se está refiriendo al mecanismo de contagio. Una enfermedad venérea, por ejemplo, la sífilis, puede determinar lesiones causadas en el hígado, sistema nervioso, etc., y no dejará por ello de ser una enfermedad venérea.

De lo anterior se desprende que una enfermedad genital o sexual por la localización de las lesiones en la región genital o por la perturbación funcional de estos órganos, pueden ser de origen venéreo

o no tener ninguna relación con el acto sexual.² Estos son los casos del VIH/SIDA y la sífilis.

Antes de entrar más ampliamente al estudio de las ETS, también hay que saber, que las infecciones representan la invasión del organismo por alguna otra forma de vida; sin el crecimiento y la multiplicación del agente invasor en nuestro cuerpo no hay infección. La extensión de las enfermedades transmisibles en una colectividad es un índice del estado sanitario de la población.³

Hay que saber, que las enfermedades de transmisión sexual son provocadas por bacterias, virus, hongos, espiroquetas y, aún por parásitos. Por lo tanto, para fines de control de estas enfermedades, es necesario clasificarlas desde un punto etimológico y de acuerdo al modo de transmisión a saber:

Parásitos animales y vegetales: los primeros son microorganismos pertenecientes al reino animal que pueden parasitar al organismo humano; por su parte, los segundos son microorganismos vegetales unicelulares que pueden parasitar al organismo humano.

Bacterias: son microorganismos vegetales unicelulares que presentan una diferenciación orgánica en un cuerpo.

Virus: constituyen una forma ultramicroscópica de vida, cuya naturaleza vegetal o animal, no esta bien esclarecida. Algunos producen infecciones febriles generalizadas y otras con localizaciones en determinados órganos o sistemas.⁴

Ahora bien, se puede señalar, que una enfermedad transmitida por contacto (transmisión) sexual, (según D. Kilby) es un padecimiento infeccioso que puede transmitirse del huésped a otra persona. El contacto puede ser bucobucal, bucogenital, buccanal, genitogenital o genitoanorectal. Algunas de estas enfermedades pueden transmitirse a

través de otra vía que no sea la sexual. Este tipo de enfermedades tiene el potencial de lesionar en forma permanente las vías genitales de ambos sexos, que originan infertilidad. Puede afectar al feto, e inclusive, ocasionarle la muerte.

Es ello, que se recomienda se practique el "sexo seguro", el cual tiene sus propias reglas; su aplicación permite la intimidad y ayudará a quien tiene una vida sexual activa a evitar el embarazo no deseado, reduciendo el número de abortos, estas reglas, también disminuiría el riesgo de adquirir enfermedades venéreas.

Las reglas son.

1. No intercambiar líquidos corporales: no depositar ni recibir semen por vía oral, vaginal o rectal. El eyaculado (semen) deberá quedar contenido en un condón.

2. Evitar los contactos bucogenitales.

3. Eludir los contactos bucoanales.

4. Evadir los coitos genitoanales.

5. Lavarse a conciencia antes de entregarse a la intimidad sexual.

6. Use una barrera mecánica como un condón.

7. Aún cuándo su pareja se diga libre de riesgo, insista en practicar sexo seguro.

8. Lavarse después del coito.

9. Si cualquier pareja sexual, casual o nueva está renuente a seguir las condiciones anteriores, APRENDA A DECIR NO. ⁵

Todas estas medidas, evitan el contagio de las ETS, cuando se cumplen todas, por lo tanto, el incumplimiento de alguna de ellas, aumenta el riesgo de contraer alguna infección.

Desde hace poco tiempo, el término enfermedades venéreas comprendían cinco infecciones clásicas: gonococia, sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. A partir de 1980, este término fue sustituido por el más amplio de ETS, que comprende a todas la enfermedades infecciosas, en las que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica.

Sin embargo, puede afirmarse que gracias a los esfuerzos de los medios de comunicación que informan al público de estas enfermedades, han dejado de ser "enfermedades secretas", pero, siguen siendo enfermedades socialmente poco aceptables. En el caso del VIH/SIDA, actualmente aparecen anuncios por televisión y radio, dando información básica sobre la infección, sin embargo, este esfuerzo no ha sido suficiente, ya que a pasar de ello, la infección ha ido en aumento en nuestro país.

B) CLASIFICACION

Esta parte pretende señalar a las ETS por el grado de importancia que tienen al afectar al ser humano, y de igual manera la trascendencia que estas enfermedades han tenido en la historia de la humanidad, por ello sólo se describen cuatro de ellas, estableciendo sus características generales, ya que el estudio de estas, nos ayudan a comprender la trascendencias que tiene una relación sexual no sólo a raíz del surgimiento del VIH/SIDA, sino desde hace varios años y hasta quizás siglos.

a) SIFILIS

Esta enfermedad es muy conocida desde hace varios siglos y al igual que el VIH/SIDA es una enfermedad que ha atravesado fronteras, es por ello, que se hablará primeramente de su historia para posteriormente transcribir su concepto.

A pesar de que parece evidente su existencia en Europa en fechas anteriores, el final del siglo XV y el XVI marcan el resurgimiento de la enfermedad que, de forma aguda epidémica y grave, se transmitió por toda Europa. Algunas tesis postulan que fue una enfermedad traída del Nuevo Mundo por la tripulación de Colón. Sea como fuera, se extendió por la Europa en la guerra, apareciendo por primera vez en el sitio de Nápoles, siendo propagada por el ejército francés al resto de las naciones europeas.

El siglo XX marca nuevos mitos en esta enfermedad al describirse su agente casual, la primera reacción serológica utilizada en su diagnóstico, el primer quimioterapéutico efectivo en su tratamiento, y la utilización de la penicilina en estos pacientes.

Actualmente la clínica de la sífilis se divide en dos etapas, que se establece por el tiempo de evolución, su epidemiología y la respuesta al tratamiento. Son la sífilis precoz y la tardía, cuyo límite de separación se establece a los dos años del inicio de la infección.

La sífilis precoz es infecciosa y transmisible por relación sexual y por vía transplacentaria. Producen lesiones predominantemente cutáneo-mucosas, sin tendencias a cicatrizar; sin tratamiento está sujeta a frecuentes recesivas, pero si éste es adecuado fácilmente se logra su curación. En cambio, la sífilis tardía no es contagiosa por vía sexual y, en ocasiones lo es por vía

transplacentaria. en cualquiera de estas dos etapas, la sífilis puede cursar sin manifestaciones clínicas, dando lugar a las latencias precoz y tardía.⁶

b) HERPES GENITAL

El herpes genital es una de las ETS de etiología vírica más importantes, entre otras razones por el incremento en su prevalencia y frecuencia en los últimos años y por su frecuente tendencia a las recaídas, que puede incluso afectar la conducta social y sexual de los pacientes.

Son 80 especies de virus herpes distribuidos en la naturaleza, de los cuales sólo cinco de ellos infectan al hombre, y estas son: herpes simple tipos 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2), varicella-zoster (VVZ), citomegalovirus (CMV) y el virus de Epstein-Barr (VEB). La infección humana tiene tres propiedades características, latencia, persistencia y recaída, que demuestran la adaptación de estos virus a la especie humana, y explica que las infecciones por estos compañeros inseparables del hombre sean bien conocidos desde la antigüedad.⁷

c) CHANCRO BLANDO

El chancro es una lesión aislada, única, erosiva, apenas sobresaliente en la piel normal, redonda, de contornos definidos de 0.5-1.5 cm de diámetro, de superficie lisa, brillante y de color rojo, que exuda una serosidad limpia si se irrita.

Su localización puede ser genital en el surco balanoprepucial, y la hoja interna del prepucio en el varón y en los labios mayores o menores, la horquilla vulvar o el cérvix en la mujer, o extragenital,

siendo las localizaciones más frecuentes la oral (labios, amígdalas y lengua) y la anal.

El chancro persiste 4-6 semanas, comenzando entonces su cicatrización que se prolonga durante 10-15 días.⁸

d) CHLAMYDIA

La chlamydia es un género de pequeñas bacterias negativas, parásitos intracelulares obligados del hombre y los animales, que producen infecciones crónicas y persistentes. Su ciclo de multiplicación, único entre las bacterias, determina que constituyan su propio orden.

Según su localización se clasifican en tres grupos: genital, parasitaria y oculares.

En el varón se pueden presentar infecciones conocidas como: uretritis, proctitis y conjuntivitis, las cuales al complicarse se presentan la epididimitis, prostatitis, infertilidad (en algunas ocasiones) y el síndrome de Reiter.

En cambio en la mujer suele producirse como infecciones: la cervicitis, uretritis, proctitis y conjuntivitis, teniendo como complicaciones la salpingitis, perihepatitis, embarazo ectópico, muerte del nonato (en algunas ocasiones) e infertilidad (en algunas ocasiones).⁹

e) OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las ETS anteriormente descritas son las que se consideran de mayor importancia por su frecuencia y persistencia en los seres humanos, así como por los efectos que estas enfermedades han causado a la sociedad, por el desprecio a los enfermos, no hay que olvidar sin embargo, la existencia de otras ETS.

En la actualidad se acepta que los cofactores más importantes implicados en la transmisión sexual de la epidemia del VIH en Africa son las ETS clásicas en particular las úlceras genitales (sífilis, chancro blando y herpes) que pueden actuar directamente incrementando la infectividad de los seropositivos o aumentando la susceptibilidad de los contactos o ambos. Las ETS que producen exudado purulento (gonococia, infecciones por chlamydia y tricomoniasis) se han implicado también en algunos estudios con mayor transmisión en VIH.

Las otras ETS, por su orden de importancia decreciente para la salud son:

- 1.- SIDA tipo 1 y 2.
- 2.- Enfermedades pélvicas inflamatorias (EPI) y sus complicaciones (infertilidad y embarazo ectópico).
- 3.- Neoplasias (carcinoma del cérvix, ano, vulva, pene., sarcoma de Kaposi, linfoma, y carcinoma hepatocelular).
- 4.- Infecciones del aparato genital femenino (cercititis mucopurulenta y uretritis).
- 5.- Vaginitis, vulvovainitis y vaginosis.
- 6.- Verrugas anogenitales.
- 7.- Hepatitis vírica.
- 8.- Uretritis masculina.
- 9.- Úlceras genitales con linfadenopatías.
- 10.- Artritis.
- 11.- Epididimitis.
- 12.- Sífilis terciaria.
- 13.- Proctitis.
- 14.- Enterocolitis.
- 15.- Mononucleosis.

16.- Ectoparasitosis.

17.- Molluscum Contagiosum.¹⁰

Las características de todas estas enfermedades son muy amplias para transcribirlas, ya que como la materia principal de esta tesis es el derecho y no la medicina, sólo se considera necesaria mencionarlas para así saber de su existencia. Sin embargo, un aspecto importante en todas estas enfermedades, es que de una manera u otra, afectan directamente al individuo en sus partes genitales, por ello, cualquier alteración en estas, probablemente constituye una ETS.

También es posible observar, que el VIH/SIDA, ocupa el primer lugar de enfermedades de este tipo. Con ello, se comprueba, que si bien nuestra cultura acepta las relaciones sexuales en el matrimonio, estas se dan entre personas (principalmente jóvenes) que no son casadas, incluyendo en este grupo a los homosexuales y lesbianas. Sin embargo, estas tendencias, serán tratadas más ampliamente en el capítulo siguiente.

C) CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD.

Una vez conocida de manera general, la parte médica de las ETS, es indispensable conocer si existe una reglamentación jurídica para dichas enfermedades, siendo por tal, el objetivo del siguiente inciso.

Todas las enfermedades que han atacado al hombre, necesitan de una regulación jurídica, para así evitar un mayor contagio entre la población, justificandose así, que por su grado de infectividad, deben de ser controladas por las autoridades Sanitarias quienes deben de evitar su propagación para que no se convierta en una epidemia y

con ello asegurar el derecho constitucional de la salud establecido en el art. 4°.

Pero la CPEUM no señala de manera específica cuales son las enfermedades transmisibles, es necesario acudir a la LGS (Ley reglamentarias del art. 4° constitucional), en donde el artículo 134 del título octavo de "la prevención y control de enfermedades y accidentes", capítulo II de las "enfermedades transmisibles", establece:

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

I. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo;

II. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocóccias y enfermedades causadas por estreptococos;

III. Tuberculosis;

IV. Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliometitis, rubeola y parotiditis infecciosa;

V. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos la Secretaría de Salud coordinará las actividades con la de Agricultura y recursos Hidráulicos;

VI. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos;

VII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitidas por piojo, otras rickettsiosis, leishmaniasis, tripanosomiasis y oncocerosis;

VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas y otras enfermedades de transmisión sexual;

IX. Lepra y mal de pinto;

X. Micosis profundas;

XI. Helmintiasis intestinales y extraintestinales;

XII. Toxoplasmosis;

XIII. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*, y

XIV. Las demás que determine el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenios internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sea parte y que se hubiesen celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos".¹¹

De lo anterior nos podemos dar cuenta que sólo se hace mención del SIDA como enfermedad transmisible, pero ¿qué sucede con el VIH?. Se sabe que el VIH es el virus causante del SIDA, y que el SIDA es la última etapa de la enfermedad causada por este virus, por ello sólo se considera enfermedad transmisible a el efecto y no a la causa. Pero entonces ¿dónde colocar al VIH/SIDA como enfermedad transmisible?, si sólo se considerará una enfermedad de tipo sexual se le puede incluir en el número VIII del artículo anterior, pero esto implicaría la exclusión de las otras formas de transmisión de la enfermedad que son sanguínea y perinatal (pero también se suele transmitir por transplante de órganos, por uso de jeringas infectadas, entre otras), por lo tanto se sería factible que en el número XIII del artículo anterior se debe de hacerse la adición del VIH, debiendo quedar de la siguiente manera "*Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA*".

Hay que mencionar además que el art. 136 que establece la notificación obligatoria de la enfermedad, sólo lo hace específicamente al VIH, siendo correcto esta especificación al detectar la enfermedad en su etapa inicial, detectando así a todas las personas infectadas. Pero también se debería aplicar la notificación cuando exista alguna de las ETS, puesto que estas pueden determinar un foco de propagación del VIH/SIDA, al no tomarse las medidas para evitar un contagio, ya que como señala este artículo, en el número II, sólo se podrá notificar cuando estas se presenten en forma de brote o epidemia, lo cuál podría ser muy remoto, pero si pueden ser detectables cuando se presenta la infección del VIH/SIDA, ya que como se ha visto con anterioridad, estas son susceptibles a aumentar el riesgo de la infección, por lo tanto, al notificar la existencia de algunas de las ETS, se estaría indirectamente tomando medidas para proteger al individuo y evitar la infección de VIH/SIDA.

Por lo anterior, se deben tomar medidas preventivas para conseguir una relación sexual protegida, por lo tanto, es necesario señalar las diferentes formas de relaciones sexuales que se pueden llevar a cabo. Algunas de ellas se describen como sexo seguro. Son actividades que se piensa implica poco riesgo, o ninguno de que pase el virus de una persona a otra. Otras se comentan como riesgo medio porque se cree que implican un riesgo de transmitir el virus, aunque no tanto como los tipos de sexo que se incluye en riesgo alto (o sin protección alguna), y la utilización correcta del condón.

Las características de cada una de estas practicas sexuales son las que se describen a continuación, dividiendolas en el tipo de riesgo sexual existentes:

SEXO SEGURO

- * Masaje.
- * Abrazos.
- * Besos.
- * Mano, dedo, o ambos, para contacto genital si no hay cortaduras o úlceras abiertas en las manos.
- * Frotamiento de cuerpo con cuerpo.
- * Juguetes sexuales a condición de que no se compartan.
- * Besos corporales.
- * Masturbación mutua.
- * Compartir fantasías sexuales.
- * Cualquier actividad sexual que no implique intercambio de líquidos corporales.

RIESGO MEDIO

- * Sexo bucal de un varón a una mujer o de una mujer a una mujer; utilizando una barrera de caucho que puede reducir el riesgo.
- * Coito vaginal con condón.
- * Coito anal con condón.
- * Sexo bucal de una mujer a un varón utilizando un condón.
- * Utilizando el cuadro de látex de una mujer a otra mujer.

RIESGO ALTO

- * Coito vaginal sin condón.
- * Coito anal sin condón.
- * Semen, orina o heces en boca o vagina.
- * Puñeteo (mano en recto o vagina).
- * Compartir juguetes sexuales.

- * Bordeo (contacto bucoanal).
- * Sexo bucal de una mujer a un varón sin utilizar condón.
- * Cualquier tipo de contacto con sangre (incluyendo la menstrual).¹²

El CONASIDA, (Institución gubernamental de la cuál se hablará más adelante), por su parte, también recomienda medios similares de protección, además publica diversos folletos, uno de ellos es el referido a "Como utilizar debidamente el condón", folletos que sólo se reparten entre adolescentes y adultos sexualmente activos, principalmente van dedicados a adolescentes, los cuales al iniciar se actividad sexual, desconocen todo tipo de precauciones, dicho folleto indica:

* Abrir el empaque cuidadosamente de tal forma que no se dañe el condón.

1. una vez abierto, para evitar que el condón se rompa, sujete la punta y presiónela para sacar el aire mientras lo coloca en el pene recto.

2. Sin soltar la punta, desenrollelo hasta llegar a la base del pene.

3. Siempre colóquese el condón antes de cualquier contacto sexual. No use cremas cosméticas ni Vaselina como lubricantes, porque pueden deteriorar el condón, Use Aquasol o Unicrem.

4. Después de eyacular por su base y retire el pene mientras aún está erecto.

5. Quitarse el condón cuidando que no gotee, y.

6. Bote el condón usado en la basura.

Estas medidas preventivas sirven para evitar el contagio de ETS y a el VIH/SIDA, cuando se transmite por vía sexual y no por las otras vías de transmisión.

Sin embargo, dicha información se reparte principalmente entre la población que lo solicita, siendo casi imposible, que un recluso pueda obtener este tipo de información, al menos que dicha institución por su propia iniciativa decida informar a esta población.

CAPITULO II

EL VIH/SIDA COMO ENFERMEDAD

TRANSMISIBLE

CAPITULO II

VIH/SIDA COMO ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

En el anterior capítulo se analiza brevemente las ETS, en donde el VIH/SIDA se puede considerar como una ETS, y una prueba de ello, es que la colocan en el primer lugar por ser la de mayor importancia en la incidencia de las enfermedades de este tipo.

No hay que olvidar que el VIH/SIDA por la manera en que se contagia, puede darse el caso de que sea por la vía sexual, pero sin dejar a un lado las otras vías de contagio. Por ello, en el presente capítulo se desarrollará más ampliamente las características del VIH/SIDA desde su historia hasta la actualidad.

Sin embargo es necesario primeramente determinar que es lo que se entiende por VIH/SIDA. El VIH pertenece a un grupo de virus denominados "virus lentos", porque los síntomas de la enfermedad que causan aparecen de una forma muy gradual y después de un largo período de incubación. El virus del VIH-1 es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en Africa, Asia, América Latina y el Caribe, Europa y los Estados Unidos de América. En Africa se ha aislado otro virus del mismo grupo denominado VIH-2, que también causa SIDA, aunque en una menor proporción de casos a nivel mundial. La infección por el VIH-2 es frecuente en varios países de la costa oeste de Africa¹³.

Por su parte, el SIDA es el conjunto de enfermedades que sobreviven como resultado de la infección de VIH. La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA es que la persona puede estar infectada por el virus del VIH (ya sea VIH-1 o VIH-2) y vivir por varios años sin problemas manifiestos de salud. El SIDA es la etapa

más grave de la infección, que generalmente se presenta varios años después de la infección por el VIH.¹⁴

A) HIPOTESIS DE SU CREACION

Hay que hacer la aclaración de que en este inciso se hará referencia únicamente del SIDA por que en el surgimiento de la enfermedad, se desconocía que el virus causante de la enfermedad es el VIH.

El SIDA apareció por primera vez en el año de 1981 y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Durante los primeros años y hasta 1983, se habían elaborado diversas hipótesis concernientes al agente etimológico del SIDA. El agente casual era desconocido y el número de muertes iba en aumento.¹⁵

A partir del año 1981 fue cuando empezó a sospechar de la presencia del SIDA en Africa. En efecto, el reconocimiento del SIDA en Europa entre los enfermos de origen africano, Ha permitido llegar a la conclusión de que, por lo menos, veintiún países africanos estaban afectados. Fue así como se descubrió uno de los focos mundiales del SIDA, Africa central.

El SIV (Simian Immuno-Deficiency Virus) Virus de la inmunodeficiencia del simio, todavía llamado STLV3, infectaba a los monos verdes en Africa, sin provocar en ellos la enfermedad; en cambio, cuando se inocula a los macacos con dicho virus, aparece un SIDA cinco meses después de la inoculación.

Este virus muy bien podría ser el origen de la enfermedad humana; los nativos comen carne de mono: al destazar la carne, podría tener lugar una contaminación a través de la sangre y el virus podía infectar al hombre.

El profesor J. Sonnet es un médico especializado en el SIDA en el hospital Saint-Luc en Bruselas, fue quien, junto con N. Clumeck, reconoció los primeros casos de SIDA en Zaire con motivo de su aparición en Bélgica. Desde el año de 1957 hasta 1966, fue el responsable del departamento de Medicina Interna en Kinshasa y como tal, es uno de los mejores expertos para afirmar que el SIDA no existía en esa época en el Congo Belga, (convertido después de su independencia en Zaire), o bien, era muy raro.

Si el virus existía, quizá estaba confinado a una región de Zaire, sin manifestarse en una enfermedad como el SIDA, que de inmediato se habría reconocido por el número de muertos o de enfermos que presentarían diarrea crónica. Por consiguiente, hay dos posibilidades: o el virus no existía en esa parte de Africa, o bien estaba presente bajo una forma moderada, sin provocar la enfermedad y en un perfecto equilibrio biológico con la población rural infectada.

A partir de la independencia de Zaire, en el interior del país se produjeron algunos movimientos de la población después de la abolición de la barrera sanitaria, que los impedía salir sin antes someterse a un control médico que demostrará que el sujeto no presentaba ninguna ETS. Al no haber ya barreras entre las razas y los incrementos de los viajes aéreos y, por consiguiente el de visitantes extranjeros, basta para que el virus en equilibrio biológico se difundiera.

Otra vía de transmisión habría podido ser durante la década de 1960, por los incontables colaboradores extranjeros que llegaron a Haití para controlar la crisis causadas por la independencia del Congo, pudiendo llevar el virus a Africa o quizá lo recibieron para transmitirlo en Estados Unidos y en otras partes.¹⁶

Otra hipótesis se desarrolla durante el período transcurrido entre el mes de octubre de 1980 al mes de mayo de 1981, durante el cual cinco hombres jóvenes, todos ellos homosexuales, estuvieron sometidos a un tratamiento debido a una neumonía causada por el *Pneumocystis carinti*, en tres hospitales diferentes de la ciudad de Los Angeles, California.

Sin embargo, fue hasta el 5 de junio de 1981, que en la revista titulada *Morbidity and Mortality Weekly Report* (Reporte semanal sobre morbilidad y mortalidad) del Centro para el Control de Enfermedades (Center for Diseases Control), se hicieron del conocimiento médico los primeros casos de lo que posteriormente se denominaría SIDA.

Las enfermedades en cuestión, el sarcoma de Kaposi y la neumocistosis hicieron pensar a los médicos en la posibilidad de que en el fondo de todos estos casos hubiese una deficiencia de inmunidad. Los enfermos mostraban un daño causado a ciertos glóbulos blancos, los linfocitos T.

Entonces la enfermedad adquirió un nuevo nombre durante algún tiempo, el de GRID (gay Related Immuno-Deficiency): inmunodeficiencia relacionada con el gay. De hecho, a partir del mes de agosto de 1981, entre el centenar de enfermos identificados hasta entonces, se podía observar que si bien los homosexuales seguían siendo la "población mayoritaria", también había otros individuos afectados. Entre estos últimos fue muy fácil localizar a los toxicómanos, entre los cuales en esa época ya se contaba una mujer.

Puesto que la relación con la homosexualidad ya no era un vínculo obligado y exclusivo con la nueva enfermedad, el calificativo de gay se retiró de ese momento de la denominación de todas las patologías, a las cuales se convino en asignarles el nombre de AIDS

(Acquires Immuno-Deficiency Syndrome) en francés y en español, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA.

Durante la época siguiente, la comunidad médica se organizó para tratar de identificar la causa de esta nueva enfermedad.¹⁷

B) MEDIOS DE TRANSMISION

La Secretaría de Salud en su norma técnica NOM-010-SSA2-1993 dice que la infección por el VIH es causada por el retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la manera siguiente: Por el contacto sexual con persona infectada por el VIH; por transfusión de sangre contaminada y sus componentes; por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes; de una madre infectada a su hijo, durante el período perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna, y; por trasplante de órganos y tejidos contaminados.

Es de vital importancia señalar que en la misma norma referente a la infección provocada por virus de inmunodeficiencia humana, mediante el contagio por vía sexual se establecen los siguientes conceptos básicos:

Prácticas de alto riesgo: Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectables.

Prácticas sexuales de alto riesgo: Actividades en las que existe penetración pene-vagina o pene-ano, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Sexo protegido: Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino) para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Sexo seguro: Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.¹⁸

Una vez determinados estos conceptos, hay que saber que el blanco del virus es el linfocito cooperador CD4; de manera que para ser infectado, el virus debe de franquear a la barrera sanguínea, para ello, es necesario entrar al cuerpo humano a través de las vías, que ya han sido con anterioridad señaladas por la Secretaría de Salud, por lo cual, a continuación se desarrollan sus características:

La vía sanguínea.

Puede transmitirse a través de una transfusión de sangre contaminada que no haya sido revisada en el laboratorio o por compartir jeringas, agujas, rastrillos, navajas o cualquier otro objeto punzocortante sin esterilizar.

El número de hemofílicos seropositivos y de algunos afectados de SIDA da cuenta de la presencia en los factores antihemofílicos.

En los toxicómanos el contagio se transmite debido al abuso de drogas inyectables por la vía intravenosa. El intercambio de agujas contaminadas por el uso entre los grupos de drogadictos, asegura la transmisión del virus. Por lo tanto es necesario que se use una misma aguja para dos o más personas, y una de estas personas se encuentra infectada.

En Africa, en algunos hospitales las jeringas se reutilizan de un paciente a otro después de una esterilización más o menos dudosa, y esto explica un elevado porcentaje de sujetos infectados en los hospitales en comparación con la población normal.

La vía sexual.

La presencia del virus en el esperma y en las secreciones vaginales explica la transmisión heterosexual. La transmisión se efectúa a través de las relaciones anales, vaginales y bucogenitales. Debemos hacer notar algunos ejemplos de contaminación como consecuencia del felatio, como el contacto entre la boca y el pene. No parece que el beso profundo sea un medio de transmisión. La frecuencia de las relaciones sexuales con una persona contaminada, o con numerosas parejas sexuales es un factor que favorece a la transmisión del virus.

La transmisión de la madre al hijo o perinatal.

La mayoría de los niños nacidos de una madre seropositiva presenta, en el momento del nacimiento, ciertos anticuerpos dirigidos contra el virus y también el virus mismo. Una mayoría de recién nacidos desarrollarán un SIDA.

Por consiguiente, existe una transmisión de la madre al hijo y se piensa, que sobre todo, tiene lugar en el momento del parto mediante una transmisión sanguínea. Algunos fetos obtenidos después de un aborto natural presentaba señales de una infección viral, lo que también demuestra una posible transmisión in útero, sobre todo durante los últimos meses del embarazo. Sin embargo, no es posible excluir la posibilidad de una contaminación de esos embriones a través de hemorragias maternas intraplacentarias. el virus también se encuentra en la leche materna, pero no se ha demostrado ningún

caso de contaminación por la vía oral. Un bebé seronegativo en el momento del nacimiento lo seguirá siendo incluso después de la lactancia materna; sin embargo, se recomienda no alimentar al recién nacido con leche contaminada.

Las otras vías posibles.

El virus se ha encontrado en la saliva, las lágrimas, el sudor y la orina, pero no hay ningún ejemplo de transmisión por estas vías, los contactos no sexuales de los sujetos contaminados por el virus del VIH son negativos.

No hay posibilidad de una transmisión por otra vía que no sea la sexual, sanguínea o perinatal, una persona afectada por el SIDA se le puede estrechar la mano y es más, es algo que se le debe hacer. No se debe titubear en hablar con una persona seropositiva, en escucharla, en compartir la mesa, un escritorio o un lugar de trabajo. El virus del SIDA no se transmite a través de los asientos de los inodoros.

En cuanto a la transmisión del SIDA a través de los insectos; si fuese posible una transmisión de esta naturaleza, por ejemplo, a través de los mosquitos, se podría provocar un aumento en el número de enfermos sin riesgo conocido y con una localización geográfica correspondiente a las zonas de mosquitos, pero ese no es el caso, aún cuando se ha demostrado que en las zonas endémicas de Africa se han encontrado secuencias genómicas del virus VIH entre los insectos que están en contacto con el hombre, como la mosca tsé-tsé, la garrapata, la cucaracha y la chinche de la cama. A decir verdad, se trata de insectos que se han contaminado a partir de la sangre o los desechos humanos.¹⁹

En cuanto a la transmisión por medio del trasplante de órganos, esta se da, cuando el donador esta infectado, y por tanto, el órgano que se transplanta se encuentra infectado del virus del VIH/SIDA, ya que por dicho órgano ha pasado un flujo de sangre contaminada.

C) PRUEBAS DE DETECCION

Una vez producida la infección del VIH por alguna de las vías antes mencionadas, hay una fase denominada "período ventana" aproximadamente de tres a seis semanas de duración, durante la cual no es posible detectar anticuerpos específicos. Durante este periodo, sólo es posible detectar, en determinadas ocasiones, antígenos P24 durante un corto periodo de tiempo (2-20 semanas) o bien aislar el virus por cocultivación, o demostrar la presencia de DNA provirico mediante técnicas de amplificación como la PCR (prolimerase vchain recreation). A continuación, se produce la seroconversión que es demostrada por la aparición de anticuerpos contra las diferentes proteínas víricas, posteriormente se tiene un periodo de latencia que puede durar varios años.

Los métodos más empleados en la detección de anticuerpos son:

Técnicas inmunoenzimáticas (ELISA); este método es la técnica de elección para el estudio de gran número de muestras como el caso de los bancos de sangre (donantes), debido a sus características de alta sensibilidad, objetividad, automatización y bajo costo. También se utiliza como método diagnóstico en los casos sospechosos de personas con práctica de exposición al VIH.

Inmunofluorescencia (IFI); es una técnica rápida, económica y fiable y su mayor limitación esta en la subjetividad.

Inmunobloting o Western-blot (WB); esta prueba es el método de conspiración más ampliamente utilizado, la prueba es sumamente específica, pero presenta algunas desventajas como el de ser relativamente lenta, muy cara, difícil de realizar y subjetiva en la lectura de los resultados. El criterio más ampliamente aceptado es el reconocimiento por la OMS que sugiere que deben existir, al menos dos bandas características. Cuando no se presente este patrón deberá considerarse el WB como indeterminado.

Radioinmunoprecipitación (RIPA); también es una técnica de confirmación, el patrón es similar al WB pero, en este caso, como se lleva a cabo a través de cultivos celulares, las glicoproteínas de alto peso molecular son detectadas con una mayor sensibilidad, lo cual convierte esta técnica en el método de referencia.

La situación actual del diagnóstico de la infección por el VIH está prácticamente controlada gracias a las pruebas de laboratorio como el ELISA y el WESTERN BLOT. Sin embargo, y aunque la tecnología sigue mejorando la sensibilidad y la especificación de estas pruebas, todavía existe alguna posibilidad de resultados falsos positivos y falsos negativos. El periodo ventana representa el problema más inquietante, aunque el desarrollo de las técnicas de detección de DNA provirico podrá seguramente resolver estas limitaciones. 20

Todas estas pruebas son clasificadas por la Secretaría de Salud en la norma técnica NOM-010-SSA2-1993, abarcando las pruebas antes señaladas, pero clasificandolas de la siguiente manera:

Pruebas de tamizaje: Pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo, incluye metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinamientos.

Pruebas suplementarias: Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la inmunoelectrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia (IFI) y la radioinmunoprecipitación (RIPA).

D) MEDIDAS PREVENTIVAS.

Se ha establecido en varias investigaciones, que el virus es muy sensible, y por lo tanto, se puede destruir fácilmente cuando este se encuentra fuera del cuerpo humano, mediante el uso de guantes para limpiar una mancha de sangre utilizando cloro diluido en agua (que puede estar caliente). Sin embargo, el verdadero problema se presenta cuando el virus se encuentra adentro del cuerpo y se transmite por algunas de las vías antes mencionadas, por ello, es necesario que toda persona que padezca SIDA o sea positiva a anticuerpos, tome ciertas medidas preventivas o precauciones, que evite el contagio a cualquier persona sana. Algunas de las medidas preventivas ya han sido mencionadas en el capítulo anterior, pero además, es necesario tomar otras medidas preventivas, como:

- * No donar sangre, plasma, órganos u otros tejidos. Los varones no deben donar esperma.
- * Si se tiene coitos con alguien deben seguirse los lineamientos para disminuir el riesgo, que se describirán más adelante.
- * No compartir agujas ni otro equipo para inyectarse drogas.
- * Evitar el embarazo.
- * No amamantar a sus hijos.
- * Cubrirse cualquier cortada o excoriación con una tela adhesiva impermeable.

* Evitar compartir cepillos dentales, rasuradoras o cualquier cosa que se pueda contaminar con sangre.

* Limpiar de inmediato cualquier derrame de sangre y otros líquidos corporales. Lavar la superficie con una parte de blanqueador casero diluido en agua.

* Lavar las ropas sucias de cama, toallas, etc., en el ciclo de agua caliente de una lavadora usual.

* Las toallas y tampones sanitarios utilizados deben eliminarse por el sanitario, quemarse o colocarse en bolsas de plástico cerradas y desecharse con seguridad.

Si se quiere proteger la salud personal y si se es positivo (a) a anticuerpos o se tiene SIDA se debe de:

* Comer una dieta equilibrada adecuadamente y si se come carne o pescado comprobar que estén bien cocinados.

* Suprimir o disminuir las drogas, incluyendo el alcohol, que pueda dañar el sistema inmunológico.

* Reducir el grado de estrés de su vida.

* Descansar y dormir lo suficiente.

* Practicar el "sexo más seguro" para evitar adquirir enfermedades de transmisión sexual que pueden empeorar el estado inmunológico.

* Lavarse las manos después de manejar mascotas o evitar el contacto con sus desechos. Las heces de los gatos pueden alojar en especial microorganismos que pueden causar enfermedades importantes en personas con SIDA. Si es posible, hay que pedir a alguien que asee la caja de desechos del gato o utilizar guantes de caucho desechables.

* Evitar acudir a sitios en que las condiciones sanitarias son malas y donde hay un riesgo alto de infecciones. Los estándares normales de higiene bastarán para proteger de los germen caseros. No es necesario alejarse de bares, restaurantes, salas de teatro, cinematógrafos, etc.

* No aceptar ningún tipo de vacunación a menos que el médico sepa que es inmunodeficiente. Si bien las vacunas con virus muertos no implican riesgo, muchos contienen virus vivos -pero alterados- que pueden causar problemas en personas con deficiencia inmunológicas.²¹

La secretaria de Salud, por su parte, también establece Medidas de Prevención en la norma técnica NOM-01-SSA2-1993 ya mencionada con anterioridad, dicha prevención se debe de realizar en toda "la población", medidas que se deben de dar a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autoresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción para la salud, cuidado y control de la infección.

Algunas de las medidas sugeridas por la Secretaria pueden ser reducidas a las prevenciones anteriormente señaladas, sólo agrega la educación a través de la información, orientación y la instrucción a la población, así como las medidas que deben tomar todo el personal de salud y los establecimientos que tengan contacto con sangre y sus componentes, con órganos, tejidos, células germinales y cadáveres por alguna operación, cortada, transfusión, herida y en general cualquier actividad en la que exista un riesgo de que el VIH de pacientes infectados pueda producir un contagio.

B) ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA EN MEXICO

Hasta el primer semestre de 1994, cuarenta y cinco países de América han notificado a la OMS 523,777 casos de SIDA, en donde:

POSICION	PAIS	FRECUENCIA	TASA POR MILLONES DE HABITANTES
1	ESTADOS UNIDOS	411,907	1,630
2	BRASIL	49,312	322
3	MEXICO	19,352	211
4	CANADA	9,511	352
5	HAITI	4,967	749
6	COLOMBIA	4,583	136
7	ARGENTINA	3,904	119
8	VENEZUELA	3,511	174
9	HONDURAS	3,473	660
10	REP. DOMINICANA	2,353	322
11	OTROS 35 PAISES	11,903	110
	TOTAL	523,777	713

Los primeros casos de SIDA en México iniciaron su padecimiento en 1981 y se notificaron en 1983. Desde este año hasta el primero de enero de 1995 se han notificado 21,436 casos de SIDA, de los cuales permanecen vivos sólo el 39% de los enfermos. Estos casos integran el Registro Nacional de casos de SIDA, el cual funciona desde 1987.

CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION Y SEXO

MEXICO 1993-1994 (HASTA EL PRIMERO DE DICIEMBRE DE 1994)

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1,000,000 HAB.)	RAZON H / M	PORCENTAJE DE CASOS
1983	6	0.07	6:0	0.0
1984	6	0.07	6:0	0.0
1985	29	0.3	14:0	6.9
1986	245	2.9	30:1	3.2
1987	516	6.6	12:1	7.9
1988	905	10.5	6:1	13.5
1989	1,607	18.3	6:1	15.2
1990	2,588	31.5	5:1	16.2
1991	3,167	37.9	5:1	15.4
1992	3,220	37.5	6:1	15.2
1993	5,095	58.5	6:1	14.8
1994	3,409	39.1	6:1	13.7
ACUMULADOS	20,796	239.0	6:1	14.6

De acuerdo con la estimación de la magnitud del problema del VIH/SIDA en México (cuadro descrito a continuación) y estimando 120,00 infectados por VIH en México, con 33,000 casos acumulados, se espera que para el año 2,000 se hayan presentado entre 77,000 y 88,000 casos de SIDA en este país, de los cuales estarán vivos sólo una cuarta parte.

ESTIMACION DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA VIH/SIDA, MEXICO

ESPECTRO DE LA INFECCION	EVENTOS ACUMULADOS 1993-1994	EVENTOS EXISTENTES 1° DE ENERO DE 1995	EVENTOS NUEVOS ESPERADOS PARA 1995
INFECTADOS DE VIH ASINTOMATICO	120,000	87,000	12,000
CASOS DE SIDA	33,000	13,200	8,700
MUERTES POR SIDA	19,800		4,500

En 1985 el Comité de Epidemiología de CONASIDA inició las primeras encuestas seroepidemiológicas de VIH en México en un grupo con prácticas de riesgo en el D.F. Para 1988 se realizaban estudios serológicos transversales para VIH en 8 ciudades del país y cinco grupos poblacionales (homosexuales, prostitutas, prisioneros, hemofilicos y embarazadas). En 1990 se adoptó la metodología de estudios en población centinela para infección de VIH recomendadas por la OMS y se incorporan a este tipo de encuestas los pacientes con tuberculosis realizandose estudios en 18 ciudades del país. Hasta el momento actual se han estudiado más de 55 mil individuos en estudios serológicos y centinelas de infección VIH. el criterio de seropositividad es el de infección confirmada por la técnica de inmunoelectrotransferencia Westem Blot, donde se obtuvieron los resultados siguientes:

PREVALENCIA DE INFECCION POR VIH, ESTUDIOS SEROEPIDEMIOLOGICOS Y DE
VIGILANCIA CENTINELA. 1987-1994.

POBLACION	# POBLACION ESTUDIADA	# ENTIDADES ESTUDIADAS	PREVALENCIA PROMEDIO %	RANGO DE PREVALENCIA	TENDENCIA EN 1994
DONADORES VOLUNTARIOS	3,193,028	REPUBLICA MEXICANA	0.05	0.01-0.81	DISMINUCION
HOMBRES					
HOMOSEXUALES Y BISEXUALES	13,044	15	14.9	0.1-47.9	ESTABLE
HETEROSEXUALES C/MULTIPLES PAREJAS	6,807	13	2.5	0.9-13.4	INCREMENTO
PACIENTES CON ETS	951	3	21.4	11.2-32.4	INCREMENTO
DROGADICTOS I.V.	253	1	1.6	1.5-1.6	INCREMENTO
RECLUSOS	4,980	8	3.6	0.8-29.5	INCREMENTO
PACIENTES TUBERCULOSOS	940	7	3.0	1.4-7.0	INCREMENTO
PERSONAL DE SALUD	732	1	0.1	0-0.1	DISMINUCION
MUJERES					
TRABAJADORAS SEXUALES	21,699	22	0.5	0.1-6.8	INCREMENTO
HETEROSEXUALES DE UN CENTRO DE INFORMACION	1,549	4	6.5	2.3-18.0	INCREMENTO
HETEROSEXUALES C/MULTIPLES PAREJAS	2,711	9	0.5	1.2-2.0	INCREMENTO
EMBARAZADAS	3,193	12	0.001	0-0.2	ESTABLE
PACIENTES TUBERCULOSAS	628	6	1.07	1.5-4.0	INCREMENTO
RECLUSAS	792	4	0.1	0-0.6	ESTABLE
PERSONAL DE SALUD	1,486	1	0.0	0	ESTABLE

Por último, es necesario mencionar que el SIDA/VIH continua representando un problema de salud pública importante reflejado por un gran número de infectados (5 infectados por cada 1,000 habitantes de la población general y 5 veces mayor en varones de 20 a 44 años).

Si bien se ha logrado un resultado exitoso en la prevención de la transmisión sanguínea, la infección continúa infectando principalmente a varones homosexuales y bisexuales entre quienes el número de casos infectados y defunciones continúa siendo el más alto. La transmisión por vía heterosexual se ha incrementado paulatinamente. La alta frecuencia de otras ETS en algunas poblaciones como entre mujeres dedicadas a la prostitución indican el riesgo de extensión de VIH en estos grupos. La transmisión en sujetos con riesgo de drogadicción intravenosa si bien es de una magnitud menor ha prestado un ligero incremento, así como la extensión de la infección en zonas rurales.²²

F) INSTITUCIONES DE LUCHA CONTRA EL SIDA EN MEXICO

Hay instituciones gubernamentales como no gubernamentales que tienen como fin común ayudar a personas que padecen VIH/SIDA, así como a cualquier persona que se encuentre interesada en conocer acerca de la infección, es por ello, que en el presente capítulo se establecerá una división de estas instituciones, estableciendo en forma breve las actividades que dichas instituciones realizan para ayudar a los infectados de VIH/SIDA, sus familiares o personas interesadas en conocer de la infección.

a) SECRETARIA DE SALUD

La Secretaría de Salud, como el órgano gubernamental encargado principalmente de vigilar el derecho constitucional de la protección a salud de todos los habitantes de la República Mexicana establecido en el art. 4º constitucional, y de acuerdo al art. 39 de la LOAPF (la cuál es una ley en base a que el Congreso de la Unión dirige un

decreto para la formación de esta ley, al entonces Presidente de la República José López Portillo), tiene facultad para conocer de los siguientes asuntos:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de la relativo al saneamiento del ambiente; coordinar los programas de servicio a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determine.

II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.

III. Aplicar a la asistencia pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicio de salud.

IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas e integrar los patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.

V. Administrar los bienes de los fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.

VI. Planear, normar, coordinar, y evaluar el Sistema Nacional de Salud y prever la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privados de dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondiente.

VII. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública y asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.

VIII. Dictar las normas técnicas a que quedaran sujeta la presentación de servicios de salud en materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento.

IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.

X. Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana.

XI. Dirigir la policía en general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.

XII. Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.

XIV. Regular la higiene veterinaria exclusivamente en los que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana.

XV. Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y

productos medicinales, a excepción de la de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.

XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten a la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales contra la mendicidad.

XVII. Poner en práctica las medidas tendiente a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y la ciudad y la higiene industrial con excepción de los que se relaciona con la prevención social en el trabajo.

XVIII. Administrar y controlar las escuelas, instituciones y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionen exclusivamente con la sanidad animal.

XIX. Organizar congresos sanitarios y asistenciales.

XX. Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación de los Gobiernos de los Estados y la federación.

XXI. Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confiere al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General.

XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federativas y proveer el cumplimiento.

XXIII. Los demás que le fijan expresamente las leyes y reglamentos. 25

Una vez determinadas las facultades que la Secretaría de Salud tiene para asegurar la salud de la colectividad, es necesario saber, que esta institución no puede por cuestiones de trabajo, realizar todos estos objetivos, por ello, necesita del auxilio de varias direcciones que le ayuden a llevar a cabo sus funciones. En el caso del VIH/SIDA, la Secretaría cuenta con una institución llamada CONASIDA, cuyas funciones serán establecida mas adelante.

Desde la creación de la Secretaría de Salud el 21 de enero de 1985 (ya que anteriormente se llamaba Secretaría de Salubridad y Asistencia, sin embargo sigue conservando las siglas S.S.A.) ha tenido trece secretarios, de los cuales, el actual Secretario es Juan Ramón Fuentes Ramírez.

La estructura (organigrama) de la Secretaría debe ser aprobada por la Contraloría General de la Federación, (quién vigilara el debido funcionamiento de la misma), de la siguiente manera:

SECRETARIA DE SALUD

	1a SUBSECRETARIA	2a SUBSECRETARIA	3a SUBSECRETARIA	OFICIALIA MAYOR	
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15		16	17
				18	
20	21	22		23	24
26		27			25
		29			28

- 1a. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo.
- 2a. Subsecretaría de Servicios de Salud.
- 3a. Subsecretaría de Regulación Sanitaria.
4. Oficialía Mayor.
1. Dirección General de Asuntos Jurídicos.
2. Dirección General de Coordinación Sectorial e Internacional
3. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.
4. Dirección General de Medicina Preventiva.
5. Dirección General de Control de Insumos para la Salud.
6. Dirección Gral. de Programación, Organización y Presupuesto.
7. Unidad de Comunicación Social.
8. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación.
9. Dirección General de Planificación Familiar.
10. Dirección General de Fomento para la Salud.
11. Dirección Gral. de Control Sanitario de Bienes y Servicios.
12. Dirección Gral de Recursos Materiales y Servicios Generales.
13. Dirección General de Coordinación Estatal.
14. Dirección General de Epidemiología.
15. Dirección General de Atención Materno Infantil.
16. Dirección General de Salud Ambiental.
17. Dirección General de Recursos Humanos.
18. Dirección General de Enseñanza en Salud.
19. Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento.
20. Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados.
21. **CONASIDA**
22. Hospital General de México.
23. Gerencia General de Biológicos y Reactivos.
24. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
25. Dirección General de Obras.
26. Servicios de Salud Pública en el D.F.
27. Hospital Juárez de México.
28. Dirección General de Conservación y Mantenimiento.
29. Centro Nacional de Transfusión Sanguíneas

Como se establece la Secretaría de Salud crea y administra los centros de asistencia en los que se brinda atención a portadores asintomáticos del VIH, y estos son:

- * Centro Nacional de Información sobre el SIDA
- * Centro de Información sobre el SIDA del Sur.
- * Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".
- * Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE y algunos otros hospitales del ISSSTE.
- * Centro Médico "la Raza" IMSS, y algunos otros hospitales del IMSS.

De estas Instituciones sólo las tres últimos cuentan con el servicio de consulta a personas que son seropositivas, así como su internamiento cuando es necesario. También existen estos centros de atención a asintomáticos y seropositivos en los Estados de Jalisco, Nuevo León y Yucatán, y en el resto de la República Mexicana se deben pedir informes en el establecimiento de Salud más cercano.

La Secretaría de Salud ha dictado en base a la atribución VIII varias normas técnicas, la más importante de ellas es la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención, control de a infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que ya se ha comentado anteriormente.

Sin embargo, no es la única norma técnica que ha elaborado para controlar el contagio del VIH/SIDA, un ejemplo de ello, es la Norma Oficial Mexicana de Emergencia SSA 01/92 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, en la que dispone medidas necesarias para detectar alguna posible infección, no sólo del VIH/SIDA, sino de cualquier otra enfermedad que pueda provocar una alteración en la salud. Norma que ya empezó a surtir

efectos positivos, los cuales se ven reflejados en la disminución de las estadísticas del contagio de VIH/SIDA por vía sanguínea.

b) CONASIDA

Como se pudo observar en el organigrama de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA es un organismo desconcentrado de esta Secretaría

En 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), con el objeto de evaluar la situación del SIDA y la infección por VIH a nivel nacional, así como de establecer los criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y el control de la enfermedad, y controlar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país.

Sin embargo, fue hasta agosto de 1988, que se creó por decreto presidencial el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, conservando además las siglas de CONASIDA.

El CONASIDA lleva a cabo las siguientes tareas:

- * Emite normas y recomendaciones en relación al diagnóstico, tratamiento y prevención del SIDA.
- * Difunde información, a través de todos los medios disponibles sobre las formas de transmisión, prevención y tratamiento de la enfermedad.
- * Propone medidas de prevención y control a nivel nacional.
- * Promueve la participación de todos los sectores en lucha contra esta epidemia (Organismos No Gubernamentales).

* Realiza, promueve y apoya investigaciones sobre distintos aspectos relacionados con el SIDA

Todas estas tareas las lleva a cabo a través de los siguientes centros:

CRIDIS: Es el Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre SIDA, creado en abril de 1988. Aquí se puede obtener préstamos de libros y revistas en sala, búsqueda automatizada en los bancos de datos del centro, préstamos de videos para uso individual o exhibiciones colectivas y montaje de exposiciones de carteles internacionales sobre el SIDA.

APOYO Y ORIENTACION SOCIAL: Existe un área donde se puede solicitar orientación y apoyo se es que se han sido violados los derechos humanos por tener VIH/SIDA, o si se presentan las siguientes situaciones: no permitir la entrada de los niños a la escuela; negar el servicio médico en alguna institución de salud; rehusarse a brindar el servicio voluntario ó rehusarse a alquilar un departamento.

CENTRO DE INFORMACION: Hay dos centros. el primer centro fue creado en abril de 1987, en la calle de flora 8, y el segundo fue creado en septiembre de 1988 en la calle de comercio y administración #35. En estos centros se brindan información personalizada, pruebas de detección del VIH, asesoría psicológica, grupos de autoapoyo para los seropositivos y familiares, asesoría médica, apoyo para la emisión de certificados de defunción.

CENTRO DE CAPACITACION CONASIDA: El CONASIDA cuenta con un grupo de especialistas que imparten cursos, talleres y seminarios sobre diversos aspectos relacionados con la epidemia, dirigidos al personal médico y paramédico y a personas interesadas en replicar la información en su comunidad.

TELSIDA: Su instalación se dio en julio de 1988 con el objeto de prestar un servicio de información telefónica para todo público, donde puede aclarar en primer medida algunas dudas y así poder ofrecer la información de a donde se puede acudir.

COESIDAS: Son los Comités Estatales de Prevención y Control del SIDA en la República, se crearon con el objeto de coordinar la regionalización de los programas de prevención y control del SIDA, los cuales actualmente ya llegan a 31.²⁴

En general el CONASIDA es la primera institución gubernamental especializada de VIH/SIDA en México, sin embargo, en un principio no funcionó como se hubiera querido, pero como se dice, "echando a perder se aprende", actualmente es una institución consolidada y completa en la prestación de sus servicios, la cual sirve y sirvió de base para la creación de los distintos Organismos No Gubernamentales.

Sin embargo, a pesar de ello, aún hace falta la creación de una Institución Hospitalaria Especializada, para la atención de todas las personas que son seropositivas (para su detección y tratamiento) o que ya hayan desarrollado SIDA, ya que día con día van aumentando las personas infectadas, así como se crearon en su tiempo, las diversas instituciones para personas enfermas de cáncer, del corazón, de las vías respiratorias, entre otras.

c) ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES

Existen en la actualidad al rededor de cuarenta Organismos No Gubernamentales (ONG), los cuales fueron creados en un principio, por la falta de una institución que ayudara a las personas infectadas a afrontar su enfermedad, pero no hay que olvidar que a pesar de la creación de CONASIDA, muchas de las primeras persona a las que la institución detectaba con VIH/SIDA, y prestaba ayuda psicológica, salían más desorientados, pero afortunadamente esta situación ya a cambiado, ya que actualmente sirve como una institución guía para los Organismos no Gubernamentales.

Como son una infinidad de ONG, sólo se hará mención en esta parte a los organismos de mayor trayectoria. La información necesaria para conocer las actividades de los diversos ONG, fue conocida mediante diferentes folletos editados y producidos por cada uno de los ONG, con el fin de que las personas interesadas conozcan sus fines y actividades que realizan, para que puedan acudir a ellos cuando así lo requieren

ALBERGUES DE MEXICO I.A.P.: Institución de Asistencia Privada. Es una organización de la Sociedad Civil, cuya misión es promover y generar una *nueva cultura de salud*, para la prevención e información del VIH. Pero principalmente para apoyar la calidad de vida de las personas afectadas por el virus, aminorando el impacto biosicosocial del sida. Esta Institución está regulada por la Junta de Asistencia Privada. Cuenta con un Albergue (Ermita-Ajusco) de corta estancia, para seropositivos y enfermos que aún pueden valerse físicamente por sí mismos. Cuenta además con apoyo espiritual, atención médica, banco de medicamentos, atención psicológica, despensa, grupos de apoyos a enfermos y con un boletín de publicación mensual.

FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA. A.C.: Es una asociación civil no lucrativa, creada en 1987 como el primer ONG en México para la lucha contra el VIH/SIDA. Su principal objetivo es enfrentar los retos que impone la epidemia de este síndrome. Presta servicios de atención y diagnóstico, no sólo de VIH/SIDA para su detección y confirmación sino también de detección de ETS; servicio médico en varias áreas médicas como servicio psicológico, servicio de enfermería, servicio odontológico y atención del paciente con SIDA a casa u hospitales; también se ofrecen cursos de orientación y talleres de información básica sobre VIH/SIDA.

SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER. A.C. (SIPAM): Es una asociación sin fines de lucro, establecida en 1987, cuyo objetivo principal es contribuir en la lucha por el respeto del derecho a la salud de las mujeres. En coordinación con el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia epidemiológica de la Secretaría de Salud, ofrece el servicio de detección de VIH/SIDA y ETS el cuál es gratuito. Además presta servicios de atención personal y confidencial, consejería psicológica, tratamiento médico para las ETS, canalización de personas con VIH/SIDA a servicios de atención especializada, talleres informativos y centro de documentación.

ASOCIACION MEXICANA DE INFORMACION AVANZADA SOBRE VIH/SIDA (AMINASIDA): Es una organización no gubernamental, que se dedica a investigar la información que se genera día a día sobre el fenómeno VIH/SIDA. Así mismo, ofrece una atención médica integral en base a los conocimientos obtenidos y analizados, utilizando las terapias y tratamientos más avanzados sin fines lucrativos. También ofrece pruebas de laboratorio, talleres de información, conferencias, banco de medicamentos.

VOLUNTAD Y ACCION EN LUCHA CONTRA EL SIDA (VALSIDA): Es una organización no gubernamental que brinda información básica de la transmisión del VIH/SIDA y las medidas preventivas, grupos de autoayuda y distribución de sus boletines de manera gratuita.

AVE DE MEXICO (COMPAÑEROS EN AYUDA VOLUNTARIA, EDUCATIVA A.C.): Institución que presta apoyo psicológico, información básica del VIH/SIDA, asesoría pre/post prueba, talleres de prevención, talleres de sexo protegido, orientación legal, y consejería a familiares.

SOCIEDAD MEXICANA DE SEXOLOGIA HUMANISTA INTEGRAL A.C. (SOMESHI): Institución no gubernamental que ofrece capacitación a través de educación formal de sexualidad a individuos, grupos y comunidades, así como talleres de pareja, los cuales son impartidos por especialistas de ciencias Biomédicas, Psicológicas y Sociales.

Hay que hacer mención que los cursos sólo se imparten a personas con título profesional o carta de pasante, cuyo proceso educativo es avalado por la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral y reconocido por la Universidad Abierta de México (UADEM).

Todas estas instituciones al igual que el CONASIDA tratan de hacer una campaña no sólo a nivel nacional, sino inclusive a nivel internacional, en la lucha contra esta enfermedad, un ejemplo de ello, son las mantas que varios infectados han confeccionado de diversas maneras (bordadas, pintadas, etc), en torno al tema del VIH/SIDA, las cuales han llegado a varios países, principalmente de América latina, dichas actividades, sólo pueden ser apreciadas por todas las personas que circulen libremente por la calle y acudan a ellos por la ayuda que brinden, para conocer la infección.

Como se ha podido apreciar, ninguno de los organismos (gubernamentales o no gubernamentales) han realizado algo concreto en favor de los infectados que se encuentran privados de su libertad, solamente CONASIDA ha brindado algunas platicas de información, que es tomada por los reclusos como una platica, de la cuál los reclusos no le han dado mayor importancia. Sin embargo, hay algunas instituciones como Albergues de México, que ya empiezan a preocuparse por los reclusos infectados.

Existe también la preocupación de los ONG acerca de la deficiencia de la atención médica. Si bien es cierto, como ya se menciona, existes diversas instituciones públicas que prestan estos servicios, pero por el exceso de pacientes, en muchas ocasiones no se les brinda la atención necesaria, y además no se esta capacitado la mayoría de las veces, para atenderlos. En lo referente a instituciones privadas, por el alto costo del tratamiento a que se enfrenta un paciente de VIH/SIDA, en la mayoría de las ocasiones, es casi imposible acudir a dichas instituciones

CAPITULO III

LEGISLACION DEL VIH/SIDA

CAPITULO III
LEGISLACION DEL VIH/SIDA

Una vez conocidas las ETS y al VIH/SIDA como una infección que puede atacar a cualquier individuo, sea niño o adulto, es necesario saber, las medidas legales que toman nuestros legisladores, para proteger a todos los mexicanos "sin excepción" en la lucha contra estas enfermedades, incluyendo a los que se encuentren privados de su libertad. Para ello, hay que seguir el orden de jerarquía que nuestras normas tienen, comenzando por la CPEUM y terminando por los Derechos Humanos.

En lo que respectan a los diversos convenios (Recomendaciones Internacionales principalmente), que México hace con organismos mundiales como la OMS, por sus características y relación con los reclusos infectados, serán tratados en el capítulo siguiente.

A) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), es la norma suprema de la cual emanan las demás leyes, decretos y reglamentos; es en ella en donde se establece el derecho a la protección de la salud, derivandose de ella, los demás reglamentos y ordenamientos que existen en nuestro país, los cuales, siempre deben de estar a corde con la Constitución en mención.

Debido a las constantes reformas que los legisladores hacen a la CPEUM, el tres de febrero de 1983, se publicó en el DOF, la reforma del párrafo cuarto del art. 4º, estableciendo la garantía social de, "el derecho a la protección de la SALUD" de todos los mexicanos sin distinción alguna, quedando el artículo de la siguiente manera:

"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, con forme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución"

Esta garantía no sólo se refiere a ser atendido medicamente en caso de enfermedad. Debe comprender también la medicina preventiva, o sea, recibir ayuda para evitar las enfermedades; la educación en materia médica de la población, pues para preservar la salud es preciso con la colaboración de cada habitante que debe saber que actos propios deterioran su salud y evitarlos. 25

Pero desafortunadamente, en nuestro país, a pesar de esta disposición constitucional, se puede percibir que en la práctica no se da, hay una población que no tiene los recursos necesarios para tener una atención médica digna, este es el caso por ejemplo de los diversos grupos indígenas, de los campesinos que emigran a las ciudades, de los limosneros, y en general de todas las clases desprotegidas. Pero sin embargo, hay otras áreas de la salud que el gobierno pone más interés, como por ejemplo, los días nacionales de vacunación a todos los niños, siendo también necesario, que en algunas ocasiones se realicen brigadas de vacunación para adultos; las campañas de vacunación para animales domésticos, entre otros.

El art. 4º anteriormente tratado, hace una remisión a el artículo 73, por ello, es necesario transcribir a continuación, lo que el especifica dicho artículo constitucional. El artículo en mención, da las bases para establecer los acuerdos de coordinación entre la Federación y los Estados en diversas materias, de entre las cuales, se destaca la materia de la salud, para con ello, evitar que esta no se perturbe; dicho artículo establece:

Art. 73. En congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar Leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias para el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

XVII..."

De lo anterior se puede deducir, que en estos dos artículos constitucionales sólo se señala explícitamente el derecho a la protección de la salud; dejando principalmente a la LGS (reglamentaria del artículo 4º constitucional), las medidas que debe tomar el Estado a través de sus respectivas Instituciones de Salud, proporcionar a todos los mexicanos (sin distinción) este derecho constitucional. Por ello, la protección a la salud de todos los mexicanos, también es aplicable para los individuos enfermos de VIH/SIDA, no tomando en cuenta la edad, sexo, condición social o si se trata de un recluso infectado.

La protección a este derecho esta conferida a la Federación y a las Entidades Federativas, a través de las facultades establecidas en diversos ordenamientos.

Como la protección a la salud es muy amplia, a continuación se hará una breve especificación de los dos principales ordenamientos en donde se protege, para posteriormente en los incisos correspondientes, desarrollar sólo la manera en que se reglamento la

protección de la salud en relación a la infección por VIH/SIDA.

CODIGO PENAL
PARA EL DIS-
TRITO FEDERAL

Título Séptimo
Delitos contra
la Salud

De la producción, tenencia, tráfico,
proselitismo y otros actos en mate-
ria de narcóticos. Cap. I, arts. -
193 a 199

Del peligro de contagio. Cap. II,
art. 199 bis

Título Decimo-
noveno. Delit-
os contra la
Vida y la In-
tegridad Cor-
poral.

Lesiones. Cap. I, arts. 288 a 301
y Cap. III, arts. 310 a 322

Homicidio. Cap. II, arts. 302 a 308
y Cap. III, arts. 310 a 322

Homicidio en razón del parentesco o
relación. Cap. IV, art. 323

Aborto, Cap. VI., arts. 329 a 334

Abandono de Personas, Cap. VII,
arts. 335 a 343

LEY GENERAL
DE SALUD

Título Decimonoveno. Medidas de
Seguridad, Sanciones y Delitos

Delitos, Cap. VI,
arts. 455 a 472

**B) CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN Y
PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DE PUERO FEDERAL.**

Esta parte que se desarrolla a continuación, esta basada principalmente, en las diversas tesis sobre VIH/SIDA que han hecho diversos alumnos de derecho (principalmente de la UNAM) para obtener el título de Licenciados en Derecho, pero como el objetivo de la presente tesis no pretende hacer una reforma a el CP, se ha hecho un breve resumen, para determinar la situación actual del VIH/SIDA en el Derecho Penal.

Por otra parte, hay que determinar, que derecho penal no puede intervenir ante cualquier perturbación de la vida en común, sino que debe limitarse a la protección de los valores fundamentales del orden social.

En toda norma jurídica-penal subyacen juicios de valor positivos sobre bienes vitales, imprescindibles para la convivencia humana en sociedad, que son, por consiguiente, acreedores de su protección a través del poder coactivo del estado, representado por la punibilidad. La salud, junto con la vida, la integridad corporal, etc., pertenecen a este tipo de bienes.

La norma jurídica-penal, en los alcances de los distintos textos regulatorios relativos a la salud, se proyecta hacia la protección de ésta en cuanto a los menores, ancianos, minusválidos y en general todos los que pueden ver afectada su salud por actividades contrarias a este aspecto esencial de la convivencia social. La salud adviene de este modo a la concertación de bien jurídico fundamental, ese bien jurídico penal con carácter de indispensable para el fin último de derecho y, por consiguiente, necesitado y dotado de la correspondiente protección penal.

La salud no es sólo un valor biológico- siendo, como sin duda lo es-; es un bien social y cultural, que los Estados no pueden promover, mejorar o proteger sin la participación de la sociedad y del hombre y de la mujer en particular. De ahí que, en este terreno, nos encontramos con que es consideradamente fácil substraerse al cumplimiento de las normas protectoras, e incluso hacer ineficientes los mecanismos administrativos orientados a la actividad tutelar.

Se estima que las conductas más peligrosas para la salud humana derivan de la imposibilidad mencionada en las líneas anteriores, y es que hemos llegado a alcanzar (este no es un problema exclusivo de México) niveles considerables de respeto a la libertad, pero ocurre que el hombre está incapacitado para conseguir el anhelado binomio libertad-justicia social.²⁶

En definitiva, la única razón que puede justificar la intervención del Estado, a través del Derecho Penal, es la protección de la sociedad, que podríamos entender en sentido lato como bien común. Pero esta función protectora no es una actividad exclusiva del Derecho Penal, sino que corresponde también a otras ramas del ordenamiento jurídico y al propio orden social como tal.²⁷

De los delitos contra la salud que establece el esquema del presente capítulo, en materia penal, sólo las personas infectadas por VIH/SIDA pueden cometer dos delitos: el de lesiones y peligro de contagio. Sin embargo, no hay que olvidar, que un infectado por VIH/SIDA, puede cometer cualquier otro delito que se encuentre contemplado en el CP, pero cualquier de estos delitos, no afectan directamente a la salud (de los no mencionados con anterioridad).

Para comprender con mayor claridad, como una persona infectada por VIH/SIDA puede ser sancionada, es necesario acudir al Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común, y para toda la República en Materia del Fuero Federal (CP), el cual es un Decreto expedido por el entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Pascual Ortiz Rubio, el dos de enero de 1931, actualmente vigente y en donde se especifican los delitos que a continuación serán estudiados.

En lo que respecta al delito de peligro de contagio, este delito con la aparición del VIH/SIDA, ha tenido la necesidad de ser reformado para dar cabida a esta enfermedad, quedando actualmente de la siguiente manera:

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

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

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

El artículo no sólo abarca al VIH/SIDA como enfermedad venérea o ETS, sino que también abarca a los demás medios de transmisión de la infección tratados con anterioridad, aumentando además la pena hasta cinco años de prisión, por tratarse hasta la fecha de una enfermedad incurable. Pero, resulta un problema determinar con exactitud cuándo es el período infectante, puesto que aún los investigadores y médicos no han podido establecer con exactitud cuando se presenta el período infectante del VIH/SIDA.

Además el sujeto activo cuando encuadra en este artículo, debe tener conocimiento de que está infectado por VIH/SIDA, poniendo en peligro de contagio al sujeto pasivo, quien además no debe de infectarse, sólo debió estar en peligro. Para determinar si hubo o no un contagio, es necesario que transcurran varios meses y se practiquen las pruebas de detección y confirmación de VIH (Elisa y Wester Blot), ubicando al sujeto pasivo en un estado de inseguridad, principalmente por los períodos ventanas por los que puede resultar una prueba falsa que no detecte a la infección.

En caso de llegar a producirse para el sujeto pasivo el contagio del VIH/SIDA, se estaría en presencia de otro figura delictiva conocida como Lesiones, no por el peligro de contagio, sino por el daño causado al contraer la infección. Es decir, que se haya producido un contagio de VIH por cualquier vía de transmisión.

Las lesiones, según el art. 288 del CP son:

"Las que 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".

Pero ¿el VIH/SIDA, produce lesiones?; como lo señala el artículo, produce una alteración en la salud que deja la huella de la infección de la enfermedad, alterando el equilibrio de las funciones que el organismo del individuo tenía antes de infectarse, el cual a su vez, puede producir otras lesiones al infectar a otra persona, o poniendolo en peligro de contagio, según sea el caso.

Pero no hay que olvidar que se trata de una enfermedad incurable, por ello el art. 292 señala:

"Se impondrá de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probadamente incurable, la inutilización completa, o la pérdida de un ojo, de un brazo, una mano, de una pierna o un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrán de seis meses 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".

El VIH/SIDA encaja perfectamente en este artículo: en primer lugar por que se trata de una enfermedad incurable; en segundo lugar, por que afecta la función de defensa que tiene el organismo humano se de manera permanente, puesto que como ya se vio en el capítulo correspondiente, la enfermedad ataca principalmente a los linfocitos

T, quiénes ordenar al sistema de defensa del cuerpo a defenderse del virus invasor; y en tercer lugar, puede afectar a la función sexual de la persona que se encuentre infectado, al tener que llevar una vida sexual protegida por el resto de su vida, o teniendo algún temor al realizar el acto sexual, así como a la imposibilidad de tener hijos, no por el hecho de que no los pueda tener, sino por el alto grado de posibilidades que tiene el feto en el caso de procrearlo se contagie también de VIH/SIDA; en ocasiones podrá producir efectos psicológicos creando impotencia o alterando las funciones sexuales del individuo infectado.

De lo anterior se puede deducir, que el ofendido tiene una lesión de una enfermedad incurable, pero ello no quiere decir que necesariamente tenga que morir de SIDA, sino que se puede dar el caso de que muera por otras circunstancias, por ejemplo, de un accidente automovilístico, de un suicidio, etc. Pero, de acuerdo a las características de la infección, lo más probable es que muera de alguna enfermedad que le sobrevenga al desarrollar SIDA.

El artículo anterior, no hace referencia del medio por el cual se cause la lesión (en este caso, el contagio del VIH/SIDA), por lo tanto, se abarcan a todos los medios de transmisión comprobados.

Otro artículo que es necesario mencionar, es el 293, que dice:

"El que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrá de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan con forme a los artículos anteriores".

En este supuesto, el VIH/SIDA pone en peligro la vida, por el alto grado de posibilidad, que el lesionado muera por haber desarrollado SIDA. En cuanto a los medios a través de los cuales se lesiono al sujeto pasivo, ninguno puede considerarse lo suficientemente peligroso como para privar de la vida a otro.

Otra figura importante y discutida en relación al VIH/SIDA, es la del homicidio

El homicidio, de acuerdo al art. 302 es:

"El que priva de la vida a otro".

El hecho de infectar a una persona con VIH/SIDA esta privando de la vida a otro, pero dicha privación de la vida no es inmediata, sino que se desarrolla durante el transcurso del tiempo (no sabiendo con exactitud cuanto durará), siempre y cuando se muera por haber desarrollado SIDA, el cual puede variar desde varios meses o hasta quizás veinte años, dependiendo de cada individuo. Si bien es cierto, el artículo mencionado no hace referencia del período de tiempo en que el ofendido muera, lo más probable es que si muera como consecuencia del contagio del VIH/SIDA hecho con anterioridad, sólo que aún no ha muerto, y por tanto, a la persona que produjo la infección, no se le puede dictar sentencia por homicidio.

Además, tampoco, en dicho artículo se hace referencia de los medios a través de los cuales se prive de la vida a otro.

Por lo tanto, es conveniente señalar lo que determina, el art. 315, en cuanto a las reglas comunes para el homicidio y las lesiones:

"Se entiende que las lesiones y el homicidio son calificativos, cuando se comete con premeditación, con ventaja, con alevosía o traición.

Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, siempre que haya reflexionado sobre el delito que vaya a cometer.

Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquier otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad".

Las lesiones producidas por el contagio del VIH a través de la vía sexual, sólo pueden tener una calificativa, la de premeditación, para que esta ocurra, debe el reo conocer que padece de VIH/SIDA, una vez que ya se haya realizado algunas de las diversas pruebas para saber que se tiene esta infección, pero sólo procederá la premeditación cuando el contagio se produzca por medio de una relación sexual, puesto que sólo se hace referencia al contagio venéreo, es decir, al contagio producido por la vía sexual, quedando por tanto, excluidas los otros medios de transmisión de la infección.

C) LEY GENERAL DE SALUD

Anteriormente esta Ley era conocida como Código Sanitario, el primero de ellos fue expedido en 1894, y el último (Octavo Código Sanitario) fue expedido el 13 de marzo de 1973. Durante el transcurso de estos períodos, se lograron varios avances en cuestiones de salud, por ejemplo, en el Sexto Código Sanitario (D.O.F. del 25 de enero de 1950) se publicó por primera vez el listado de enfermedades transmisibles y endémicas, así como los delitos contra la salud.

Sin embargo, en noviembre de 1983, el C. Presidente de la República envió al H. Congreso de la Unión la iniciativa de la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del art. 4º Constitucional, y el 7 de febrero de 1984 se publicó en el D.O.F. dicho ordenamiento; las reformas establecen el derecho a la protección de la salud, con la finalidad de dar progresiva efectividad a este derecho. La Ley General de Salud (L.G.S.) deroga disposiciones del Octavo Código Sanitario (art. 2º transitorios de la L.G.S., a excepción de las disposiciones que conforme a la Ley, sean materia de salubridad local, en tanto no se expidan las leyes de

salud local correspondientes) y define las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud, asimismo, establece la separación de competencias entre la Federación y los Estados y especifica los rubros de salubridad general.²⁸

En México, el derecho a la protección de la salud se prevé explícitamente en los arts. 4° y 73 fracción XVI de la CPEUM, este derecho sólo es efectivo en las instituciones de Seguridad Social y en los seguros privados, en los cuales sí existe un obligado correlativo al derecho de la protección de la salud, a saber:

EL DERECHO DE
PROTECCION A
LA SALUD EN
MEXICO

- I. El Sistema Nacional de Salud.
 - a) Organó coordinador del Sistema.
- II. La protección a la salud por Instituciones Públicas.
 - a) Los Servicios del Sistema Nacional de Asistencia Social.
 - b) La protección a la salud en el contexto de los sistemas estatales y municipales de asistencia social.
- III. La protección de la Salud por Instituciones de Seguridad Social.
 - a) Los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales.
 - b) Los seguros de maternidad.
- IV. La protección a la salud por Instituciones Privadas.
 - a) Los servicios de Salud que brindan hospitales y sanatorios privados.
 - b) Las instituciones de asistencia y beneficencia privada.²⁹

El Sistema Nacional de Salud, tiene varios objetivos los cuales son en general, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Su fundamento se encuentra en el art. 4º constitucional, en LGS, y en forma complementaria se puede encontrar en algunas leyes como la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, entre otras.

Por su parte, Los Servicios del Sistema Nacional de Salud, de Acuerdo al art. 167 es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física mental y social de personas en estado de necesidad, desproporción o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Además esta protección a la salud, se ha establecido en todas las entidades de la Federación, a través de los sistemas estatales y municipales de asistencia social.

Por otro lado la protección a la salud por instituciones de seguridad social en México, se da mediante los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales, el seguro de maternidad y el riesgo de trabajo. Las instituciones que brindan este seguro son el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas y Municipales del País.

En lo que se refiere a los servicios de salud otorgados por las instituciones privadas dentro del esquema de seguridad social de la población, no están sujetas a una relación de trabajo como la anterior. Destacan dentro de este rubro los sanatorios y hospitales privados y las instituciones de asistencia o beneficencia privadas. Estas instituciones participan también la protección de servicios de

salud, a cambio de un pago y bajo supervisión de la Secretaría de Salud como órgano coordinador del Sistema Nacional de Salud.³⁰

Por su parte, la LGS, no hace referencia de ningún tipo de protección a la salud a los internos de algún reclusorio o centros de readaptación social, sólo el art. 465, menciona que no se podrá hacer ninguna práctica médica con propósitos de investigación a cualquier ser humano, aumentando la pena si esta se realiza en menores, incapaces, ancianos, sujetos privados de la libertad o en general a cualquier persona que no pudiera resistirse.

La LGS también menciona en su art. 405 a el aislamiento como medida de seguridad, entendiéndolo a este como la separación de la persona infectada (el cual podría ser un interno infectado por VIH/SIDA) durante el periodo de transmisibilidad (el cual podría ser en cualquier momento si es que se tiene alguna relación sexual, u otro tipo de transmisión de las ya conocidas), en lugares y condiciones que eviten del contagio. Pero, esta situación de aislamiento es contraria a la protección de los derechos humanos que tienen los infectados, los cuales se contemplarán más adelante, sin embargo, es necesario tener plenamente identificados a los infectados y con ello tomarse las medidas necesarias para evitar el contagio.

Ahora bien, como la LGS no menciona que tipo de asistencia social se les otorga a los reclusos, es necesario acudir a la Ley de Salud para el Distrito Federal (la cual es una ley emitida por el Congreso de la Unión, publicada en el DOF el 19 de enero de 1987), en su título segundo de la salubridad local, capítulo VII, de los reclusos y centros de readaptación, que dice:

"Art. 51.- Corresponde al Departamento (Departamento del Distrito Federal), integrar, conducir, desarrollar, dirigir y administrar en forma permanente los servicios médicos quirúrgicos generales y las especialidades de psiquiatría y de odontología que se

presten en los reclusorios y centros de readaptación, a efecto de otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente la atención a los internos.

Los responsables de la aplicación de los servicios médicos, coadyubarán a la elaboración y ejecución de programas nutricionales, de prevención de enfermedades y accidentes.

Para tal efecto, los directores de dichas instituciones deberán proveer de todos los elementos, equipos y materiales para prevenir y en, su caso, contrarrestar los riesgos en la vida y la salud de los enfermos.

"Art. 52.- Tratándose de enfermedades de emergencia, graves o cuando así lo requiera el tratamiento, a juicio del personal médico de la institución, el interno podrá dar aviso para ser trasladado al centro hospitalario que determine el propio Departamento; en cuyo caso se deberá hacer del conocimiento de la autoridad competente.

Las personas encargadas de los servicios médicos de los reclusorios y centros de readaptación deberán, a partir de que tengan conocimiento de alguna enfermedad transmisible, proceder a adoptar las medidas de seguridad sanitarias previstas en el Capítulo I del título quinto de esta Ley, para evitar su propagación, así como informar en un plazo no mayor de veinticuatro horas al Departamento (Departamento del Distrito Federal."

Las medidas de seguridad que pueden adaptarse a los internos infectados por VIH/SIDA, a que se refiere el art. 52, son el aislamiento, cuarentena, observación personal, vacunación de personas, la suspensión de trabajos, entre otros. En cuanto a la cuarentena y la vacunación no procede por las características de la infección del VIH/SIDA; pero si se puede tomar como medida de seguridad la observación personal, ya que está es 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.

En cuanto a un posible aislamiento, no se permitiría, por que iría en contra de los Derechos Humanos del recluso infectado, pero si se puede aceptar la reubicación del recluso, en un dormitorio especial en donde no pueda infectar a otros reclusos, y en donde tenga la atención médica necesaria, siendo necesario además, que se le permita el acceso a los sitios comunes, para la convivencia con los demás reclusos, como por ejemplo, el comedor, las canchas, etc.

D) REGLAMENTO DE RECLUSORIOS DEL DISTRITO FEDERAL

Antes de entrar completamente al estudio de la protección de la salud de los reclusos que este Reglamento establece, es pertinente señalar lo que establecen los arts. 18 y 19 de la CPEUM en lo referente a los Centros de Reclusión del País:

Art. 18: "Sólo por delitos que merezca pena corporal habrá lugar a prisión preventiva. El sitio de esta será distinto del que se destine para la extinción de las penas y estarán completamente separados.

Los gobiernos de la Federación y los Estados, organizarán el sistema penal, en sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente. Las mujeres conpurgarán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto.

Los gobernadores de los Estados, sujetándose a lo que establezcan las leyes locales respectivas, podrán celebrar con la Federación convenios de carácter general, para que los presos sentenciados por delitos del orden común extingan su condena en establecimientos dependientes del Ejecutivo Federal.

La Federación y los gobiernos de los estados establecerán instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores.

Los reos de nacionalidad mexicana que se encuentren conpurgando penas en países extranjeros, podrán ser trasladados a la República para que cumplan sus condenas con base en los sistemas de readaptación social previstos en este artículo y los reos de nacionalidad extranjera sentenciados por delitos del orden federal en toda la República, o del fuero común en el Distrito Federal, podrán ser trasladados al país de su origen o reincidencia, sujetándose a los tratados internacionales que se hayan celebrado para ese efecto. Los gobernadores de los estados, podrán solicitar al Ejecutivo Federal, con apoyo en las leyes locales respectivas, la inclusión de reos del orden común en dichos tratados. el traslado de los reos sólo podrá efectuarse con su consentimiento expreso."

Este artículo, establece la necesidad de crearse centros de reclusión diferentes dependiendo del sexo y la edad, así como de la condición jurídica de los sentenciados. Dándole además facultad a cada Entidad Federativa, para crear sus instituciones penitenciarias, de acuerdo a las necesidades particulares. Igualmente, establece la necesidad del traslado de los reos extranjeros a las prisiones de sus países, y para que los mexicanos que se encuentren en el extranjero, sean trasladados al país, pretendo que cada uno de los reclusos tenga

una rehabilitación en un medio adecuado, el cual se encuentra dentro de sus respectivos países.

Por la condición jurídica de los internos, es preciso que se haga una separación de los procesados adultos y de las procesadas adultas, los cuales constituyen la mayor parte de la población reclusa, y estos a su vez, deben ser separados de los sentenciados adultos hombres y sentenciadas adultas mujeres.

Art. 19, párrafo tercero: "Todo mal tratamiento en la aprehensión o en las prisiones, toda molestia que se infiera sin motivo legal, toda gabela o contribución, en las cárceles son abusos que serán corregidos por las leyes y reprimidos por las autoridades."

En el artículo transcrito anteriormente, se establece un avance para el trato de los reclusos, evitando con ello, el mal trato en las prisiones de los reclusos. Sin embargo, dicha situación aún sigue prevaleciendo hasta la fecha, la base primordial por la cual no se denuncia el maltrato, es por el temor a las represalias.

La ley escrita puede ser perfecta y con tendencias a una buena rehabilitación, pero desgraciadamente la teoría no se lleva a la práctica como debería ser, dándose como consecuencia, las grandes deficiencias de nuestro sistema penitenciario mexicano.

Es pertinente mencionar, que al ingresar una persona como interno a un reclusorio o centro de readaptación social, es necesario someterse a un criterio de clasificación, mediante el cual son asignados a las distintas instituciones penitenciarias, hospitales y colonias penales o cualquiera otra prevista por la ley como las de alta, media o baja seguridad, (situación que en muchas ocasiones no se da). Sin embargo, la clasificación debe considerarse como una medida instrumental, de carácter temporal y reversible, y no como un fin en sí misma, por lo que su aplicación está supeditada al goce y ejercicio pleno de derechos de mayor jerarquía.³¹

Dichos criterios para la clasificación de la población interna en los centros penitenciarios, fueron publicados por la CNDH, estableciendo que se deben tomar en cuenta, los siguientes criterios:

1. Garantizar el derecho a una estancia digna y segura dentro de la Institución. Art. 2°

Para garantizarla la población en reclusión podrá ser separada de la siguiente manera: (art. 17)

a) Población de ingreso.- es la que a sido sujeta a proceso con prisión preventiva (art. 18).

b) Población que requiere de cuidados especiales.- (caso de los internos infectados por VIH/SIDA, la cual, por cuestiones de salud física, podrá ser ubicada en espacios predeterminados, según lo establece el art. 19, también suelen estar en este caso los discapacitados, los adictos a drogas en tratamiento voluntario, las personas de edad avanzada o que presenten una patología psiquiátrica).

c) Población en riesgo.- es la que presenta una posibilidad de ser agredido o de agredir a otro (art. 20).

d) Población sancionada con aislamiento temporal.- esta constituida por los internos a quienes se les ha impuesto una sanción, e implique la separación del resto de la población, (Art. 23), en espacios predeterminados para estos fines (art. 24)

e) Población en general.- debe entenderse por exclusión, a todos los internos que no sean considerados dentro de los grupos anteriores. Podrán ser ubicados una vez que se haya considerado sus hábitos de vida, las preferencias e inclinaciones culturales, educativas, recreativas o de cualquier otra índole relevante (en donde se pueden incluir las tendencias homosexuales), a fin de

minimizar los riesgos de conflicto y fomentar la convivencia armónica dentro de la institución (art. 26).

2. En ningún caso, debe ser pretexto de discriminación o la concesión de privilegios para los internos. Art. 3°.

3. Todos los lugares destinados a la estancia de internos, deberán contar con características similares. Art. 4°.

4. No podrá aislarse a nadie. Art. 6°.

5. La clasificación únicamente deberá realizarse por el Consejo Técnico de la Institución; en caso de no existir éste, deberá ser realizada por personal técnico, o en ausencia de ambos, por las autoridades del Centro. Art. 13.

Además, de acuerdo al art. 8° de los criterios para la clasificación de la población interna en los centros penitenciarios, señala que hay varios tipos de instituciones a saber;

BAJA SEGURIDAD. (art. 9) En estas instituciones se encontrarán los internos sentenciados por delitos no considerados como graves; los sentenciados a penas en régimen de semilibertad; y los que se encuentren en fase final de la ejecución de la pena en internamiento.

MEDIA SEGURIDAD. (art. 10) En este caso los internos no debe de encontrarse en los supuestos establecidos para los de baja seguridad y así mismo, no deben de reunir ninguna de las circunstancias requeridas para ser enviados a una institución de alta seguridad.

ALTA SEGURIDAD. (art. 11) en este caso se sitúan a los internos que han sido sentenciados por delitos graves; pertenecer a grupos organizados para delinquir; presentar conductas graves o reiteradas de daños, amenazas, actos de molestias, o delitos en perjuicio de otros reclusos, sus familias, visitantes o personal de la

institución; y por último, los que hayan favorecido a la evasión de presos.

Por su parte, el "Reglamento de Reclusorios del Distrito Federal", tiene las mismas medidas mencionadas con anterioridad en el inciso referente a la Ley General de Salud, en cuanto al servicio médico, al contar estas con servicios médico-quirúrgicos (art. 87 del Reglamento) y la prohibición de las prácticas experimentales biomédicas (art. 90 del Reglamento).

Como una de las principales preocupaciones es la forma en que se contagia el VIH/SIDA en las penitenciarias, y considerando que la más frecuente es por medio de la relaciones sexuales, el Reglamento de Reclusorios para el Distrito Federal, en cuanto a la visita íntima establece:

"Art. 81.- La visita íntima se concederá únicamente cuando se haya realizado los estudios médicos y sociales que se estimen necesarios y se hayan cumplido los demás requisitos y disposiciones generales que dicta la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social".

La Ley de Normas Mínimas, en su art. 12, por su parte, consagra de manera expresa la visita íntima, (que se viene practicando desde 1924), sus objetivos y la forma que debe de asumir:

"La visita íntima tiene por finalidad principal, el de mantener las relaciones maritales del interno en forma sana y moral; no se concederá discrecionalmente, sino previos estudios social y médico, a través de los cuales se descarte la existencia de situaciones que hagan desaconsejable el contacto íntimo".

Antonio Sanchez Galindo, por su parte señala: "el sexo, con frecuencia, se corrompe y relaja, con mayor razón cuando se vive en prisión". Una forma de ayudar no deformarlo es la visita íntima, pero para concederla y administrarla hay que observar ciertos principios elementales:

a) Debe concederse sólo a la esposa, o en su defecto a la concubina.

b) Debe procurarse que los cónyuges están sanos física y mentalmente.

c) Las habitaciones serán individuales, amables y acogedoras.

d) Debe darse el mayor respeto a la pareja y, en especial a la esposa. El vigilante no debe permitirse la más mínima familiaridad con ella.

e) Bajo ningún pretexto deberán concurrir a este tipo de visitas prostitutas o amigas ocasionales.

f) No se permitirá la introducción de alimentos en la recámara conyugal.

g) Sólo se permitirá el acceso a la misma recámara de "niños en brazos" que tengan que ser amantados por la esposa, pero adecuadamente separados del lecho conyugal.

h) Para niños menores, deberá de existir una guardería o dormitorio separado completamente.

i) La mujer en prisión tendrá igual derecho, sólo que deberá sujetarse a planificación familiar.

Desde luego, como se ve, se está abogando por la visita conyugal controlada y no libre, o más bien libertina. Y seguidamente, de manera terminante, descarta la visita de prostitutas porque:

a) La prostituta se presta para introducir: 1. armas; 2. objetos peligrosos y 3. drogas.

b) La prostituta contamina; 1. moralmente; 2. físicamente y 3. antisocialmente.

c) La institución penal no puede oficializar un equivalente delictivo como lo es la prostitución.

d) No debe fomentar la corrupción (cosa que se sucitaría con la vigilancia, que se avocaría a conseguir prostitutas, y ser leones a petición de los reclusos).

e) La institución crea valores firmes no destruirlos (la visita íntima debe tener un sentido profundamente moral, no sólo de desfogue sexual).³²

De lo anteriormente establecido, con lo que respecta a el tema del VIH/SIDA, no se le permitiría como consecuencia la visita íntima por el no estar sano física y mentalmente, y por tal, no se reunirían los requisitos para la visita íntima, en el supuesto que el interno o la visita íntima se encuentren infectados. Se estaría evitando con ello, un futuro contagio.

De lo anterior, se puede deducir que no se permitiría la visita íntima, lo cual sería contrario a los Derechos Humanos del recluso. Sin embargo, para evitar un contagio por vía sexual, deberá ser necesario educar tanto a los reclusos como a su pareja sexual, principalmente por medio de folletos, para que tomen las medidas preventivas ya mencionadas con anterioridad en capítulos anteriores. Siendo necesario remarcar que la fidelidad es la principal medida de prevención, puesto que la pareja que va a visitar al interno puede tener otra relación sexual casual en el exterior, y con ello propagarse la infección, no sólo entre la pareja y su recluso, sino también con la pareja sexual ocasional, convirtiéndose en una cadena de infección.

Lo único aconsejable para alguna de la pareja [recluso (a), esposo (a), concubina (o)], es el estar informado de las medidas preventivas para la práctica de una relación sexual, para con ello

practicar lo que se conoce como sexo protegido, disminuyendo el riesgo de un contagio de VIH por vía sexual.

E) DERECHOS HUMANOS.

En la actualidad los derechos humanos, han adquirido mayor difusión gracias a la reforma a el art. 102 apartado B, de la CPEUM, el cual establece lo siguiente:

"El congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección a los Derechos Humanos que otorga el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los de Poder Judicial de la federación, que violen estos derechos. Formularán recomendaciones públicas, autónomas, no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas.

Estos organismos que establezca el Congreso de la Unión, no serán competentes tratándose de asuntos electorales, laborales y jurisdiccionales.

El organismo que establezca el Congreso de la Unión conocerá de las inconformidades que se presenten en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los órganos equivalentes en los Estados".

La parte del artículo antes descrito, fue una reforma publicada en el DOF, el 28 de enero de 1992. Sin embargo, conviene resaltar dos elementos de la competencia positiva de los organismos protectores de los Derechos Humanos:

1) para que se configure una violación a los Derechos Humanos se precisa un acto u omisión de autoridad o servidor público, lo que excluye que dichas violaciones puedan darse entre particulares.

2) los organismos protectores formulan "recomendaciones públicas, autónomas y no vinculatorias", lo que significa que no tienen carácter obligatorio las recomendaciones, pero si la fuerza de su publicidad. Estas recomendaciones gozarán de autonomía, o sea, que ninguna autoridad o persona alguna, puede intervenir en la

conformación de la recomendación y que sólo debe basarse en la verdad del expediente.³³

Las violaciones de la autoridad a que se refiere este artículo, son lo que se conoce como "las Garantías Individuales", que regula la CPEUM en sus primeros 29 artículos, y el órgano en México encargado de formular las recomendaciones por violaciones a estos artículos, es la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), que se basa principalmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual en general, establece los mismos derechos para todo ser humano sin excepción de ningún tipo.

El presente inciso sin embargo, se dividirá en dos partes, haciendo distinción entre las personas que viven con VIH/SIDA que están privadas de su libertad y las que no lo están. Los derechos humanos básicamente deben ser los mismos, más sin embargo, hay diferencias que serán señaladas en su oportunidad.

a) Los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH/SIDA.

Todos los seres humanos por el hecho de serlo, tenemos los mismos derechos, pero, a pesar de ello, a lo largo de la historia de la humanidad esta situación no se ha dado, ya que los seres humanos siempre hemos hecho distinción o marginación por cuestiones de sexo, raza, color, religión, etc., cuestiones que efectivamente si nos hacen distintos los unos de los otros, pero por la condición de ser seres humanos, estas circunstancias nos deben de hacer iguales.

Dada la discriminación que se ha dado a las personas que viven con VIH/SIDA, en el mes de junio de 1990 en México, se creó el Comité de Aspectos Jurídicos de CONASIDA, cuya responsabilidad consiste en analizar, con firmeza a la ley, las instancias que permitan hacer

efectiva la defensa de los derechos de personas que viven con esta infección y que se violan sus derechos humanos.

En octubre de 1991, se firmó un convenio entre la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Derechos humanos, en el cual se pretende proteger los derechos de los infectados por VIH/SIDA, derechos que serán defendido a través de este instrumento en resumen concretan la postura del gobierno en relación al binomio Derechos Humanos y SIDA. Los cuales están basados en las siguientes premisas:

1. La Ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe de sufrir discriminación de ningún tipo.

2. Ningún individuo está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH no a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA.

Si de manera voluntaria una persona decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que está sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sea conservados en absoluta discreción.

3. En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar una persona por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.

4. No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional a las personas infectadas con VIH.

5. Quien desee contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección de anticuerpos VIH.

6. Vivir con VIH/SUDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.

7. Cuando un individuo solicite empleo, no podrá ser sometido a ninguna de las pruebas de detección de VIH.

*

El hecho de vivir con VIH/SIDA, no podrá ser motivo para que suspenda a nadie de su empleo.

8. Los infectados o enfermos tienen todo el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se impartan en las instituciones públicas o privadas.

9. Se respetará el derecho a asociarse libremente con otras personas o a afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH/SIDA.

10. Se respetará el derecho a buscar, recibir y difundir la información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y las formas de prevención.

11. Quiénes vivan con VIH/SIDA, tienen el derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a que puede someterse.

12. Quien viva con VIH/SIDA, tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida.

13. Quien viva con VIH/SIDA, tiene derecho a una atención médica digna, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14. Quien viva con VIH/SIDA, tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.³⁴

Es importante reflexionar, que a pesar de lo que se establece en las premisas anteriormente señaladas, en México como en la mayor parte del mundo, los infectados se encuentran en un estado de desprotección, debido a la imposibilidad de poderles garantizar los derechos a la salud, puesto que las instituciones carecen de recursos humanos técnicos y económicos necesarios, para poder brindar una

atención médica más decorosa, principalmente por el miedo que tiene la mayoría de la población a infectarse.

Esta serie de premisas fueron elaboradas a medida de que fueron incrementado las violaciones a los derechos de los infectados por VIH/SIDA. Al resumir las catorce premisas se puede concluir que lo que se pretende con ello, es tratar a los infectados de VIH/SIDA como si no lo fueran, cuestión que sería muy difícil de lograr, ya que no hay que olvidar de esta infección, al igual que las grandes epidemias del pasado, como por ejemplo la peste, hacen que la sociedad tenga un gran rechazo hacia estas enfermedades por desconocer como se pueden curar y por que el miedo que se tiene a un posible contagio, tomando medidas represivas por medio de la marginación y rechazo de los infectados, considerandolos como bichos raros o escoria.

Dentro de las violaciones a las premisa la que más interesa es la de la atención médica. La profesión médica está regida por un conjunto de principios éticos que imponen a los profesionales de la salud, la obligación de atender a todos los enfermos sin discriminación y respetando la confiabilidad de la relación con ellos.

En todo el mundo se han formulado códigos de deontología profesional destinados no sólo a los médicos sino también a enfermeras, parteras, trabajadores sociales y a todos aquellos profesionales cuyo trabajo pueda ponerlos en contacto directo y regular con personas que viven con VIH/SIDA.

Falta mucho por recorrer en este sentido en México, sin embargo en algo se ha avanzado al respecto, a través de las siguientes derechos y obligaciones dirigidas a los trabajadores de salud, en el manejo de pacientes con VIH/SIDA:

1. Notificar el caso a la autoridad sanitaria correspondiente (arts. 136, 137 y 138 de la Ley General de Salud).

2. Prestar atención médica decorosa. La ley en este caso, plantea que los usuarios de los servicios de salud tienen el derecho a recibir prestaciones de salud oportunas y de calidad, atención profesional y éticamente responsable, un trato digno por parte de los trabajadores para la salud y presentar sus quejas respecto a las deficiencias en los servicios.

3. Respetar la confiabilidad del paciente. La información sobre cualquier paciente sólo podrá ser dada a la persona afectada, a la autoridad sanitaria correspondientes, a los trabajadores de salud que atiendan directamente al enfermo, a los compañeros sexuales de las personas infectadas y las personas infectadas que hayan estado en riesgo de contagio.

4. Acatar las normas de seguridad e higiene para evitar accidentes y transmisión de enfermedades infecciosas contagiosas en áreas de trabajo.

Entre los derechos de los trabajadores de la salud relacionados al manejo de pacientes con VIH/SIDA se encuentran:

1. La estabilidad en el empleo. El estar infectado por VIH no es causa de la suspensión de la relación de trabajo, aun para los trabajadores de la salud, ya que dependiendo del caso concreto de cada trabajador procederá una reubicación, incapacidad permanente o parcial o incapacidad permanente total, pero no el despido.

2. Si bien el riesgo de contagio por accidente es bajo debe de considerarse la infección de VIH/SIDA como un riesgo profesional para los trabajadores de salud. Por tal motivo, los trabajadores de la salud tienen el derecho de solicitar y contar con el equipo necesario

para llevar a cabo las normas de seguridad e higiene establecidas, para la prevención de accidentes y riesgos de trabajo.³⁵

A pesar de las anteriores recomendaciones, estas generalmente no se llevan a cabo, teniendo como consecuencia, constantes violaciones a estas recomendaciones, las cuales son traducidas en violaciones a derechos humanos de quienes padecen de VIH/SIDA, e inclusive, puede provocar un foco de infección al no tomarse las medidas pertinentes para evitar un posible contagio. De ahí que al desconocer estas medidas, se niega el servicio médico necesario y con ello el personal de salud evita un posible contagio.

En cuanto a las constantes violaciones a los derechos humanos, estos no solamente alcanzan a los mismos infectados, sino que en ocasiones, también son afectados los familiares. Por tal, a continuación se mencionaran las principales violaciones:

- La negación de los servicios de atención médica, por parte de las clínicas y sanatorios particulares.
- El abandono de los pacientes, por parte de sus familiares, por miedo al contagio, al rechazo social, o por prejuicios moralistas.
- La inexistencia de albergues para enfermos terminales (y los que existen son insuficientes), abandonados o sin familia que, por su condición de desahuciados, tampoco son internados en las instituciones de salud.
- El rechazo que se prolonga hasta después de la muerte, con la negación de algunos médico a extender el acta de defunción correspondiente; el cobro desmedido por parte de otros, la negativa a brindar los servicios funerarios.

- El estigma que en todos sentidos persigue a los familiares; la negativa de las aseguradoras a pagar los seguros; es aislamiento por parte de los vecinos; el despojo; la no inscripción en las escuelas.

- La desprotección a la que los "huérfanos de SIDA" se enfrentan; es decir, los niños que perderán o que perdieron a ambos padres como consecuencia de este padecimiento.

- La particular desprotección en que, frente al SIDA se encuentran los pacientes psiquiátricos y débiles mentales.³⁶

Al considerar todas estas violaciones, nos podemos dar cuenta que nuestra sociedad no estuvo ni esta preparada para enfrentar los problemas que la infección presenta, sin embargo es necesario tomar medidas drásticas, a través de las cuales, se debe considerar en primer lugar la prevención principalmente por medio de la educación, así como la atención para quién ya esta infectado, mediante la educación y grupos de autoapoyo, los cuales en la actualidad, han resultado ser los más adecuados para ayudar a los infectados por VIH/SIDA.

b) Los Derechos Humanos de los que Viven con VIH/SIDA y que se Encuentran Privados de su Libertad.

Una vez conocidos cuales son los derechos humanos de las personas que no están privadas de su libertad, se puede afirmar, que estos son violados constantemente y que la mayoría de las veces no son denunciados. Ahora lo que se pretende, es conocer la situación de los infectados por VIH/SIDA que se encuentran privados de su libertad y así poder determinar que diferencias hay entre ambos.

Generalmente, cuando una persona se sabe infectado tiende a reaccionar de diversas maneras. Las primeras reacciones son las de preguntarse ¿por qué yo?, el de ocultar la infección, el suicidio, la depresión, el de venganza ya sea consiente o inconsciente de infectar a otros, etc., reaccionando de todas estas maneras al no querer aceptar el estar infectado. Una vez pasado por algunas de estas etapas se llega a una aceptación del contagio. Todas estas situaciones pueden deteriorarse o aumentarse aún más cuando se esta privado de la libertad y se desconocen las características de la infección o existe una información deficiente.

Los Derechos humanos de los reclusos infectados, son los mismos en esencia, de los que no están, sin embargo, por su condición de reclusos, se debe de observar lo siguiente:

1. No debe de sufrir ningún tipo de discriminación. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, debe de ser tratado con respeto.

2. Si decide que se le practique la prueba de VIH, tiene derecho a que los resultados sean manejados de manera confidencial.

3. Si desea contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección de VIH.

4. Tiene derecho a buscar, recibir, y difundir información precisa y documentada sobre VIH/SIDA. Así mismo, debe recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a que puede someterse.

5. Puede asociarse libremente con otras personas o afiliarse a grupos que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes vivan con VIH/SIDA.

6. Recibir la atención médica, psicológica y social dignas, cuyo objetivo sea mejorar la calidad y el tiempo de vida, y que su expediente se maneje de forma confidencial.

7. En ningún caso puede ser ubicado en área específica por el sólo hecho de ser portador del VIH o padecer SIDA. Sin embargo, tiene derecho a que se le proporcione un lugar adecuado para su protección y para el control de la enfermedad.

8. No debe de impedir o de limitarse el derecho a la visita íntima, vivir con VIH o con SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre que se tomen las medidas necesarias para no contagiar a la pareja y que ésta esté de acuerdo.

9. El hecho de vivir con VIH o con SIDA tampoco debe ser motivo para que se le niegue la participación en el trabajo, en las actividades educativas, deportivas o de cualquier índole.³⁷

De todas las premisas anteriormente descrita se puede observar que básicamente tienen su fundamento en la CPEUM, y que las seis primeras son iguales a las premisas establecidas para las personas que se encuentran en libertad.

La primera nos habla de que todos somos iguales ante la Ley, esta Ley es la CPEUM (art. 1º), por tanto, a nadie se le puede discrimina por cuestiones de edad, condición social, etc.

En la segunda premisa determina el derecho a que se tiene do practicarse voluntariamente la prueba de detección de VIH, la razón es por que en ocasiones puede resultar positiva en la primera ocasión y negativa en la segunda y en general causar una inseguridad para quién se la practica. Sin embargo, hay que tomar en consideración a los grupos de alto riesgos, los cuales están más propensos a contraer la infección. En al caso de los reclusos, la prueba generalmente,

sólo se practica cuando se tienen los síntomas de la infección y no antes, por lo que alguno puede estar infectado sin saberlo y sin presentar ningún síntoma, como fiebre, diarrea persistente, etc.

En lo anteriormente señalado, se presentan varios problemas como el gasto económico que representaría el practicar las diversas pruebas de detección para los reclusos, costo que al igual que su mantenimiento, costaría a todos los contribuyentes que no han cometido ningún delito.

Otro problema que se presenta, es el que si se realizar la prueba de detección a todos los reclusos, habrá quienes no se la quieran practicar, por lo que no se debe de realizar. Lo más conveniente sería, detectar a las personas que pertenezcan a grupos de alto riesgo, mediante la clasificación que se haga de los internos y procesados, como por ejemplo: prostitutas (os), drogadictos y homosexuales, para que estos accedan a practicarse las pruebas necesarias de detección de VIH.

Lo establecido en las premisas referentes al derecho de contraer matrimonio, deja a criterio de la persona que lo van a hacer (art. 4° constitucional, párrafo segundo y tercero), el de practicarse o no la pruebas de detección de VIH, ya que se considera un derecho el contraer matrimonio aún cuando se tenga VIH/SIDA, debiendo ser necesario que el infectado mencione a la pareja la posibilidad de la transmisión de la infección; por lo tanto, debe ser la pareja y no la sociedad, la que decida si contraen o no matrimonio, así como decidir el tener hijos. Pero en este último supuesto, se debería prohibir tenerlos, puesto que existe un alto riesgo de infectarse por VIH y vivir con una infección por toda su vida.

La información acerca del VIH/SIDA debe de ser proporcionada a todos los reclusos (art. 3°), la manera más sencilla, es mediante la educación, pero desgraciadamente, esta es muy insuficiente. No sólo es necesario informar al recluso sino también a la visita íntima, así como a la familia del recluso, (si es que la tiene y no lo han abandonado) para que ellos también estén informados. Sin embargo, como la educación es muy deficiente es más fácil obtener la información en el exterior, por medio de familiares o amigos que se las proporcionen; para ello sólo basta acudir a alguno de los organismos gubernamentales o no gubernamentales ya mencionados con anterioridad y orientarse acerca de las características de la infección, para después transmitirla al recluso.

Hay que tomar también en cuenta el deseo de que el familiar o amigo del recluso (cuando los hay, puesto que en muchas ocasiones un recluso no es visitado por nadie) para acudir a estas instituciones para pedir información, desgraciadamente, existe el problema de que a los reclusos muchas veces desconocen que se encuentran infectados y por la imposibilidad de practicar las pruebas necesarias no saben que lo están, y por tal siguen infectando a su o sus parejas íntimas, ya sea dentro o fuera del penal, o a través del uso de agujas infectadas, uso de rastrillo contaminados, etc.

El derecho de asociación del recluso (art. 9° constitucional) sólo se dará, siempre y cuando sea lícito, en cuyo caso podría dudarse su licitud, ya que generalmente se asocian para tener el poder dentro del centro penitenciario, o para delinquir una vez que se esta libre, reflejandose esta última situación, en el alto grado de reincidencia.

En la premisa cinco, se establece el derecho a la salud el cual debe de ser para toda persona sin excepción (art. 4° constitucional, párrafo cuarto), como ya se vio anteriormente, esta causa constituye una de las principales violaciones a los derechos humanos de las personas que se encuentran libres, sin embargo, para los reclusos, la protección a la salud es deficiente en la mayoría de los centros penitenciarios del país, por ello, al detectar algún recluso hombre es trasladado a la penitenciaría de Santa Marta y las mujeres a la penitenciaría de Tepepan.

Existen centros como el de Almoloya de Juárez, en donde la condición sanitaria es más digna, pero en ella, sólo pueden ingresar los reclusos que representan una mayor peligrosidad, por ser este un centro penitenciario de alta seguridad. Existe igualmente en teoría, el Centro Médico de Reclusorios, el cual no funciona y podría ser un lugar en donde se trate más dignamente a los reclusos infectados por VIH/SIDA.

En la premisa número siete, se prohíbe el aislamiento del recluso, sólo se justificaría esta cuando se pretende evitar el contagio, pero esta medida no es apropiada ni evita el contagio, puesto como ya se ha visto sólo se transmite por tres vías, por lo que el aislamiento se toma como una medida innecesaria. Sin embargo por la condición de enfermo, se tiene el derecho a que se le ubique en un lugar apropiado para una atención médica adecuada que podría proporcionarse a través de el Centro Médico de Reclusorios.

El derecho a la visita íntima, se basa en el derecho que se tiene al ejercer su sexualidad, como ya se ha visto con anterioridad, un enfermo de VIH/SIDA, puede tener relaciones sexuales protegidas (sexo seguro) y no de alto riesgo, además también sería recomendable

la distribución de condones en el reclusorio, como lo establece la OMS, sin embargo, por la falta de una educación adecuada, esta situación no se puede llevar a cabo.

Y por último, como lo establece la premisa número nueve, y tomando en cuenta los medios de transmisión, el realizar un trabajo, el pretender educarse, realizar actividades deportivas, etc, no constituye un impedimento para que los reclusos realicen estas actividades, situación que generalmente no se da, por el temor que se tiene al contagio.

La situación de los reclusos en nuestro sistema penitenciario (principalmente en Santa Marta y Tepepan) esta muy deteriorada, independientemente de que se trate de un recluso infectado o no. Según nuestro sistema penitenciario, tiene como fin, la prevención y readaptación social, lo cual no se cumple al no existir una readaptación de los sentenciados.

CAPITULO IV

EL SISTEMA PENITENCIARIO

CAPITULO IV

SISTEMA PENITENCIARIO

El presente capítulo es la parte final que complementa la investigación para la elaboración de la tesis, así como la continuación del capítulo anterior (principalmente la parte referida a los reclusos que viven con VIH/SIDA), dando la pauta para conocer más a fondo la constante discriminación que presentan los infectados por VIH/SIDA en reclusión.

Por lo tanto, en esté capítulo, se pretende conocer más a fondo la situación jurídica de los reclusos infectados de VIH/SIDA en México, así como conocer algunas de las situaciones en que se encuentran otros reclusos en algunos países en donde hay un número considerado de reclusos infectados, como por ejemplo, en Estados Unidos.

Del mismo modo, se verá las recomendaciones que han propuesto organismos como la OMS y la CNDH, para mejorar las condiciones en que se encuentran los reclusos infectados.

A) CONCEPTO DE PRISION

Antes de entrar al estudio de la situación de los reclusos infectados por VIH/SIDA, es necesario conocer que es la prisión y que es un centro penitenciario.

El art. 25 del CP. da un concepto breve pero concreto de la prisión, el cuál es el siguiente:

"Privación de la Libertad corporal"

De lo anterior se puede deducir, que la libertad corporal es el derecho o el estado en que se encuentra un individuo que no se encuentra en prisión, o que puede circular libremente en la calle.

Por tal, la prisión en considerada como una pena privativa de libertad, requiriendo para ello, el internamiento en alguno de los centros penitenciarios.

La pena corporal según Rafael de Piña Vara, es la que afecta directamente a la persona del delincuente, como las de privación de la libertad o la muerte.

La "Prisión", es un invento norteamericano de la última década del siglo XVIII, en donde se pretendía sustituir los castigos corporales por correctivos de aislamiento.

La palabra "Cárcel" es utilizada gran número de veces para sustituir el de la "Prisión".

En nuestro sistema penitenciarios, a la prisión o cárcel, también se le denomina "reclusorio", su concepto, se encuentra estipulado en el Reglamento de Reclusorios para el D.F., que establece:

"Son reclusorios las instituciones públicas destinadas a la internación de quienes se encuentren registrados en su libertad corporal por una resolución judicial o administrativa. El sistema de reclusorios del Distrito Federal se integra por:

- I.- Reclusorios Preventivos.
- II.- Penitenciarias y Reclusorios de ejecución de penas privativas de libertad.
- III.- Reclusorios para el cumplimiento de arrestos.
- IV.- Instituciones Abiertas.
- V.- Centro Médico para los Reclusos.

En base a lo establecido por el artículo anterior, nuestra legislación nos da a entender que un reclusorio es sinónimo de Penitenciaria, la única diferencia entre ambos, sería, que en la primera los internos aún no están sentenciados, mientras que en la penitenciaria ya lo están.

Por tal, existen diversas leyes y reglamentos que tienen por objeto regular el estado restrictivo de la libertad. A la compilación de estos ordenamientos se les ha denominado Derecho Penitenciario. El tratadista Mexicano, Gustavo Malo Camacho, define al Derecho Penitenciario como "el conjunto de normas que regulan la ejecución de las penas y medidas de seguridad, impuestas por la autoridad competente, como consecuencia de la comisión de conductas previstas como delitos en la Ley Penal.³⁸

Establecido lo anterior, se puede determinar, que los sistemas penitenciarios están basados en un conjunto de principios orgánicos sobre los problemas que dieron origen a las reformas carcelarias y surgen como una reacción natural y lógica contra el estado de hacinamiento, promiscuidad, falta de higiene, alimentación, trabajo y rehabilitación de los internos.

En consecuencia, necesario conocer primeramente, los diversos sistemas penitenciarios de a cuerdo con Luis Marco de Pont a saber:

A) Sistema Celular, Pensilvánico o Filadélfico. - Este sistema surge en las colonias que se transformaron más tarde en los Estados Unidos de Norte América; y se debe fundamentalmente a William Penn, el fundador de la colonia Pensilvania, (de ahí deriva su nombre).

Por su extrema religiosidad implantaron un sistema de aislamiento permanente en la celda, donde obligaban a leer la Sagrada Escritura y libros religiosos. De esta forma entendían que había una

reconciliación de Dios y la Sociedad. Por su repudio a la violencia, limitaron la pena capital a los delitos de homicidio y substituyeron las penas corporales y mutilantes por penas privativas de libertad y trabajos forzados.

Otras características del sistema celular, consistió en tener veintitrés horas de encierro, tanto a niños de corta edad como a adultos, sometidos al mismo régimen, una alimentación contraria a la salud, asistencia médica y espiritual insuficientes y la "tremenda estupidez" del trabajo improductivo.³⁹

B) Sistema Auburniano.- Se impuso en la cárcel de Auburn en 1820, Estado de Nueva York, y después en la de Sing-Sing. Introdujo el trabajo diurno en común sin hablar y aislamiento nocturno. Es llamado régimen del silencio, aunque durante el día hay relativa comunicación con el jefe, lecturas sin comentarios durante la comida y el resto mutismo y aislamiento. Se creó a raíz de las experiencias nefastas del celular y a los fines de encontrar una menos costoso económicamente, con grandes talleres en donde se recluía a todos los internos.

Otra característica del sistema, fue la rígida disciplina. Las infracciones a los reglamentos eran sancionadas con castigos corporales, como azotes y el "gato de las nueve colas" que era un célebre látigo. A veces se penaba a todo el grupo donde se había producido la falta y no se salvaban ni los locos ni los que padezcan de ataques. Se les impedía tener contacto exterior, ni recibir siquiera la visita de sus familiares.

La enseñanza era muy elemental y consistía en aprender escritura y nociones de aritmética, privándoseles de conocer oficios nuevos.⁴⁰

C) Sistema Progresivo. - Consiste en tener la rehabilitación social mediante etapas o grados. Es estrictamente científico, porque está basado en el estudio del sujeto y en su progresivo tratamiento, con una base técnica. También incluye una elemental clasificación y diversificación de establecimientos. Es el adoptado por las Naciones Unidas en sus recomendaciones y por casi todos los países del mundo en vías de transformación penitenciaria. Comienza en Europa a fines del siglo pasado y se extiende a América a mediados del siglo XX.

Entre los países de América Latina, que lo han aplicado con reconocido éxito, se encuentra México, por Medio de la Ley de Normas Mínimas del año de 1971, art. 7º, donde se establece que el régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico y de tratamiento.

Existen dentro del mismo, tres sistemas que sobresalieron, y son:

1.- *Sistema Reformatorio.* - Surgió en Estados Unidos de Norteamérica para jóvenes delincuentes. Su creador fue Zebulon R. Brockway. Su paso a la historia, operó al ser designado o director del reformatorio de Elmira (Nuevo York) en 1876 y cuyas características fueron:

- La edad de los penados, era de más de 16 años y menos de 30; debían de ser primarios.

- Se basaba en la sentencia indeterminada, donde la pena tenía un mínimo y un máximo. De acuerdo a la readaptación podía recuperar su libertad antes.

- La clasificación de los penados, conforme a un periodo de observación, de un fichero con sus datos y un examen médico y psíquico.

- El director mantenía una larga conversación con el recluso al ingresar, en la que le explicaba las causas de su detención, el ambiente social del cual provenían sus inclinaciones, deseos, etc.

- El tratamiento se basaba en cultura física (había gimnasios), trabajo industrial y agrícola, enseñanza de oficios y disciplina.

Fracasó este sistema por falta de establecimientos adecuados. Se utilizó uno para delincuentes de máxima seguridad. La disciplina estaba ligada a la crueldad. No había rehabilitación social ni educación, ni personal suficiente.

2.- *Régimen Borstal.* - Es una forma del sistema progresivo y de debió a Evelyn Ruggles Brise, que a comienzos de este siglo (1901) ensayó en un sector de una antigua prisión del municipio de Borstal, próximo a Londres, alojando a menores reincidentes de 16 a 21 años. Los jóvenes enviados a este establecimiento tenían condenas indeterminadas que oscilaban entre 9 meses y tres años. Lo fundamental era el estudio físico y psíquico de los individuos, para saber a qué tipo de establecimiento Borstal debían ser remitidos, ya que los había de menor a mayor seguridad, urbanos o rurales, para enfermos mentales. La forma progresiva se percibe en los distintos grados que se van obteniendo conforme a la conducta y buena aplicación.

Se ha señalado que este sistema ha sido exitoso y ello debido a la capacidad y especialización del personal, a la enseñanza de oficios en talleres y granjas, disciplina basada en educación y confianza y rompimiento con los métodos tradicionales de humillación y sometimiento.

3.- Sistema de clasificación o Belga.- Fue considerado el "desideratum" porque concluyó la individualización del tratamiento, clasificación a los internos, con forme a su procedencia urbana o rural, educación, instrucción, delitos (si son primarios o reincidentes). A los peligrosos se los separó en establecimientos diversos. También la clasificación obedecía al tiempo de duración de la pena (larga o corta). En el primer caso el trabajo era intensivo y en el segundo no. Se crean laboratorios de experimentación psiquiátrica, anexos a las prisiones, en algunas prisiones se suprime la celda y se moderniza el uniforme del presidiario.

El Régimen All'aperto.- Como su nombre lo indica (al aire libre) se rompe con el esquema clásico de la prisión cerrada. Aparece en Europa a fines del siglo pasado y se incorpora paulatinamente a todas las legislaciones de aquel continente y América del sur. Se basa principalmente en el trabajo agrícola y en obras y servicios públicos. Por ello en los países con numerosos campesinos reclusos, tuvo una acogida sin lugar, tiene ventajas económicas y en la salud de los presos por brindarles trabajo al aire libre en tareas simples que no requieren especialización.⁴¹

El PRISION ABIERTA.- No todos los sentenciados deben estar en prisiones de máxima seguridad y por ello se han ido imponiendo instituciones abiertas o semilibertad. Estas formas relativamente nuevas son llamadas contradictoriamente "prisiones abiertas", por que prisión significa encierro.

Es una de las creaciones más atrevidas e interesantes de la penología moderna. Son establecimientos sin cerrojos, ni rejas, ni medios de contención, con muros sólidos y altos y torres de vigilancia con personal de custodia armado. El individuo se encuentra

más retenido por factores psicológicos que por constreñimientos físicos.

Se suele confundir a las prisiones abiertas con las colonias penales. No son lo mismo. En las primeras no hay ningún tipo de contención, mientras en las segundas existe la seguridad del mar como en el caso de las Islas Marias en México.

Tiene como ventajas:

- Mejoramiento de la salud física y mental de los internos.
- Atenúa las tensiones de la vida penitenciaria y por consiguiente disminuye la necesidad de recurrir a sanciones disciplinarias.
- Las condiciones de la prisión se aproximan a la vida normal, más que en los establecimientos cerrados.
- Resultan por otro lado más económicas. Esto es lógico, por que no hacen falta los costosos muros de contención de las prisiones clásicas, ni las rejas, ni los cerrojos que encarecen ostensiblemente la construcción. Al tener reducido personal, se abarata al mantenimiento de la prisión.
- Descongestionan las cárceles clásicas. Es una forma de ir seleccionando a los más readaptables y evitar su contaminación con el resto de la población.
- El poder hallar trabajo más fácilmente una vez puestos en libertas.

La rehabilitación Social en forma más efectiva y científica.⁴²

Todos estos sistemas penitenciarios, nos dan las bases para el establecimiento del actual Sistema Penitenciario en México.

B) EVOLUCION DEL SISTEMA PENITENCIARIO EN MEXICO

Los antecedentes más remotos de la prisión en México se puede encontrar en los aztecas, quiénes se caracterizaban por la crueldad excesiva de sus penas.

La idea de justicia de los aztecas tenía como principio básico, que los castigo debían de purgarse cuando el infractor se encontraba con vida, pues ningún castigo esperaba al pecador después de la muerte; es decir, que la tierra era el lugar donde se debía pagar las culpas. En consecuencia, la base principal del castigo a los actos antisociales, era la restitución al ofendido por el daño causado, la severidad de los castigos que imponía la ley penal, era tan intimidatoria que obligaba al individuo a mantener desde su infancia una vida decorosa.

La imposición y la ejecución penal fue considerada como actividad única y exclusiva del Estado, con objeto de eliminar la venganza privada.

Distinguió cuatro tipos de prisiones, a saber:

a) *Petlalco*.- Cárcel donde eran encerrados los presos por faltas leves. Se trataba de una galera grande, ancha y larga, donde de una parte a otra había una jaula de maderos gruesos. Se abría por arriba una compuerta y metían por ahí al preso, permaneciendo encerrado hasta que se determinará la situación jurídica.

b) *Cauhcalli*.- Eran para delincuentes que habían cometido delitos graves y se les debía aplicar la pena capital. Se trataba de una jaula de madera muy estrecha, vigilada rigurosamente hasta la ejecución. A esta cárcel también se le denominaba Petlacalli, que quiere decir casa de espera.

c) *Melcalli*. - Era una cárcel especial para cautivos de guerra, por quienes tenían una gran preferencia y no había igualdad en el trato en relación con los prisioneros de las otras cárceles, ya que se les alimentaba en forma abundante y se les daba un buen trato.

d) *Teilpiloyan*. - Que estaba destinada para recluir a los deudores que rehusaban pagar su crédito y otras penas menores.

Por su parte, los mayas tenían un sentido de la vida más sensible y se reflejaba en su derecho penal, había gran diversidad de penas, dejando de ser preponderadamente la muerte, aunque no por esa dejaron de consentir el salvajismo en la aplicación de diversas sanciones.

Se encontraban en un período de venganza privada, pero con una represión menos brutal que los aztecas, tenían un nivel superior de principios morales, lo que enriquezca las alternativas de ejecución de penas, siendo común, la pérdida de la libertad en lugar de la muerte. No poseían cárceles por el poco interés que les representaba en su comunidad, según sus leyes y costumbres, ya que debido a la sumaria investigación y rápido castigo de los delincuentes, no era de mucha utilidad, era tan sólo un lugar de retención antes de llegar a sufrir la pena a que debía ser condenado.

Por su parte, los zapotecas y tarascos, tenían una delincuencia tan baja, que la pena por excelencia entre los primeros fue la flagelación y la prisión, pero únicamente eran utilizadas por los delitos de embriaguez entre los jóvenes y la desobediencia a las autoridades. Entre los tarascos, al parecer, sólo se utilizaban para esperar el día de la sentencia, y excepcionalmente era la pena que se imponía al reincidente por cuarta ocasión.⁴³

Los reinos de México, Texcoco y Tacuba, formaban una triple alianza ofensiva y defensiva, pero en cuanto al régimen interior cada uno, conservaban una absoluta independencia. En cada tribunal había un ejecutor. En los tribunales colegiados de México, uno de los magistrados era quien por su propia mano ejecutaban sentencias.

La pena de muerte se llevaba a efecto de diverso modo, según era el delito por el que se aplicaba. En general, acostumbraban dar muerte a los sentenciados a esta pena, ahorcándolos, ahogándolos, a pedradas, a palos, o abriéndoles el abdomen o la caja torácica. A menudo, la pena de muerte era agravada, antes y después de la ejecución, con otras penas tenidas como infamantes.

Las penas de arresto y de prisión se extinguían en las cárceles.

Tenían las cárceles dentro de una casa oscura y de poca claridad y en ella hacían su jaula o jaulas, y la puerta era pequeña como de un palomar, cerrada por fuera con tablas y arrimadas grandes piedras y allí estaban con mucho cuidado los guardias, y como las cárceles eran inhumanas, en poco tiempo, se paraban los presos flacos y amarillos y por ser también la comida débil y poca, era lástima verlos, que parecían que desde las cárceles comenzaban a gustar la angustia de la muerte, que después habían que padecer. Estas cárceles, estaban junto a donde habían judicatura, como nosotros las usamos, y servían para los grandes delincuentes, como los que merecían la pena de muerte; en cuanto a los demás, no era menester más de que el ministro de justicia pusiese al preso en un rincón con palos delante. Sin, embargo, de la única pena que se conoce merecían prisión, era por el delito de Rifa.⁴⁴

Las prisiones en nuestro país, han ido evolucionando a través del tiempo, basándose en las diversas teorías sobre los sistemas penitenciarios ya mencionadas, sin embargo, como su evolución ha sido muy amplia, se puede establecer, que aun después de librarnos políticamente del yugo español, se continuo dependiendo de sus enseñanzas e instituciones que después del descubrimiento y conquista se implantaron en la Nueva España. Es por ello, que sólo se hará referencia de los centros penitenciarios más recientes. .

Una de las Penitenciarías del distrito Federal, es la de Santa Marta Acatitla, esta se proyectó por su autor el arquitecto Ramón Marcos, para poner al día el penitenciarismo mexicano mediante el relevo parcial de Lecumberri, para alojar a los sentenciados. Su fecha de inauguración fue en 1957.

La Cárcel de Mujeres, siempre conocida así, pese a su denominación más larga y ambiciosa de Centro de Reclusión y Rehabilitación Femenil, la Penitenciaría del Distrito Federal fue en su hora a comparación de la femenil, una prisión de diseño excelente, donde hubiera prosperado la terapia, apoyada con una buena planta de clasificación, en un Centro de Diagnóstico eficiente, en la actualidad de estilos y conceptos.

Por más que coincidiera en algunos rasgos con la penitenciaría del Distrito Federal, muy distinto era el aspecto y muy profundamente diverso al ambiente del Centro Penitenciario del Estado de México. El promotor se esta nueva institución, que mucho alentó a la aparición y desarrollo de distintos sistemas fue, Juan Fernández Albarrán, gobernador de Estado, dispuso su construcción a poca distancia de la ciudad de Toluca, en el Municipio de Almoloya de Juárez, en una llanura suave y extensa, a los pies de una pequeña loma.

En la prisión de Almoloya de Juárez, abundan las zonas verdes, para esparcimiento, y las zonas de cultivo agropecuario y de práctica deportiva, principalmente en el sector de sentenciados, donde rodean a los edificios de trabajo, enseñanza, servicio o alojamiento, todos con paredes de tabique aparente y techos de dos aguas.

Por su parte, la Colonia de las Islas Marias, ofrece otro concepto. El lugar que tuvieron las estrechas, infames barracas, oscuras y mal ventiladas, donde un imposible número de presos o colonos se aglomeraban, han sido poco a poco ganado por otras construcciones, a lo largo de más de quince años. En Puerto Balleto, capital de la colonia, con la zona vieja donde subsiste la iglesia del padre "trampas", alternan ya viviendas para individuos solteros (es decir, solos en la colonia) y casas familiares, nuevos talleres, una escuela. También han llegado los progresos a otros extremos: el alojamiento de los marinos, la unidad agropecuaria, el balneario para los familiares. En suma, arroja una apariencia rural sedante, amena y hasta hermosa, que de algún modo, alivia el mal de la cárcel.

Lecumberri era otro mundo, atento a las preocupaciones, entusiasmos e iniciativas arquitectónicas que prevalecían hasta el final del siglo XIX. Bertam propuso la arquitectura panóptica para Lecumberri, cuyo desarrollo, sobre todo, bajo el sistema radical, constituyéndose bajo esa idea.

En 1976, al cesar su vida, Lecumberri era un edificio donde el desorden arquitectónico había prosperado. Permanecía intacta la planta original. En una zona de intramuros funcionaba el anexo psiquiátrico y algunas unidades médicas y quirúrgicas que excedían la capacidad del hospital antiguo. Se quiso contar con un pabellón de Máxima seguridad y sólo se obtuvo una fuente de problemas. Jamás

funcionaron locutorios donde visitantes y visitados se hallaban separados por un vidrio que impedía el contacto entre los cuerpos y el paso de los objetos.⁴⁵

Por otro lado, los primeros antecedentes de régimen progresivo se encuentran en el Código Penal de 1871, de Antonio Martínez de Castro, donde si bien se acentúa el sistema filadélfico o celular, de aislamiento absoluto, se prevén algunas fases intermedias, incumplido el permiso para que el interno abandone la prisión durante el día con reclusión nocturna. Sistema similar tuvo el código positivista de José Almaraz de 1929, el código de 1931, de carácter ecléctico, se fundó en el sistema belga de clasificación e individualización administrativa de la pena. Se declaró, que la ejecución de las sanciones correspondía al Ejecutivo Federal, con consulta del Órgano Técnico que señale la ley, que era el Departamento de Prevención Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación.

A pesar de las disposiciones avanzadas del código de 1929, con respecto a clasificación y tratamiento penitenciario, el código no adoptó el sistema progresivo. Este se implanta recién en la Ley de Normas Mínimas, del año de 1971, actualmente vigente. Se establece que el mismo tendrá carácter progresivo y técnico, contando por lo menos, de períodos de estudio y diagnóstico y de tratamiento, dividido este último en fases de tratamiento en clasificación preliberacional. Esta es la columna vertebral del sistema. Se considera técnico, porque se debe contar con la aportación de diversas ciencias y disciplinas pertenecientes a la readaptación social del delincuente, e individualizada al tenerse en cuenta sus circunstancias personales, ya que la ley establece estudios de personalidad.

La Ley establece la creación de un Consejo Técnico Interdisciplinario, que funcionan en los reclusorios del Distrito Federal, y en la Cárcel de Santa Marta Acatitla (para sentenciados), y en algunos Estados como en el de México (en el de Almoloya de Juárez, Toluca). al ingresar el interno se confeccionan dos expedientes, uno de tipo jurídico, con datos personales, filiación, huellas digitales, la sentencia que va a cumplir, fecha de iniciación de cómputo y fecha de cumplimiento de la misma, delito que cometió, antecedentes penales, procesos pendientes, si no los tiene, conducta observada en el reclusorio preventivo, labores que realizó, participación de actividades educativas, etc. El otro expediente, de tipo técnico, se conforma con la entrevista psicológica (estudio de personalidad), pedagógica y social, con sus datos familiares, ambientales y sociales del interno.

En México la necesidad de establecer colonias se planteó en el Programa del Partido Liberal Mexicano en 1906 y el Mensaje y Proyecto de Constitución de Venustiano Carranza, el primero de diciembre de 1916. Se estableció un sistema progresivo de dos períodos para el cumplimiento de la pena de prisión de los reos federales o de orden común, conforme determina la Secretaría de Gobernación. Los internos pueden convivir con sus familiares y equivocadamente se ha indicado que es una prisión abierta (por que se puede circular libremente por la misma) cuando en realidad es de máxima seguridad como todas las colonias rodeadas por el mar.⁴⁶

Como se pudo apreciar, en México se han puesto en practica algunos de los sistemas penitenciarios establecidos en el inicio del presente capítulo, sin embargo, estos sistemas, se han adaptado muy especialmente a la cultura mexicana, existiendo aún mucho por hacer.

A pesar de existir en nuestra legislación, la intención de readaptar a los sentenciados a través del trabajo, la educación y una clasificación de los sentenciados o procesados (para tratarlos de acuerdo a sus circunstancias personales), no se logra, principalmente debido a la corrupción y la sobrepoblación, que logran impedir que estos fines se lleven a cabo, creando en lugar de una persona readaptada, una persona llena de rencor hacia la sociedad.

C) RECLUSOS INFECTADOS POR VIH/SIDA

En la actualidad el VIH y el SIDA , por las características de su propagación y por el número de personas afectadas, son motivo de preocupación y de pánico, la mayoría de las veces producto de la falta de información y de educación. Esta situación hace que muchos funcionarios penitenciarios tomen medidas arbitrarias hacia los reclusos infectados, tales como practicar la detección masiva del virus, imponer por la fuerza el aislamiento de los reclusos afectados, querer mantener en secreto el avance de la enfermedad, entre otras. Esta situación la presentan la mayoría de los reclusos infectados por VIH/SIDA en todo el mundo, viendose necesario que organismos como la OMS se haya preocupado por esta situación al dar recomendaciones para que se les de mejor trato.

En la presente parte de la investigación, se pretende conocer las características de los reclusos infectados por VIH/SIDA, para ello, se ha dividido en dos parte. En la primera de ellas se hablará de México, por ser el objeto principal de esta tesis, y en la segunda se hablará de algunos países como Estados Unidos, Canadá, Guatemala, etc., en donde al igual que México, los reclusos con VIH/SIDA son discriminados, pretendiendo con ello, conocer un panorama más amplio

de la situación en que se encuentran los reclusos, así como lo que se ha hecho por mejorarla.

a) en México

La realidad de nuestras prisiones a lo largo del tiempo, siempre han estado llena de corrupción, sobrepoblación, falta condiciones salubres, etc, que hacen imposible una rehabilitación.

A Lecumberri, se le puede considerar como una de las prisiones en que la que los presos vivían en condiciones inhumanas; uno de los mayores problemas que afrontaba, era el de la sobrepoblación, no existiendo además, ni la más remota idea de readaptación, por lo tanto, el fin que perseguía, era de extraer al individuo de la sociedad.

Como todo lo que nace tiene que morir, Lecumberri cerro sus puertas, por ser una prisión que tenía muchas deficiencias y ser insuficiente para albergar a tantos delincuentes. Se abrieron otras prisiones, mejorando la situaciones de los reclusos en un principio, pero al trasladar a los reclusos, también se trasladaron sus vicio de corrupción, de liderazgos de ciertos reclusos, y otros problemas que se tenían Lecumberri.

Al desconocer los riesgos y no tener acceso a medios de protección los presos de ambos sexos son extremadamente vulnerables a la infección por VIH, a través de actividades de alto riesgo, forzadas o voluntarias. Y no son sólo los internos quiénes corren riesgo: después de ser liberados, una persona con VIH puede contagiar a otros en la comunidad externa.

Desde hace varios años, los esfuerzos para garantizar el derecho de las personas a los cuidados de la salud, la educación y la libertad sin discriminación, son ampliamente reconocidos como algo esencial para el control del VIH. Quiénes más se exponen a contraer el virus a través de prácticas sexuales poco seguras o uso de drogas son, muchas veces, los que tienen menos poder para cambiar situaciones que involucran riesgo, o cuyas necesidades no son tomadas en cuenta en lo absoluto. Los presos constituyen uno de esos grupos. Sus derechos humanos sufren abusos en la mayoría de los países y millones viven hacinados en celdas superpobladas y sucias.⁴⁷

La falta de educación e información del VIH/SIDA que tienen los reclusos infectados, como ya se mencionó, aumenta el riesgo a la infección, por la ignorancia que se tiene acerca de las características que la infección presenta. Por ello, Raquel Marchetti en 1990, como responsable de capacitación del CONASIDA en México, encontró eco en el Instituto Nacional de Capacitación Penitenciaria (INCAPE), de la urgente necesidad de abordar el problema del SIDA en las prisiones mexicanas, de acuerdo al mandato de la Organización Mundial de la Salud, (del cual se hablará más adelante), de llevar el mensaje de la prevención a todos, incluyendo a quienes se hallan privados de la libertad. "Los prisioneros (según Raquel Marchetti) como cualquier otro segmento de la población, llevan una vida sexual; ésta, al igual que la vida sexual de la gente afuera de las prisiones, conlleva riesgos para la salud, incluyendo la posibilidad de contraer la infección por VIH, sea durante la visita conyugal o a través de las prácticas sexuales transitorias dentro de la prisión".

La metodología utilizada es la del taller, esto es apuntar a la producción colectiva del conocimiento a partir de la experiencia. Para ello, se utilizan diversas técnicas que permiten no sólo la participación del grupo, sino que afloren sus conocimientos, en este momento se cuestionan aspectos como sexo, sexualidad, vida sexual, vida-muerte.

En cuanto al problema biomédico específico del VIH/SIDA, se trabaja apoyándose en proyecciones de transparencias y videos haciendo incapié en las vías de transmisión, medidas de prevención y cómo no se transmite. Otro tema imprescindible es el referente a las prácticas de sexo seguro y protegido, que incluye el uso correcto del condón.⁴⁸

Esta información fue impartida en el año de 1990, el cual no surtío los efectos esperados, puesto que los reclusos en su mayoría aún desconocen las características de la infección, principalmente aquellos que ingresaron a los diversos centros penitenciarios después de la orientación mencionada.

Es necesario por lo tanto, no sólo brindar información a los reclusos, (quienes en muchas ocasiones sólo escuchan y no le dan mayor importancia) una sola vez, es necesario que se haga de manera reiterada. Esta falta de información constante se ve reflejada en el aumento del número de casos de reclusos infectados, así como cuando se rechaza a un interno al tener la sospecha de que está infectado; situaciones que suceden con mucha frecuencia.

Para México, la vía de mayor contagio de VIH/SIDA en la población en general es la sexual. No hay que olvidar sin embargo, que existen otras vías a través de las cuales existe un riesgo al contagio, como el uso de drogas intravenosas sin la higiene debida,

es decir, por la imposibilidad de la obtención de agujas limpias. Hay que tomar en cuenta también, que por el costo de la droga hay pocos reclusos que la usan, además, aún cabe la posibilidad de que el recluso estando bajo la influencia de la droga, tenga relaciones sexuales las cuales seguramente serán de alto riesgo.

La práctica de los tatuajes constituye otra vía de riesgo bajo de contagio, al infectarse con agujas usadas e infectadas.

Además, en estos dos casos, para que exista la transmisión del virus, deben de existir varios factores. El primero consiste en que una persona debe ser seropositivo, usar una aguja que después será usada por otra persona que no este infectada, para que con ello se logre el intercambio de fluidos corporales.

La transmisión por vía perinatal, sería la consecuencia de la relación sexual voluntaria o forzada de la madre, por algún sujeto que estuviera infectado, o por que la madre consiente de que se encuentra infectada se embarace.

En muchas de nuestras prisiones, por ejemplo en la de Morelia Michoacan, en donde la división entre hombres y mujeres, se da a través de una simple malla fácil de saltar por parte de los reclusos, quiénes en muchas ocasiones así lo hacen para tener relaciones con las reclusas, de las cuales muchas se niegan a tenerlas y son forzadas a hacerlo.

Los golpes, maltratos, intimidación, falta de espacio, venta y distribución de bebidas alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicos; concesión de restaurantes, los aparatos electrónicos de lujo, el privilegio de varios internos, las visitas no sujetas al horario establecido, la falta de agua para servicios indispensables como los baños, falta de mantenimiento a maquinaria e instalación de talleres

equipo de cocina, la no fumigación periódica, la violación de la correspondencia, la falta de colchonetas, de camas y utensilios para recibir alimentos, la existencia de celdas de segregación, falta de las áreas médicas, la alimentación y entre otras cuestiones, son un secreto a voces que guardan los distintos centros penitenciarios del país, convirtiendolos en pequeños gobiernos, donde predomina la ley del más fuerte.

Hace falta que exista una verdadera readaptación social de los internos, aunque diversos ordenamientos como el Reglamento de Reclusorios del Distrito Federal y la Ley de Normas Mínimas, en teoría establecen la rehabilitación de los internos, pero que en la mayoría de las ocasiones no se da, puesto que el drogadicto o el ratero dentro o fuera de prisión siempre lo será.

También hace falta con urgencia, que el personal técnico y de custodia se les haga una evaluación para saber su capacidad, así como es necesario que el nuevo personal reúna ciertos requisitos de humanidad, integridad, capacidad, etc.

Es necesario también, que se realicen entre los internos que se encuentren en reclusión preventiva o cumpliendo una sentencia, se les haga un verdadero estudio de personalidad, mediante la observación de su comportamiento, para hacer una clasificación más adecuada, para que con ello, se logre establecer un tratamiento específico que permita una readaptación. Debiendo tomar en cuenta además, el deseo, aptitudes y capacitación del interno para la rehabilitación y desempeño de un trabajo durante su reclusión, evitando además la subordinación de algunos internos, condiciones de trabajo no adecuadas, para así poder obtener una actividad laboral digna y remunerada.

Todas estas situaciones antes mencionadas, en ocasiones aumentan cuando se trata de recluso que es "detectado" como portador del VIH o que haya desarrollado SIDA. Y como ya se ha visto, el estar infectado por VIH no imposibilita a ninguna persona a que siga llevando una vida normal, por lo tanto, un recluso infectado no debe de ser aislado, se le debe permitir el acceso a las diversas áreas del reclusorio, como por ejemplo, a los talleres, al comedor, e inclusive, el acceso a la visita conyugal protegida, tomando siempre las medidas preventivas que disminuya el riesgo del contagio de la infección.

Hay que señalar, por ultimo, que México hasta la fecha, no cuenta con los procedimientos necesarios que garanticen la atención sanitaria de los presos. La atención médica que existe en la actualidad, en muchas ocasiones es ineficiente, aun para los reclusos que se encuentran sanos, por ello, la situación se agrava en el caso de que algún interno se enferme y necesite algún tipo de atención médica especializada.

La Ley de Normas Mínimas, establece entre otras situaciones, que el sistema penitenciario contará con instituciones especializadas y el personal con la vocación, aptitudes y preparación académica para resolver los problemas que puedan presentarse.

El Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, contempla la opción de obtener la atención médica privada con cargo a quien así lo solicite, pero si se toma en cuenta, que muchos de los reclusos que pueden salir en libertad bajo fianza porque no tienen los recursos económicos suficientes, mucho menos los tendrán para pagarse una atención médica privada.

Puede afirmarse que tanto en la Ley como el Reglamento citados contienen principios y conceptos que deben ser recordados y tomados en cuenta por las más altas autoridades penitenciarias para evitar las frecuentes violaciones a tres derechos fundamentales de los internos, que son:

- Garantías Individuales.
- Derechos Humanos.
- Prevención y control de enfermedades infecciosas en general.⁴⁹

Aún falta mucho por hacer en México, principalmente por que existe mucha discriminación hacia estos enfermos, a pesar que esta legislado por diversas normas (que sólo son letra muerta), el derecho que tienen las personas que se encuentran infectadas por VIH/SIDA, en las que se incluyen a los reclusos, a ser tratados igual a cualquier otro individuo que no lo esta.

Es necesario por último señalar, que el costo que representa tener un recluso es una carga pesada para la sociedad, por lo tanto, estas instituciones tienen muchas deficiencia, logrando con ello, que no exista una verdadera readaptación, y en el caso de que el interno salga de la prisión, al no estar rehabilitado volverá a delinquir, convirtiéndose en una cadena interminable.

b) En el extranjero.

Existen pocas investigaciones realizadas a nivel nacional o internacional sobre el VIH/SIDA y su relación con los sistemas Penitenciarios. Las frecuencias más altas se han identificado en poblaciones de reclusos "de nuevo ingreso", en contraste con unas relativas bajas proporciones encontradas en grupos de homosexuales en tres prisiones de Estados Unidos de Norteamérica. Sin embargo, al

revisar alguna bibliografía sobre el tema, se encontró una gran variabilidad en las frecuencias reportadas sobre la enfermedad; que varían desde un 33.3% en una prisión de la localidad de Harris County en Texas, US; hasta un 0.1% en otra institución similar en South Dakota. Por otra parte, en Atlanta, Georgia existe una cárcel especial para los prisioneros con VIH/SIDA (conocida como "la prisión de la muerte"), con una gama increíble de problemas de discriminación y violaciones a los derechos humanos.

Otra situación que llama la atención sin las altas prevalencias referidas en cinco países, que en orden de frecuencia son: España 26%, Italia 16.8%, Francia 12.6%, así como Amsterdam y Suiza con 11% cada uno.

En la prisión de Uverlandia en Brasil, se cuenta con seis celdas individuales de 12 metros cuadrados destinadas para los afectados por el VIH/SIDA. En Argentina se reporta que se estima que el 30% de los internos en los reclusorios están enfermos o son portadores del VIH; se agrega que el trato que se les da es infrahumano, llegando a sujetar con grilletes los tobillos de los enfermos a sus camas.⁵⁰

En Guatemala, la detención del VIH es las prisiones se inició en 1988, con un resultado de siete reclusos portadores; en 1989 se detectaron otros cuatro y entre marzo y abril de 1990, 12. Del total de 23 reclusos infectados, uno falleció; tres se encuentran reclusos, y otro fue puesto en libertad recientemente por aplicación, en forma excepcional, de la redención de penas por trabajo. Excepcionalmente por que a pesar de que el recluso no había cumplido el tiempo suficiente de trabajo se tuvo en cuenta su enfermedad y se le dejó en libertad por motivos de compasión. Los 19

restantes recuperaron la libertad por sentencia absolutorias o por falta de mérito.

Cuando en 1989 se registró un caso de muerte por SIDA en los centros penales de Guatemala, la fase terminal de la enfermedad y el deceso del recluso ocasionaron problemas a diferentes niveles. Por ejemplo, a nivel de los médicos del servicio penitenciarios, fue abandonado y recluso en un rincón de la enfermería de la granja penal. Así sin medicamento y aislado, se le fue escapando lentamente la vida. Al momento de su muerte, nadie se atrevió a acercarsele; el Juez de paz, a distancia, expidió el orden de traslado al anfiteatro judicial. No había quién lo instalara en la ambulancia, y hubo que llamar a los bomberos, quiénes lo lanzaron a distancia. En la losa del anfiteatro judicial quedaron residuos de sangre que nadie se atrevía a limpiar, y los médicos forenses se negaban a ingresar; la autopsia se hizo por orden directa de la Presidencia del Organismo Judicial y la Corte Suprema de Justicia.⁵¹

En la prisión de Cataluña, España, algunos de los problemas que presentan son: la falta de espacio, se carece de una buena alimentación e higiene, por un exceso de reclusos, un sólo médico lleva el departamento de crónicos (SIDA), falta de recursos sanitarios. Algunos de los presos entraron ya en la cárcel con anticuerpos del SIDA, (se contaminaron fuera), pero hay otros que entran sanos y se contagian por la falta de higiene o por el intercambio de jeringas. Por otro lado el número de presos afectados de SIDA que han sido excarcelados, en aplicación del art. 60 del reglamento penitenciario, es de 50 personas. Dicho artículo 60 del Reglamento Penitenciario del Estado Español (Real Decreto del 8 de mayo de 1981) preve la posibilidad de conceder la "libertad

condicionada", previo el correspondiente informe médico a "presos sentenciados que son enfermos graves, con sufrimientos incurables"; pero, existe un problema, que es la lentitud en la burocracia penitenciaria. El médico responsable de los casos de SIDA en la prisión, ha de elaborar un informe que, después ha de ser ratificado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Autónomo; seguidamente, ha de ser aprobado por la Dirección General Penitenciaria y, después, se pide el padecer de la Comisión de Asistencia Social Penitenciaria; finalmente, es el Juez de Vigilancia quien decide y concede la libertad condicional, pero, sólo se da en aquellos casos en que la familia los acoge y se compromete a atenderlos.⁵²

Por otro lado, en Montreal, Canadá, se ha creado el Comité Experto en SIDA y prisiones (E.C.A.P), que se creó el 15 de junio de 1992. de acuerdo con el Comité, "Canadá tiene una única oportunidad para actuar reduciendo los daños del VIH/SIDA y del uso de drogas en prisión". El porcentaje de infección continúa relativamente bajo en las prisiones, particularmente cuando se hace la comparación con prisiones de otros países. El Comité concluye apuntando que las medidas para prevenir la exposición del VIH, beneficiaron a los prisioneros, al personal y al público, pero, lo primero, es cuidar la salud de las prisiones.⁵³

Algunas de las medidas que han tomado estos países para prevenir el contagio del VIH/SIDA, incluyen la distribución de condones, jeringas y cloro entre los reclusos, medidas que han tomado en base a la OMS.

Por otro lado, algunos países como Estados Unidos y Canadá, han intentado realizar diversas investigaciones para encontrar formas y desarrollo de medidas para evitar la infección, apoyados por

personal, grupo de comunidades, expertos independientes e inclusive con apoyo de los propios reclusos. En México aún no se ha dado, principalmente por el temor que se tiene a la infección y por la falta de recursos económicos.

D) RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA PENITENCIARIO

Una vez conocida la situación en la que se encuentran los reclusos en diversas prisiones del mundo, se puede determinar, que su situación es semejante, en cuanto a la falta de higiene, alimentación, atención médica, aislamiento, la práctica de pruebas de detección con conocimiento del recluso y con confiabilidad, marginación y la constante violación de los derechos humanos.

Dado lo anterior, han surgido constantes recomendaciones tanto de organismos mundiales como nacionales, en torno a la situación en que se encuentran, proponiendo varias propuestas que se deben llevar a cabo para mejorar la situación no sólo de los reclusos, sino también de las personas que tienen contacto directo con los reclusos.

a) Organización Mundial de la Salud

La elaboración de un programa para la prevención y control del SIDA en las prisiones, debe tomar en cuenta las recomendaciones internacionales, en particular, las contenidas en la Declaración de la Reunión Consultiva sobre el SIDA en las cárceles, realizada por la OMS en Ginebra, en noviembre de 1987.

Los señalamientos más importantes de este documento son los siguientes:

- El número de personas con SIDA en las cárceles, en general, refleja la prevalencia de la infección por VIH en la comunidad.

- La prevención y la lucha contra la infección por VIH debe considerarse en función de la necesidad de mejorar considerablemente el nivel general de higiene y sanidad en establecimientos carcelarios.

- Las practicas de alto riesgo más frecuentes son:

- * La homosexualidad circunstancial.
- * La prostitución.
- * El consumo de drogas intravenosas.

- El criterio rector para la elaboración de programas de prevención y control del SIDA en las cárceles es aplicar los mismos principios que para la comunidad en general garantizando acceso a:

- a) Programas educativos.
- b) Detención voluntaria y confidencial con consejo pre y post-prueba.
- c) Servicios médicos similares a los que recibe la comunidad en general.

d) Información sobre opciones de tratamiento en cuanto a medidas a considerar, a parte de la problemática específica de las instituciones de reclusión, el documento señala:

* Información y educación actualizada al personal, tanto en los aspectos de salud e higiene, prevención y manifestaciones del SIDA, como en derechos humanos.

* Es responsabilidad de las autoridades reducir al mínimo el riesgo de propagación, que debe contemplar tanto los programas educativos y de rehabilitación, como el dotar de los medios de prevención adecuados (preservativos) y, en si caso, de jeringas desechables.

* La detención deberá realizarse siguiendo dos criterios básicos: consentimiento informado y confidencial.

* No discriminación, evitando pruebas obligatorias, segregación y aislamiento, salvo para el bienestar del interno.

* Liberación anticipada, por razones humanitarias que permita morir con dignidad y en libertad (indulto compasivo).

* Debido a las prevenciones del incremento de la infección por VIH y de casos de SIDA en los próximos años, las autoridades y financieros para el tratamiento del SIDA en las cárceles.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace imprescindible la elaboración, a la brevedad, de un programa para la prevención y control del SIDA en los penales mexicanos.

En este sentido, lo que sucede con frecuencia es que las autoridades penitenciarias, cuando piensan en el SIDA, consideran casi siempre que el primer paso sería la aplicación de la prueba de detección a todos los internos, con la finalidad de conocer la cantidad de afectados.

Sin un programa integral de prevención y control del SIDA en las cárceles del país, sería inútil conocer la cifra de infectados, la cual varía permanentemente, ya que no se sabría que hacer, ni para que atender a los afectados, ni para evitar la transmisión del VIH, al interior de las instituciones penitenciarias.

Dada la complejidad que esto implica, se visualiza como una acción inicial posible, la realización de un programa piloto en algunos reclusos del país, lo cual permitirá trabajar sobre una realidad de menores dimensiones, mas controlables y se seguimiento mas sencillo que, con ajustes posteriores, puede implantarse a nivel nacional en una segunda etapa.

Para que la primera etapa del programa sea factible, se requiriera de la acción concentrada de las diversas instituciones implicadas en la problemática de los reclusorios: Secretaría de Gobernación, Direcciones de Prevención y Readaptación Social en los Estados, Servicios Coordinados de Salud Pública, Comités Estatales de Prevención y control del SIDA, CONASIDA y otras relacionadas con la problemática penitenciaria.

JUSTIFICACION

La condición de preso es, en si misma, una situación de alto riesgo, debido a que en un interno en una cárcel está expuesto a las siguientes realidades:

1) La homosexualidad, bisexualidad y las relaciones heterosexuales sin protección.

2) La homosexualidad circunstancial.

3) Las agresiones sexuales.

4) La drogadicción individual.

5) La drogadicción en general, que favorece los intercambios sexuales múltiples, rápidos, ocultos y sin protección.

6) Las agresiones con armas punzo-cortantes.

7) Los tatuajes, realizados con desconocimiento de las precauciones universales.

8) La visita conyugal, en donde se dan relaciones sexuales con más de una pareja, con intercambio de parejas, sin protección.

9) Intercambio de objetos punzo-cortantes y no adopción de medidas preventivas para su esterilización adecuada.

ESTRATEGIAS

El programa abarcará las cuatro estrategias contempladas en el programa de mediano plazo para la prevención y control del SIDA en México:

- 1) Prevención de la transmisión sanguínea.
- 2) Prevención de la transmisión sexual.
- 3) Prevención de la transmisión perinatal.
- 4) Reducción de l impacto del VIH/SIDA en individuos, grupos y sociedades.

Asimismo, se considera que la implementación de las armas sólo será posible, a través de una quinta estrategia.

- 5) Coordinación Interinstitucional.

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de prevención y control del SIDA en los penales mexicanos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Difundir la información necesaria para disminuir el riesgo de transmisión del VIH en reclusorios, orientado a internos y trabajadores.

2. Formar, entre los internos, promotores para la prevención del SIDA.

3. Promover un trato adecuado para seropositivos y enfermos.

4. Normar criterios sobre detención del VIH, que contemplen el consentimiento informado y la confidencialidad.

5. Definir criterios para la atención de los seropositivos asintomáticos.

6. Elaborar criterios para otorgar el indulto compasivo, o la liberación anticipada, que contemplen la fase de la enfermedad, la peligrosidad y la existencia de familiares.

7. Establecer el seguimiento de quiénes obtienen su libertad.

ACTIVIDADES PROPUESTAS

- Impartir en una primera etapa, cursos de capacitación en cada uno de los centros penitenciarios seleccionados, destinados a:

* Personal médico.

* Personal técnico: psicológicos, trabajadores sociales, criminólogos y maestros.

- Impartir, en una segunda etapa, cursos de capacitación, orientados a:

* Personal y de seguridad.

* Personal de intendencia.

- Formar promotores para la prevención del SIDA, entre los mismos internos, para intervenir en el programa, con el sólo requisito de su participación voluntaria.

- Mantener campañas permanentes de prevención del SIDA, acordes con el nivel socio-cultural, lenguaje, comprensión, y problemas específicos de la realidad penitenciaria.

- Realizar actividades culturales y recreativas tales como cine, videos, teatro, que incluyan información sobre el SIDA.

- Promover la realización de concursos de producción de material de difusión y educativo, como posters, canciones y caricaturas con información accesible sobre prevención del SIDA.

- Realizar investigaciones que permitan identificar los factores de riesgo predominantes, para retroalimentar el diseño de campañas adecuadas a cada realidad.

- Incluir en las campañas de prevención a las parejas que acuden a la visita conyugal.

Por lo que se refiere a la atención de los internos afectados, las actividades propuestas serían las siguientes:

- Establecimiento de criterios claros para el manejo confidencial de la información médica, al interior de las instituciones penitenciarias.

Control semestral de internos infectados, con realización de revisiones clínicas y pruebas de laboratorio, de acuerdo a las indicaciones de seguimiento de seropositivos.

- Brindar atención médica adecuada y digna a los internos que ya han desarrollado la enfermedad, ya sea en las instalaciones penitenciarias, o en las instituciones que cuenten con los recursos y el personal capacitados, evitando la segregación, el aislamiento, y garantizando el derecho a la protección de la salud, a una enfermedad y a una muerte digna.

- Estudio de los casos que pudieran ser beneficiados con la liberación anticipada, a partir de la elaboración de criterios comunes, considerando la peligrosidad del sujeto, la existencia de familiares receptores, y la fase de la enfermedad.⁵⁴

El programa anteriormente señalado, ha elaborado por la OMS con respecto a la prevención y control del SIDA en las cárceles mexicanas. Este programa es una propuesta que apenas se está llevando a cabo, como se vio anteriormente el CONASIDA ha visitado las

prisiones, con el fin de tratar de educar a los reclusos, mediante videos, obras de teatro, folletos, etc.

Por lo tanto, se puede entender que sólo se ha llevado a la practica el primer objetivo. sin embargo, como ya se ha mencionado, esta información no es suficiente, sino que además, hace falta también informar a la visita del recluso, independientemente de que sea conyugal o no, así mismo, se debe de orientar a sus familiares.

Con lo que respecta a los otros objetivos, no se ha hecho nada al respecto. El que más llama la atención de las recomendaciones de la OMS, es el de liberación anticipada, esta libertad sería lo equivalente al art. 60 del Reglamento Penitenciario del estado Español.

En México en caso de otorgar la libertad anticipada por compasión, presentaría varios problemas. En primer lugar, hay que ver si el recluso, (en base a un estudio principalmente psicológico), sería conveniente otorgarle la salida del reclusorio. No hay que olvidar, una de las primeras reacciones que tiene un enfermo de VIH/SIDA es la de venganza a través del contagio a otra persona; si el recluso no esta preparado psicológicamente para aceptar la existencia de la infección en si mismo, no será capaz por lo tanto de tomar las medidas preventivas necesarias, para no contagia a otras personas cuando se encuentre en libertad.

En segundo lugar, muchas veces los reclusos infectados por VIH/SIDA, rompen sus lazos con los familiares, por consecuencia, en caso de otorgarles una libertad anticipada, no habría con quien acudir una vez liberado. Si bien es cierto, hay instituciones no gubernamentales que ayudan a enfermos de VIH/SIDA, pero muchas de estas ONG por condiciones económicas principalmente, sería casi

imposible que pudieran dar cabida a la atención de estos enfermos, es más, actualmente, algunas de estas organizaciones, cuentan con albergues de residencia "temporal" para infectados de VIH/SIDA.

Es necesario también saber que tanto ha avanzado la infección. Si se da el caso de ser una persona seropositiva, puede permanecer en este estado por varios años, entonces sería injusto otorgar la libertad en esta etapa. Por lo tanto, es indispensable, hacer un seguimiento de cada interno, para cuando este llegue a desarrollar el SIDA (etapa terminal de la infección), sea en momento en que se le conceda la libertad anticipada, para con ello tener una muerte digna e inclusive, un funeral digno.

Por último, hay que hacer mención que la OMS en la reunión consultiva sobre prevención y lucha del SIDA en las cárceles, ya mencionada, recomienda que para prevenir la transmisión sexual en las prisiones, que además de proporcionar información a las autoridades penales o los servicios médicos, los prisioneros deben de tener disponibles los condones para los prisioneros, si es que hay la posibilidad de cualquier contacto sexual. Al mismo tiempo, la conducta sexual agresivas que se presentan en las prisiones como la violación o la explotación de prisioneros, debe de combatirse con una adecuada vigilancia y sanciones disciplinarias, así como proporcionando educación.

También se recomienda que se preste mayor atención a los servicios de salud penales, mediante la elaboración de programas que garanticen la no discriminación y que donde los prisioneros utilicen drogas inyectadas, debería el considerarse introducir programas de cambio de agujas, así como de prever de blanqueador (cloro) diluido entre los usuarios de drogas para limpiar el equipo de inyección. En

este aspecto, si el Centro Médico de Reclusorios si funcionará, sería de gran apoyo para la atención de estas recomendaciones.

B) Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Sabemos que la prisión es una institución necesaria para salvaguarde los intereses de la colectividad; sin embargo, la pena privativa de la libertad se ha venido aplicando en forma indiscriminada, en el afán por sancionar a quienes violentaron la normatividad vigente y con ello pusieron en peligro la seguridad pública, asiendo a un lado las medidas de seguridad que el CP establece, aplicando casi exclusivamente sólo la prisión y la sanción pecuniaria.

La CNDH, hizo una visita a diversos Centros de Readaptación Social, Reclusorios Preventivos, Cárceles Municipales, Cárceles Distritales, Cárceles Regionales y la Colonia de las Islas Marías, en donde se percibió que quienes pueblan estos lugares pertenecen en su gran mayoría a las clases sociales más vulnerables, tanto rurales como urbanas, caracterizados por sus bajos ingresos económicos y su escasa o nula educación.

También se percibió, que algunas de estos centros carcelarios, no fueron construidas para servir como prisión, sino que debido a las necesidades, con el paso del tiempo, fueron acondicionándose para cumplir dicho fin. En muchos de estos casos, las cárceles se encuentran dentro de los palacios municipales o lugares que algún fueron talleres o viejas casonas, contando además, con construcciones muy rudimentarias.

Las deficiencias de estos establecimientos, en los que hoy se encuentra indefinido su objetivo, resaltan en la imposibilidad para dar un auténtico tratamiento de readaptación social.

En cuanto al aspecto de la salud de los internos, en la mayoría de los centros, se carece de una atención médica adecuada, limitándose en muchas ocasiones a curaciones simples y tratamientos básicos para controlar infecciones y malestares leves. En el caso de algunas enfermedades que requieran un tratamiento específico, como por ejemplo las enfermedades cardíacas o del llamado *mal del siglo* (VIH/SIDA), entre otras, no se cuenta con la infraestructura médica adecuada para su atención.

En la RECOMENDACION SOBRE EL CASO DE LOS RECLUSORIOS PREVENTIVOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL, N° 90/91, la CNDH, da a conocer que en la Penitenciaría del distrito Federal, el servicio médico cuenta con "una sección restringida", que es utilizada para alojar a los enfermos de SIDA, que en 1991 era de 22.

A estos enfermos no se les proporciona la alimentación que requiere su enfermedad, por lo que se ven en la necesidad de consumir la misma comida que el resto de la población, lo que les ocasiona fuertes enfermedades intestinales. Además no reciben los medicamentos necesarios.

La CNDH ha emitido recomendaciones números; 8/90, 10/90, 13/90, 2/91 y 12/91, las cuales tuvieron por objeto promover medidas urgentes para separar procesados de sentenciados; hombres y mujeres; menores y adultos; destitución de autoridades; investigación de anomalías dentro de los centros de reclusión que generan prostitución y corrupción; mejoramiento de servicios y remodelación de

instalaciones; rehabilitación del personal y acciones similares para la cárcel de Mujeres.

Asimismo, la CNDH, dio a conocer durante la segunda Reunión Nacional Penitenciaria, 11 acciones, con objeto de proteger los Derechos Humanos de las personas privadas de su libertad en los Centros Penitenciarios, mismas que se implementaran en coordinación con la Secretaría de Gobernación. Dichas acciones son las siguientes:

1. Integración de la CNDH a la Reunión Penitenciaria, como órgano asesor con carácter permanente.

2. Ampliación del Sistema de Información Penitenciaria que permita mantener actualizando los datos sobre los centros penitenciarios, la población de internos y fundamentalmente las políticas y acciones del propio sistema, incluyendo mecanismos de información oportuna al interno sobre su situación jurídica y de comunicación.

3. Promoción de la clasificación y redistribución de la población penitenciaria según sus alternativas de readaptación y su peligrosidad (alta, media, baja).

4. Fortalecimiento de la readaptación social del interno mediante el derecho al trabajo, la capacitación y la educación, como bases indispensables de la vida y el esfuerzo de readaptador, así como los medios para hacer esto posible.

5. Realización de campañas de difusión de la cultura, respeto y salvaguarda de los derechos humanos en todos los centros penitenciarios, combatiendo frontalmente la corrupción.

6. Revisión y actualización del marco normativo aplicable. Presentación del proyecto de nuevo reglamento para la Colonia Penal

Federal de Islas Mariás y del Centro Federal de Readaptación Social de Almoloya de Juárez.

7. Formulación y proposición de los reglamentos respectivos de las leyes de Normas Mínimas sobre la concesión de beneficios de libertad.

8. Garantizar esquemas adecuados de atención médica y fomento a la salud física, psíquica de los internos, particularmente para el tratamiento de los enfermos mentales y de los que padezcan enfermedades infecciosas, en colaboración con las autoridades del sector salud; específicamente se propuso la habilitación del centro psiquiátrico para inimputables del Distrito Federal.

9. Inducción de mecanismos para avanzar en la autosuficiencia penitenciaria.

10. Coordinación con los Poderes Judiciales, Federal y Estatales para intercambiar información que permita agilizar los términos constitucionales en los juicios que se instituyen a las personas.

11. Realización de visitas periódicas a los centros penitenciarios, especialmente a los más vulnerables del país, con programas y objetivos de apoyo precisos, para observar las condiciones de vida de los internos.

Los planteamientos aquí vertidos no buscan de ninguna forma cuestionar la tarea penitenciaria desarrollada, se pretende únicamente dar una panorámica real del problema que enfrenta el sistema penitenciario.⁵⁵

Las situaciones en que se encuentran las prisiones, son claramente determinadas por la CNDH, ya que dan a conocer con claridad, todas las deficiencias del sistema penitenciario actual, por lo que hace necesario tomar medidas drásticas, que permitan

mejorar las condiciones de los reclusos en general, sin hacer distinciones de ningún tipo.

c) LV Legislatura del H. Congreso de la Unión

Por las características de públicas, autónomas y no vinculatorias, de las recomendaciones emanadas de la CNDH, en muchas ocasiones, estas son ignoradas por las autoridades penitenciarias, pero no debe suceder lo mismo con los legisladores, ya que estos, las deben de tomar en cuenta para reformar las leyes y reglamentos correspondientes. Sin embargo, se hace necesaria la vigilancia de la CNDH frenando un poco, las arbitrariedades de las autoridades penitenciarias.

La LV legislatura, recién concluida, se ha preocupado por los diversos derechos humanos de todos los mexicanos, por ello, también se ha preocupado por los derechos humanos de las personas que se encuentran privadas de su libertad.

Las propuestas de reformas legislativas en materia penitenciaria no hacen mención de la situación de los reclusos infectados por VIH/SIDA, son propuestas que en general, pretenden despoblar a los diversos centros penitenciarios del país y con ello igualmente reducir algunos de los problemas que presentan estos centros.

Las reformas propuestas por la LV Legislatura son:

1. Que se pondere la posibilidad de reformar los códigos adjetivos vigentes para que, en asuntos con detenidos, las etapas procedimentales se reduzcan a su mínima expresión.
2. Que la ley de normas mínimas se reforme para estimular la buena conducta en prisión.
3. Adicionar el art. 8 de la Ley de Normas Mínimas, para conceder a la Secretaría de Gobernación, facultades para otorgar el beneficio de tratamiento en libertad.
4. Despenalizar conductas delictivas, que no afecten la convivencia social, ya que no son gravemente antisociales. Por ejemplo; la vagancia, la malvivencia, la violación de los reglamentos de tránsito, la oposición a una obra o trabajo público.

5. Ampliación de los supuestos de delitos perseguibles por querrela necesaria, a fin de que proceda el perdón del ofendido. Entre ellos: la apertura y la interpretación de la comunicación escrita, las amenazas, el abandono de atropellado, las lesiones leves y el conjunto de los delitos patrimoniales salvo el robo.

6. Que al dictarse una sentencia condenatoria en delitos que no son de gravedad mayor sería razonable que no se constriña al juez a imponer prisión y que pueda optar, tomando en cuenta las circunstancias del caso y de las características del delincuente, por sanciones alternativas.

7. Que el personal de custodia y seguridad, sean adecuadamente capacitados, así como a los delictivos. Es preciso que en esta formación se les insista en los tópicos relativos a la honestidad e implantarse salarios decorosos.

8. Adicionar al art. 20 constitucional en su fracción primera, a fin de que tome un cauce correcto de constitucionalidad en los preceptos de referencia el siguiente renglón: Que la Ley ordinaria disponga un término medio aritmético diferente.

9. La creación de un art. 3º bis en la Ley que establece Normas Mínimas Sobre Readaptación social de Sentenciados en el que se contemple la intervención de un cuerpo encargado de la solución de los problemas relativos a la ejecución de las penas privativas y restrictivas de la libertad, así como la vigilancia de ejecución de las penas y del respecto a los Derechos Humanos de los internos. Este cuerpo debe tener un carácter autónomo e integrado por funcionarios y notables en la materia, aieno a las autoridades responsables directas de la ejecución penal, sera un consejo, un Tribunal o Jueces de Ejecución de Sentencias.

10. Adicionar el procedimiento para el otorgamiento de beneficios y la organización de los cuerpos de vigilantes voluntarios de la Ejecución de Sentencias no Institucionales, mediante una ley de Ejecución de Sentencias Penales.

11. Reglamentar de manera más eficaz la intervención del Ministerio Público en la vigilancia de la Ejecución Penal.

12. Que las leyes prohíban a los internos ocupar cargos y realizar funciones exclusivas de la autoridad o que les den mando sobre otros internos.

13. Asimismo que se prohíba el uso del dinero en efectivo dentro de las cárceles y sea substituido por una tarjeta de crédito que controle la institución Bancaria. Con ella podrán comprar los internos lo necesario y los familiares pueden retirar de la cuenta el producto del trabajo de los internos, además de prohibir estrictamente existencia de tiendas y otros negocios manejados por internos desde la prisión.

14. Reformar el art. 7 de la Ley que establece las Normas Mínimas sobre readaptación social de los sentenciados, a fin de darle obligatoriedad al estudio de personalidad con el propósito de que el indiciado quede sujeto a proceso; así el juzgador tendrá los elementos necesarios para la individualización de la pena. Asimismo que los estudios practicados durante el proceso sean de utilidad en la fase de ejecución de la sentencia.

15. Reformar el art. 10 de la Ley de Normas Mínimas para precisar que el trabajo se le debe ver como un elemento del tratamiento y no como una forma de sancionar o como un criterio de producción.

16. Reformar el párrafo primero del art. 16 de la Ley de Normas Mínimas a fin de basar la concesión o negativa de la remisión parcial

de la pena en los elementos objetivos del art. 18 constitucional, en materia de readaptación social.

17. Agilizar los trámites procesales, ya que debido al rezago propiciado por la lentitud del Poder Judicial que alarga los procesos por años, ocasiona la aglomeración y sobrepoblación en las prisiones.

18. Crear dentro de la Ley de Normas Mínimas sobre readaptación social de Sentenciados un consejo interdisciplinario, integrado por un Director, un Médico, un Maestro, un Psicólogo, una Trabajadora Social, el jefe de Vigilancia y el encargado de talleres. Este a su vez, tendrá la facultad de fijar las políticas de la Institución penitenciaria, así como el otorgamiento de beneficios que concede la ley.

19. Reformar el art. 14 y 16 constitucionales que actualmente sólo contemplan la pena privativa de prisión y ésta sólo restringe el derecho a la libertad, pero no otros valores como la moral y la dignidad que son circunstanciales a la personalidad del ser humano.

20. Que toda la legislación privativa se aparte de su objetivo readaptador, ajustándola a un fin más concreto siendo en este caso de reintegración social del sentenciado.

21. Substituir la Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación social de Sentenciados, por la Ley para la Reintegración Social de Sentenciados.

22. Establecer la figura del Juez en la Ejecución Penal, encargado de vigilar y hacer vigentes los Derechos Humanos del Recluso.

23. Establecer en la Legislación Penal mecanismos para que los sujetos en detención privativa y sentenciados no sientan vulnerada su dignidad.

24. Que se regule todo tipo de tratamiento de salud, psicológico, etc., aplicando al interno y que este tratamiento en ningún momento podrá imponerse en contra de su voluntad.

25. Que las estructuras carcelarias garanticen al recluso espacios físicos suficientes, que permitan su existencia y realización.

26. Modificar el art. 399 del Código Federal de Procedimientos Penales; a la fracción I, "Que se garanticen debidamente, a juicio del juez, la reparación del daño, excepto en los delitos previstos por los numerales 108, 109 y 115 bis del Código Fiscal Federal". En el último párrafo suprimir los art. 108, 109 y 115 bis del Código Fiscal de la Federación.

27. Que el art. 123 de la Ley de amparo diga "que en caso de incumplimiento del auto que de oficio concede la suspensión, el Juez podrá disponer discrecionalmente del auxilio de la fuerza pública": Evitándose así problemas de interpretación que ponen en riesgo los Derechos Individuales.

28. Derogar de la Constitución la pena de muerte que actualmente está vigente para los delitos de parricidio, el homicidio con agravantes y la traición a la patria.

29. Adicionar a la Ley Federal del Trabajo un apartado especial que regule el trabajo penitenciario.

30. Modificación de la fracción I del art. 418 del Código Federal de Procedimientos Penales con el objeto que se otorge la libertad potestatoria a todos los autores de ilícitos que no sean infamantes de la sociedad o que no trastoquen los valores que la sustentan, proponiendo que subsista la prisión preventiva en los delitos de: terrorismo, sabotaje, ataques a las vías generales de

comunicación, peculado, violación, abuso sexual, homicidio, parricidio e infanticidio.

31. Que se legisle para que los centros penitenciarios no excedan de diez por ciento de su capacidad.

32. Creación de un Instituto de Formación Penitenciaria.

33. Clasificar, de acuerdo a su peligrosidad a los internos y dar tratamiento diferenciado.

34. Se reformen los arts. 5, 14, 16, 18, 20, 21 y 22 constitucionales, para que se incorporen a los mismos las medidas de seguridad ya que solamente hacen referencia a la pena.

35. Se implementa una medida de seguridad denominada "Tratamiento Rehabilitatorio" para aquellos sujetos que considerados no peligrosos y que deberán ser en base al trabajo obligatorio, puesto que está permitido por el art. 5º constitucional.

36. Es necesario que quede debidamente legalizado el salario mínimo del penado, a fin que, con una seguridad de una percepción económica decrosa, se evite la gradual desintegración familiar que amenaza al reo, desde que éste ingrese a la prisión.

37. Debe la Dirección general de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social, fijar las reglas para que se administre y regule la percepción que recibe el reo como producto de su trabajo, distribuyéndolo porcentualmente, entre el gasto familiar, reteniendo una cantidad para pago de fianza o preliberación en su caso.

38. Que las Comisiones encargadas de la elaboración de la normatividad penal incluyan necesariamente a todo Profesionista vinculado al régimen penitenciario y también a los aplicadores de la justicia.

39. concretamente establecer constitucionalmente los Derechos del Interno.⁵⁶

Varios de los legisladores, coinciden en la idea de que todas y cada una de estas propuestas son necesarias para mejorar el sistema penitenciario mexicano, pero, sin embargo, también concluyen que no solamente hace falta reformar diversos ordenamientos jurídicos, sino que hay que llevarlos a cabo de la mejor manera posible, para que las reformas hechas no constituyan letras muertas.

Lo que se pretende en sí, es lograr un sistema penitenciario mexicano, que tenga como objetivo: "la creación y el funcionamiento adecuado de modernos establecimientos penales, material y científicamente equipados, para el tratamiento de quienes sufren una forma privativa de libertad, a fin de readaptarlos a la vida social". Este peregrinar ha sido lento y empírico, para ello se debe de poner

en marcha una profesionalización en su personal para que el interno reciba un trato científicamente.⁵⁷

Los grandes problemas que se presentan en diversos centros penitenciario del país, como falta de espacio, corrupción, motines, suicidios, torturas y por otros problemas ya mencionados, encuentran su origen no en las vigentes normas que existen en la materia, sino en el incumplimiento de las mismas, conduciendo a una desorganización.

Muchos de estos problemas ya mencionados, son producto sin duda, del ocio, la promiscuidad, la desocupación, el rechazo, la hostilidad social, la falta de educación tanto de los reclusos como del personal penitenciario.

Por mucho años nuestras prisiones han servido como sitios en donde se encuentran todas las personas que cometen delitos, no para readaptarlos socialmente, sino como sitios en donde se les aísla de la sociedad y con ello impedir que les cause daño.

El crecimiento de la delincuencia cada día va en aumento, sobre todo, cuando no hay una verdadera distribución de la riqueza, existiendo un abismo entre las clases sociales. Por ello, las clases pobres al no poder obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades elementales delinque, siendo necesario prevenir la delincuencia.

En conclusión se puede decir, que no sólo basta implementar medidas necesarias para mejorar el sistema penitenciario, sino que también es necesario implementar medidas para evitar la delincuencia.

- 1 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Evelio J. Perea. Ediciones Doyma. Pág. 6
- 2 TREPONEMUTOSIS Y ENFERMEDADES VENEREAS. Profesor. José Gay Prieto. Ediciones Científicas Médicas. Pág. 5
- 3 SALUD Y ENFERMEDAD. Hernán San Martín. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. S.A. Pág 263
- 4 Idem págs. 266-268
- 5 SEXO SEGURO. EDUCACION SEXUAL, ANTICONCEPCION Y ENFERMEDADES VENEREAS. Doctor Kilby. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Pág. 167
- 6 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Ob cit. págs. 37-39.
- 7 Idem. Pág. 59
- 8 Idem. Pág. 39
- 9 Idem. págs. 27-28.
- 10 Idem. Pág. 3
- 11 LEY GENERAL DE SALUD. Editorial Porrúa. págs. 25-26.
- 12 LA MUJER Y EL SIDA. Diane Richardson. Editorial Manual Moderno. Pág. 65
- 13 LA EPIDEMIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS. Organización Panamericana de Salud. Pág. 6
- 14 Idem. Pág. 2
- 15 SIDA EN PREGUNTAS. F. Berré-Sinoussi. Compañía Editorial S.A. Coedición Editorial Diana S.A. de C.V. México 1989. Pág. 7
- 16 Idem. Pág. 161-163.
- 17 Idem. Pág. 17-23
- 18 DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Jueves 17 de febrero de 1994. primera sección. Pág. 27
- 19 SIDA EN PREGUNTAS. Ob cit. 167-169
- 20 PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA. Abril 1990. Editorial Infecciones Salientes. Pág. 41
- 21 LA MUJER Y EL SIDA. Ob cit. págs. 87-89
- 22 BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS. México. Sistema Nacional de Salud. Editado por el Instituto Nacional de Diagnostico y Referencia Epidemiologica. Año 9. Número 1. enero de 1995.
- 23 LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL. Editorial Harla. México 1984. págs. 46.
- 24 INFORME CONASIDA 1992. Informe de labores, enero-diciembre 1992. Pág. 8-30
- 25 MEXICANO ESTA ES TU CONSTITUCION. TEXTO VIGENTE 1993. octava edición. LV Legislatura. Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Instituto de Investigaciones Legislativas. Pág. 49
- 26 SALUD Y DERECHOS HUMANOS. Colección Manuales. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México 1991. págs. 56-58.
- 27 SALUD Y DERECHOS HUMANOS. Ob cit. Pág. 64
- 28 RECOPIACION ORDENADA CRONOLOGICAMENTE DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Págs 741-745. (resumen)
- 29 SALUD Y DERECHOS HUMANOS. Ob cit. Pág. 55
- 30 Idem. págs 52-54

- 31 CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE LA POBLACION PENITENCIARIA. Comisión Nacional de Derechos Humanos. 1a Edición, agosto 1994. págs. 9
- 32 EL PROBLEMA SEXUAL EN LAS CARCELES. Neuman, Elias. Buenos Aires. Editorial Palma. págs. 176-177.
- 33 MEXICANO ESTA ES TU CONSTITUCION. Ob cit. págs. 257
- 34 CUADERNOS DE LA GACETA. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Año 1. N° 2. México, diciembre de 1993. págs. 4
- 35 Idem. págs. 31
- 36 Idem. págs. 34
- 37 DERECHOS HUMANOS DE QUIENES VIVEN CON VIH O CON SIDA Y SE ENCUENTRAN PRIVADOS DE SU LIBERTAD. Folleto distribuido por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- 38 DIAGNOSTICO DE LAS PRISIONES EN MEXICO. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Serie Folletos, México 1991. págs. 43.
- 39 DERECHO PENITENCIARIO. Luis Marcos de Pont. Cardenas Editor. México 1984. págs. 136-139
- 40 Idem. págs. 143-145
- 41 Idem. Ob cit. 153-157
- 42 Idem. Ob. cit. págs. 163-165
- 43 DIAGNOSTICO DE LAS PRISIONES EN MEXICO. págs. 9-24.
- 44 EL DERECHO PRECOLONIAL. Dr. Lucio Mendieta y Nuñez. Editorial Porrúa, tercera edición. México 1976. págs. 145-147
- 45 EL FINAL DE LECUMBERRI. Sergio García Ramírez. editorial Porrúa. México 1979. págs. 29-34
- 46 DERECHO PENITENCIARIO. Ob Cit. págs. 181-186.
- 47 BOLETIN INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA. Appropriate Health Resources. Sección Latinoamericana. Número 22. abril-Junio 1994. págs. 1
- 48 Idem. págs. 12
- 49 NOTA INFORMATIVA SOBRE ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL VIH/SIDA EN LAS PRISIONES. Información obtenida en el CONASIDA, proporcionada por la Lic. Silvia Panebianco Lebbé, Coordinadora de Apoyo Social y Derechos Humanos.
- 50 Idem.
- 51 APORTES DE LA ETICA Y EL DERECHO AL ESTUDIO DEL SIDA. Ediciones Panamericanas. págs. 232
- 52 SIDA EN LA CARCEL. Colección "Documentos SIDA". Número 6. SIDA-STUDI Associació de Servei i Documentació.
- 53 CANADA, AIDS NEWS. Marzo/Abril 1994. Publicada por Canadian Public Health Association. págs. 15.
- 54 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA EN LAS CARCELES. Dirección de Servicios a la Comunidad. CONASIDA. Recomendaciones de la OMS-OPS.
- 55 DIAGNOSTICO DE LAS PRISIONES EN MEXICO. Ob cit. págs. 89-91
- 56 REFORMA PENITENCIARIA EN MEXICO. LV Legislatura del Congreso de la Unión. Comisión de Derechos Humanos. págs. 175-179
- 57 Idem. págs. 89

CONCLUSIONES

1. El VIH/SIDA constituye una enfermedad que no sólo se transmite por las vías sexual, perinatal y sanguínea, sino que también se puede transmitir "excepcionalmente" con un riesgo mínimo de contagio, por el uso de agujas contaminadas (por practicas de algunos sectores de la población como el de la inyección de drogas, o por el hecho de realizarse tatuajes), por transplante de órganos, y así como por falta de higiene al usar del mismo cepillo de dientes o la misma navaja de rasurar.

2. El VIH es una infección que ataca a el sistema de defensa del cuerpo humano en forma progresiva. Al encontrarse en esta etapa de la infección, el sujeto puede y esta totalmente capacitado para desempeñar cualquier actividad, no poniendo en riesgo de contagio a ninguna persona, al menos de que exista en el infectado y en el sujeto con el que se tenga contacto, algún intercambio de fluidos corporales como sangre o secreciones sexuales como el semen.

3. El SIDA, es la fase terminal de una infección provocada por el virus del VIH, en esta etapa, el sujeto infectado desarrolla un conjunto de síntomas provocados por diversas enfermedades que al final llevan a la muerte.

4. El VIH/SIDA es una infección que puede atacar a cualquier sujeto de la población sin importar su edad, religión, condición social, sexo, etc., provocando la afectación de los familiares y amigos que se encuentran cercanos a los infectados, situación que se

puede agravar en el caso de los que se encuentran privados de su libertad, al no ser visitados por sus familiares dejandoles en el olvido o abandono.

5. Actualmente, la vía de transmisión más frecuente de la infección es la sexual, de ahí la importancia de prevenir no sólo al VIH/SIDA sino que también a las diversas ETS. Hay que tomar en cuenta también, que de acuerdo a las estadísticas la diseminación del VIH/SIDA se da principalmente por relaciones homosexuales o heterosexuales, siendo por lo tanto susceptibles a contraer igualmente cualquier ETS, a su vez, dichas enfermedades cuando aparecen conjuntamente con la infección del VIH/SIDA se ven modificadas en su tratamiento.

6. La prevención de la infección, se debe de dar en todos los sectores de la población antes de que se contraiga la infección o de que ya se tenga conocimiento de que se esta infectado, evitando con ello el aumento de personas infectadas. Dicha prevención, se debe de incluir de manera colectiva a todos los sectores de la población, y no sólo para aquellos individuos que acuden a los diversos centros de información gubernamentales o no gubernamentales que existen en nuestro país; dichas campañas de orientación nacional, deben de incluir una orientación sexual acorde con la edad.

7. El Estado a través de sus diversas normas, protege los derechos de todos los gobernados (incluyendo a los que se encuentran privados de su libertad), dentro de los cuales, se incluye el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, por el temor y por la falta

de información que aún se tiene acerca de las características de la infección por VIH/SIDA, existen constantes discriminaciones para las personas que se sabe están infectadas, violando por tal, sus diversos derechos humanos.

8. El derecho, sobre todo el penal, protege a todos los individuos sobre una posible infección de cualquier enfermedad, dentro de la se puede encuadrar al VIH/SIDA. El art. 199 bis del CP, menciona que para que exista un "el peligro de contagio" , el sujeto activo, debe de conocerse portador de la infección, excluyendo por tal a los portadores que desconocen su existencia, convirtiendose entonces, en un delito cuya conducta deba de ser intencional. Se debe de estar en período infectante, lo cual puede ser en cualquier momento de la infección, para que con ello, se ponga sólo en peligro de contagio y no en un seguro contagio, colocando al sujeto pasivo, en un estado de inseguridad, puesto que se debe realizar varias pruebas de detección de VIH para estar seguro de que no fue infectado.

9. Tomando en cuenta las características de la infección del VIH, este virus al ingresar a el cuerpo humano por cualquier vía prosible tardará en sanar más de quince días, para ser más exacta, la infección perdurará hasta la muerte del sujeto convirtiendose por lo tanto, hasta la fecha en incurable, pero, no por ello se consume un delito de homicidio, puesto que la muerte aún no ha ocurrido por lo es más propio hablar de una "lesión incurable", puesto que la muerte del sujeto pasivo, puede oscilar desde varios meses o hasta quizás más de veinte años.

10. El sistema penitenciario mexicano se enfrenta a muchos problemas que ha venido acarreado desde hace muchos años, entre ellos se encuentra la sobrepoblación, la falta de alimentación, educación y salud. Consecuentemente, un sujeto independientemente de la circunstancia por la que haya sido privado de su libertad y este infectado por VIH/SIDA (no importando que tan desarrollada tenga la infección), o desconozca que se encuentra infectado, son un foco de infección para otros sujetos, principalmente a través de la vía sexual se contagien, debido a practicas sexuales como lo son el homosexualismo y la prostitución, debido a que la mayoría de la población penitenciaria se encuentra sexualmente activa y encuentran en estas practicas los unicos medios para desahogarse. No hay que olvidar, que la drogadicción por vía intravenosa, la falta de higiene con lo que respecta a e uso de un mismo cepillo de dientes, y el uso de una misma navaja de rasurar, puede propiciar el intercambio de sangre, propiciando muy excepcionalmente otra vía de transmisión.

11. La visita íntima constituye un cabo suelto en la transmisión de las ETS así como del VIH/SIDA, tanto en el interior de las diversas presiones como en el exterior, debido a que cabe la posibilidad de que el recluso o su pareja íntima se encuentren infectados. La persona que acude a la visita íntima [esposa (o), o concubina (o)] puede a su vez, infectar a otra pareja casual o circunstancial en el exterior. Por ello, es necesario que tanto interno como visita íntima, se cuiden para evitar el intercambio de fluidos corporales. Además la visita íntima no debe de ser prohibitiva para ningún interno, inclusive ni para el que tiene conocimiento de la existencia de la infección.

12. Es indispensable, que tanto en los centros preventivos como en los de reclusión, se reparta información acerca de las características de la infección, para conocer principalmente, las medidas preventivas que se deben de tomar, así mismo, se deben de repartir de condones, navajas o rastrillos para rasurar, agujas desechables (para el caso de los drogadictos) y cloro, como lo recomienda la OMS y con ello frenar la diseminación de la infección de VIH/SIDA o alguna otra infección.

13. Es necesario además, que una vez detectado a un portador de VIH, se la haga un seguimiento clínico a cerca de la evolución de la infección y de su conducta, no siendo necesario el aislarlo de los demás reclusos. Sin embargo, debido a la carencia de una atención médica especializada y digna que este tipo de pacientes necesita, puede recibir esta atención en el exterior a través de instituciones públicas o privadas. Y del mismo modo, una vez que haya desarrollado SIDA (la etapa última de la infección producida por VIH) pueda tener una muerte digna y humana al lado de sus familiares cuando los tenga, o a falta de estos, en alguna Institución u Organismo Gubernamental o no Gubernamental que les pueda brindar este derecho.

14. Es indispensable también, capacitar al personal, principalmente a aquel que tenga contacto directo con los reclusos, para saber como tratarlos en el transcurso de la evolución de la infección y estos a su vez, puedan orientar al recluso durante su padecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- APORTES DE LA ETICA Y EL DERECHO, AL ESTUDIO DEL SIDA. Hernán Fuenzaliza Puelma y otros. Organización Panamericana de Salud 1991. Publicación científica No. 530. páginas 292
- 2.- BOLETIN INTERNACIONAL SOBRE PREVENCION Y ATENCION DEL SIDA. Appropriate Health Resources. Sección Latinoamericana. No 22, abril-junio 1994.
- 3.- BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS. México, Sistema Nacional de Salud. Enero 1995. Editado por el Instituto Nacional de Diagnostico y Referencia Epidemiologias.
- 4.- BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA SECRETARIA DE SALUD A LOS CINCUENTA AÑOS DE SU CREACION. Editado por la Secretaría de Salud. México 1993.
- 5.- COMENTARIOS RECIBIDOS AL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993 PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. CONASIDA. Anexo del Boletín Mensual de SIDA/ETS. junio 1994.
- 6.- CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE LA POBLACION PENITENCIARIA. Comisión Nacional de derechos Humanos. 1a edición, agosto 1994. páginas 23.
- 7.- CUADERNOS DE LA GACETA. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ciudad de México. Año 4, No. 41. Diciembre 1993
- 8.- CUADERNOS DE LA GACETA. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ciudad de México. Año 1, No. 2, Diciembre 1993. páginas 50
- 9.- DERECHO PENITENCIARIO. Luis Marcos de Pont. Cardenas editor, México 1984. páginas. 500
- 10.- DIAGNOSTICO DE LAS PRISIONES EN MEXICO. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Serie folletos. México 1991. páginas 95.
- 11.- EL DERECHO PRECOLONIAL. Dr. Lucio Mendieta y Nuñez. Editorial Porrúa. México 1976, Tercera Edición. páginas 165.
- 12.- EL FINAL DE LECUMBERRI. Sergio García Ramírez. Editorial Porrúa. México 1979, Primera Edición. páginas. 203
- 13.- EL PROBLEMA SEXUAL EN LAS CARCELES. Elias Neuman. Buenos Aires, Editorial Palma. páginas. 220
- 14.- EL PROCESO PENAL FEDERAL. COMENTADO. Aaron Hernández López. Editorial Porrúa. tercera edición actualizada. México 1994. páginas 411.
- 15.- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Evelio J. Perea. Ediciones Doyma. Barcelona, España 1993. páginas 182

16.- ESPECIALIDAD Y MAESTRIA EN MEDICINA LEGAL. Javier Grandino González. Editorial Joaquín Porrúa. México 1989. páginas 200

17.- ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE SALUD. Organigrama proporcionado en la Secretaría de Salud.

18.- FOLLETOS.

- INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL SIDA. CONASIDA

- ¿QUE ES CONASIDA?. CONASIDA

- ¿Y ESTO QUE TIENE QUE VER CON MI LUGAR DE TRABAJO?. CONASIDA

- ¿AQUÍ ENTRE NOS...? CONASIDA.

- SI VIVEN CON VIH O SIDA EN MEXICO, ESTOS SON TUS DERECHOS FUNDAMENTALES. CONASIDA.

- DERECHOS HUMANOS DE QUIENES VIVEN CON VIH O SIDA Y QUE SE ENCUENTRAN PRIVADAS DE SU LIBERTAD. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

- Protéjase ASÍ SE USA EL CONDON. CONASIDA.

TODO LO QUE TU QUERIAS SABER SOBRE EL SIDA. Rius. CONASIDA

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS. Comisión Nacional de Derechos Humanos

- ALBERGUES DE MEXICO. Año II, No 6. enero 1995

- RESPUESTA INMUNE Y PRUEBAS DE LABORATORIO. AMINA. Año 1 / No 5 / 27 de agosto de 1994.

- RECUERDA QUE SIEMPRE CUENTAS CON ALGUIEN. Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA.

- QUE ES AMINA/SIDA. AMINA

- SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER. SIPAM

SOCIEDAD MEXICANA DE SEXOLOGIA HUMANISTA INTEGRAL. SOMESHI.

19.- GUIA LEGAL DEL HOMOSEXUAL URBANO. Lic. Ernesto A. Martínez. EDAMEX. México 1985. páginas 100.

20.- INFORME CONASIDA 1992. Secretaría de Salud. Subsecretaría de coordinación y Desarrollo. CONASIDA, Informe de Labores. páginas 64.

21.- LA EPIDEMIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS. Publicado por la Organización Panamericana de Salud.

22.- LA MUJER Y EL SIDA. Diana Richardsson. Editorial Manual Moderno. México 1990. Fac. Medicina UNAM. páginas 151.

23.- LA REFORMA PENITENCIARIA EN MEXICO. LV Legislatura del Congreso de la Unión. comisión de Derechos Humanos. páginas 179

24.- MANUAL DE DERECHO PROCESAL PENAL. Carlos M. Oronoz Santana. Editorial Limusa Noriega. México 1990. páginas 196.

25.- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES. Aaron Hernández López. Editorial PAC. Segunda Edición. México 1985. páginas 200.

26.- NOTA INFORMATIVA SOBRE ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL VIH/SIDA EN LAS PRISIONES. Información proporcionada por Silvia Penevianco Labbe. Coordinadora de Apoyo Social y Derechos Humanos del CONASIDA.

27.- PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA EN LAS CARCELES. Dirección de Servicios a la Comunidad. CONASIDA. páginas 12.

28.- PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA. Volumen I. Abril 1990, España. Editorial, Infecciones Salientes. páginas 168.

29.- RECOMENDACION No. 90/91. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, D.F. a 11 de octubre de 1991.

30.- REUNION CONSULTIVA SOBRE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL SIDA EN LAS CARCELES. Convocada por el Programa Especial de la OMS sobre el SIDA, del 16 al 18 de noviembre de 1987 en Ginebra.

31.- SALUD, DERECHOS HUMANOS. Colección Manuales. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México 1991.

32.- SEXO SEGURO, EDUCACION SEXUAL, ANTICONCEPCION Y ENFERMEDADES VENEREAS. Doc. Kilby. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. páginas. 250

33.- SIDA, COMO SE MANIFIESTA, COMO PREVENIRLO, COMO TRATARLO. Jull Patrice Cassuto y otros. Ediciones Paidós. Barcelona, Buenos aires, México. 1a edición 1987. páginas 111.

34.- SIDA. EL PERFIL DE UNA ENFERMEDAD. OPS. Publicación Científica No 514. páginas 384.

35.- SIDA EN LA CARCEL. Colección "Documentos SIDA" No 6. Associacio de Servei i Documentació SIDA/STUDI. Ponencia al Parlamento Europeo, Bruselas, 12 enero 1989. páginas 11.

36.-SIDA EN PREGUNTAS. F. Berrá Sinousi y otros. compañía Editorial S.A. México. páginas 300

37.- SIDA. LA EPIDEMIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS. OPS 1993. Comunicación para la Salud No 5. páginas 30.

38.- TRAUMATOLOGIA OCULAR EN LA MEDICINA LEGAL. Javier Grandini González y Juvencio Poblano Ordoñez. Impreso en los Talleres Gráficos de la Dirección de Publicaciones del Instituto Politecnico Nacional. México 1983. páginas 140.

39.- TREPONEMUTOSIS Y ENFERMEDADES VENEREAS. Profesor José Gay Prieto. Ediciones Científicas Medicas La Prensa Medica S.A. pág. 300.

LEGISLACION

1.- CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN, Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL. 52a Edición. México 1994. Editorial Porrúa. páginas 340.

2.- EXPOSICION DE MOTIVOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD. 15/XI/83. Camara de Diputados. Año II. T: II: No 24. Noviembre 15, 1983.

3.- LEY GENERAL DE SALUD. 11a edición. México 1994. Editorial Porrúa. páginas. 1170

4.- LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL. Editorial Harla. México 1994. páginas.

5.- MEXICANO ESTA ES TU CONSTITUCION. Texto vigente 1993.octava edición. LV Legislatura. Camara de Diputados del H. congreso de la Unión. Instituto de Investigaciones Legislativas. páginas 370.

6.- NORMA OFICIAL MEXICANA DE EMERGENCIA SSA 01/92 PARA LA DISPOSICION DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERPEUTICOS. Diario Oficial de la Federación. jueves 24 de junio de 1993.

7.- PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Diario Oficial de la Federación. Jueves 17 de febrero de 1994.

8.- REGLAMENTO DE RECLUSORIOS DEL DISTRITO FEDERAL. Diario Oficial de la Federación. Viernes 24 de agosto de 1979.

TESIS CONSULTADAS

1.- EL ASPECTO JURIDICO PENAL DEL SIDA. Moreno Sedano, Guadalupe Gabriela. Facultad de Derecho, UNAM 1989.

2.- EL SIDA EN EL AMBITO PENAL. Duran Barron, Refugio Icela. Facultad de Derecho, UNAM 1993.

3.- NECESIDAD DE LEGISLAR LA SUSTITUCION DE LA PENA EN LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DEL DISTRITO FEDERAL INFECTADOS POR SIDA. Castro Medina, Jaime. Aragon, Escuela Nacional de Estudios Profesionales, UNAM 1994.

4.- LA EDUCACION JURIDICO PENAL DEL SIDA EN EL SISTEMA PENAL MEXICANO. Salgado Rosainz, José Luis. Acatlan, Escuela Nacional de Estudios Profesionales UNAM