

301809

8

Jes.



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

CAMPUS SAN RAFAEL

ESCUELA DE DERECHO

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“ALGUNOS ASPECTOS SOCIOLOGICOS Y JURIDICOS
DE LAS PERSONAS INFECTADAS CON SIDA”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
MARIANO ESCOBEDO FLORES

PRIMERA REVISION

SEGUNDA REVISION

LIC ANA LUISA LOPEZ GARZA

LIC. JESUS MORA LARDIZABAL

MEXICO, D F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265592



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A tí Flaca por todo tu cariño, a mis hijos Edwin y Alan quienes son mi motivación y apoyo porque sin su ayuda difícilmente hubiera sido posible el presente trabajo

A mi padre, y hermanos. de quienes siempre he tenido un apoyo moral pero. sobre todo a aquella persona que me dio la vida, me brindó su confianza en todo momento, esperando esto de mí, en su memoria a MI MADRE.

A mis grandes amigos, sobre todo al SR. DR. RAUL LOPEZ GARCIA, quien con su ejemplo y sabios consejos me inculcó nunca dejar este camino del cual ahora encuentro la culminación.

A mis profesores e Institución donde forjé mis estudios, quienes siempre con una mano amiga estuvieron atentos de mi formación.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO :

ASPECTOS HISTORICOS, MEDICOS SOBRE EL ORIGEN, EVOLUCION Y TRASMISION DEL SIDA

1.1. Definición de la enfermedad.....	1
1.2. Historia del Sida.....	2
1.3. El virus del Sida (VIH) como agente causal.....	4
1.4. El Sida como problema de Salud Pública.....	7
1.5. Formas de transmisión del virus del Sida.....	12
1.6. Síntomas y signos iniciales de personas infectadas.....	14
1.7. Grupos que se consideran de alto riesgo.....	17
1.8. Pruebas de detección del Sida.....	19
1.9. Situación del Sida en México.....	21
1.10. Caso clínico de persona infectada.....	26

CAPITULO SEGUNDO :

ASPECTOS PSICOSOCIALES Y NEUROPSIQUIATRICOS EN PACIENTES CON INFECCION POR VIH.

2.1 Aspectos clínicos.....	28
2.2 La influencia psicosocial.....	29
2.3 La influencia psicoorgánica.....	40
2.4 Terapéutica.....	43
2.5 Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH.....	44
2.6 Reacciones psicológicas en pacientes seropositivos.....	51
2.7 Tipos de tratamiento.....	56

CAPITULO TERCERO: EL SIDA ANTE EL DERECHO MEXICANO.

3.1. En el Derecho Penal.....	59
3.1.1 El delito de peligro del contagio.....	62
3.1.2 El artículo 199 bis del Código Penal vigente para el Distrito Federal.....	63
3.1.3 Delitos Afines.....	66
3.2. El Sida en el Derecho Constitucional.....	71
3.2.1. <i>Las Garantías Individuales y el Sida</i>	73
3.3. El Sida en el Derecho Laboral.....	79
3.3.1 La estabilidad en el empleo.....	81
3.4. El Sida en el Derecho Civil.....	82
3.5. El Sida en la Ley General de Salud.....	87
3.5.1. El Derecho a la protección de la Salud y el Sistema Nacional de Salud.....	91
3.5.2. Competencias Sanitarias.....	94
3.5.3. La Epidemia del Sida y la Prestación de Servicios de Salud.....	97
3.5.4. Competencias Éticas, Sociales y Jurídicas, en la búsqueda de una posible vacuna contra el Sida.....	98

CAPITULO CUARTO :

LOS DERECHOS HUMANOS, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD Y TRATADOS INTERNACIONALES CON RELACION AL SIDA.

4.1. Los Derechos Humanos.....	108
4.2. Los derechos civiles y políticos.....	109
4.3. Los derechos económicos, sociales y culturales.....	110
4.4. Las Naciones Unidas y los <i>derechos del hombre</i>	110
4.5. Los derechos de solidaridad o derechos de la tercera generación.....	112
4.6. Eficacia jurídica de los tratados internacionales sobre Derechos Humanos.....	113
4.7. Alcance de los documentos internacionales sobre Derechos Humanos.....	117
4.8. Derechos Humanos fundamentales afectados por las medidas de prevención y control del Sida.....	119
4.9. La discriminación.....	120
4.10. Ciertas situaciones sociales comunes.....	124
CONCLUSIONES.....	128
PROPUESTAS.....	131
BIBLIOGRAFIA.....	134

INTRODUCCION

La primera razón que me inclinó en la realización de este trabajo es la discriminación que existe en la actualidad, en relación con las personas que se encuentran infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), son seropositivos. EL SIDA, como la Lepra, Sífilis o la Tuberculosis en otras épocas, es una enfermedad que por un lado refuerza algunos prejuicios ya existentes de parte de "normales" y, por otro estigmatiza socialmente a sus víctimas; se ha abierto un espacio para que ciertos estigmas se acentúen, en consecuencia los enfermos de Sida sufren una doble marginación; biológica por lo incurable de su mal y social por la discriminación que recae sobre ellos, se ha dado gran importancia al papel de la asesoría en la atención del paciente, así como la forma de prevenir dicha infección pero poco se ha exteriorizado sobre el rechazo social hacia las personas infectadas con el Sida, asesoría que juega un papel que rebasa la actividad asistencial médica y jurídica; introduciéndose en acciones que van desde la educación para la prevención, hasta problemas de tipo económico y social.

Como es del conocimiento general, en la actualidad no existe cura sobre este padecimiento, se estima que todavía falta algunos años para descubrir la vacuna que remedie esta enfermedad. En nuestro país se han registrado treinta y seis mil setecientos noventa casos de Sida, pero es importante resaltar que estos son los que se encuentran en su etapa final, pero no hay que olvidar que existen

casos sin registrar, así como que existen mas de doscientas cuarenta mil personas que son seropositivas, las cuales se encuentran en forma pasiva, es decir que no han desarrollado la enfermedad.

En este estudio de investigación se pretende hacer ver que es necesario establecer reformas legales en la diversas ramas del derecho, como son las áreas penal, civil, de salud y de derechos humanos con la finalidad de brindar mayor seguridad y protección en sus derechos a los portadores del VIH ; ya que existe una desprotección jurídica para los enfermos de Sida o seropositivos, quienes por este padecimiento les son violadas sus garantías individuales.

Todos somos responsables y cualquiera puede ser víctima o infectado, ya sea por accidente o bajo su propio riesgo, la prevención es el mejor antídoto contra este mal. Mientras no exista alguna vacuna o remedio definitivo contra el Sida nunca sobrar  la informaci3n ni los esfuerzos serán suficientes para que todos ayudemos, necesitamos unir fuerzas, cada quien en lo que est  a su alcance

CAPITULO PRIMERO

ASPECTOS HISTORICOS, MEDICOS SOBRE EL ORIGEN EVOLUCION Y TRANSMICION DEL SIDA.

1.1. DEFINICION DE LA ENFERMEDAD

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue reconocido en 1981 como un síndrome clínico consistente en infecciones oportunistas, neoplasias o ambas, asociadas a una inmunodeficiencia inexplicable.⁽¹⁾ En enero de 1988, ya se habían diagnosticado más de 50.000 casos de SIDA sólo en Estados Unidos, y se estima que de 1-2 millones de personas en ese país están infectadas por el agente etiológico, el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1). Hoy se cree que alrededor del 25 al 35 % de los infectados por el HIV-1 desarrollarán un SIDA completo en un plazo de 7 años a partir de la infección, y se espera que la tasa de mortalidad de estas personas sea del 100 %, a menos que se desarrolle un tratamiento eficaz. El desenlace para los restantes millón ó 2 millones de personas infectadas, que en ese momento no hayan desarrollado una inmunodeficiencia clínica, es menos cierto, aunque parece probable que una gran parte de las mismas, si no todas, acaben por desarrollar SIDA. Desde una perspectiva mundial, se estima que el número de personas actualmente infectadas es de 30 millones, y seguirá creciendo si no se produce una intervención efectiva.

⁽¹⁾ DE VITA T.VINCENT, JR. HELLMAN, ROSSENBERG. SIDA, Etiología, Tratamiento y prevención. Edit. SALVAT, 2ª Edición, México. 1990. Pág.11.

El desafío para la comunidad científica radica en definir la biología y patogenia de la infección por HIV, que podría proporcionar una guía razonable a los esfuerzos para detener la transmisión, y en desarrollar medios eficaces de tratamiento y prevención. En este capítulo se exponen los importantes progresos que han sido conseguidos desde la primera descripción del SIDA en el año 1981, tanto en lo que se refiere al descubrimiento del agente causal como a la definición de sus propiedades genéticas y biológicas y al conocimiento de sus relaciones evolutivas con otros retrovirus.

También se exponen las direcciones que ha tomado la investigación básica y que se creen importantes para un mejor conocimiento de la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana y para la obtención de eficaces medidas terapéuticas y preventivas.

1.2 HISTORIA DEL SIDA

La retrovirología humana es una disciplina científica joven, pero en rápido crecimiento. La primera descripción de retrovirus animales tuvo lugar a comienzos del siglo XIX, con el trabajo de Ellerman y Bang y en el de Rous, que demostraron que los ultrafiltrados acelulares procedentes de pollos leucémicos podrían provocar leucemia o sarcomas en animales normales. Alrededor de 40 años después, Ludwik Gross aisló el primer retrovirus de mamífero a partir de una cepa endogámica de ratones infectados con virus de la leucemia murina inmediatamente después, fueron identificados por Harvey y Cols. otros retrovirus oncogénicos animales. Aunque estos estudios habían sido realizados en animales

endogámicos, posteriores trabajos de Jarett y de Essex y Hardy ⁽²⁾ demostraron que los gatos domésticos podían ser infectados por un retrovirus (virus de la leucemia felina, FELV), que producía enfermedades linfoproliferativas e inmunosupresión. Otras especies animales en las que pueden desarrollarse de forma natural neoplasias provocadas por retrovirus son los pollos, los ratones, las vacas y algunos primates. Sin embargo, a pesar de una búsqueda exhaustiva, se retrasó el descubrimiento del retrovirus humano.

En 1970, Temin y Mizutani, de manera independiente, descubrieron en Baltimore la transcriptasa inversa del retrovirus, y Hill y Hillva describieron en 1974 la existencia e integración del (DNA) infeccioso provírico de los retrovirus. En 1970, tras el descubrimiento de la transcriptasa inversa, Gallo y Coles, iniciaron la búsqueda del retrovirus humano mediante el desarrollo de técnicas de biología molecular enfocadas a detectar la expresión de bajo nivel de la actividad de la transcriptasa inversa, así como técnicas de cultivo para el crecimiento a largo plazo de varias células hematopoyéticas. Este enfoque se basaba en la hipótesis que la identificación de los retrovirus humanos requeriría, probablemente el cultivo de células diana (DNA) susceptibles y la detección de la expresión de bajos niveles del virus. Ambos conceptos, es decir, la necesidad de una propagación a largo plazo de las células hematopoyéticas adecuadas y la de detectar bajos niveles de expresión del virus, probaron ser esenciales para descubrir, primero, los virus de la leucemia humana HTLV-1 y HTLV-II, y más adelante el virus del SIDA, el HIV. Se logró en primer lugar el crecimiento de

⁽²⁾ DE VITA VINCENT T.- Op. Cit. Pág.12.

células T humanas maduras a largo plazo en cultivos de suspensión gracias al descubrimiento, realizado en 1976 por Gallo y Cols.,⁽³⁾ del factor de crecimiento de las células T o interleucina-2 (IL-2). Las células Diana fundamentales de todos los retrovirus humanos conocidos, incluidos como HTLV-I y HTLV-II, HIV-1 y HW-2, poseen receptores para la IL-2 y necesitan este factor para proliferar. En 1979, Gallo y Cols aislaron, y posteriormente caracterizaron, el primer retrovirus humano, el denominado virus de la leucemia de células T humana tipo I (HTLV-I). Un gran cuerpo de trabajo definió seguidamente al HTLV-1 como agente causal de una forma de leucemia humana llamada leucemia de células T del adulto (ATL). Gallo y Cols.⁽⁴⁾ publicaron en 1982 el descubrimiento del segundo *retrovirus humano*, el HTLV-II. Los desarrollos intelectuales y experimentales que condujeron al hallazgo del HTLV-I y el HTLV-II constituyeron la base científica esencial para el posterior descubrimiento del HIV-I como agente etiológico del SIDA.

1.3 EL VIRUS DEL SIDA (VIH) COMO AGENTE CASUAL

El descubrimiento del HIV-I o virus de inmunodeficiencia humana como agente causal del SIDA, justo a los tres años de la descripción inicial del síndrome, representa un notable logro científico. En principio, se observó que existían grandes paralelismos entre el HIV-1 y los virus de la leucemia humana,

⁽³⁾ Gallo, R. C. "The AIDS. Virus". *Sciam*.255 : 1987. Pág.46.

⁽⁴⁾ Gallo, R. C. *The Human retrovirus*. *Sciam*.255 : 1986. Pág.88.

HTLV-1 y HTLV-II, sobre todo en lo que se refiere a su exquisito tropismo por las células T. Sin embargo, pronto se hizo evidente que el virus del SIDA estaba más estrechamente emparentado con la subfamilia de lentivirus de los retrovirus. El nombre de estos virus proviene de la lenta evolución de la infección que provocan. Como todos los retrovirus, el HIV-1 es un virus RNA de una sola cadena, sentido positivo y apenas 100 nm de diámetro. Al microscopio electrónico, presenta un nucleoide cilíndrico y denso característico, que contiene las proteínas centrales, el RNA genómico y la transcriptasa inversa, rodeado de una envoltura lipídica. Las características ultraestructurales del HIV-1 son indistinguibles, en la práctica, de las de otro lentivirus, visna, y muy distintas de las de los retrovirus humanos del tipo C, HTLV-I y HTLV-II se muestran en forma de diagrama los componentes estructurales del HIV-1. La polimerasa DNA dependiente del RNA, o transcriptasa inversa, el elemento *sine qua non* de los retrovirus, se encuentra en el virión asociada al RNA genómico. En los retrovirus, es habitual encontrar la actividad polimerasa y el RNA genómico íntimamente asociados con las estructuras proteicas centrales. La principal proteína estructural central del HIV-1 es la proteína p24. Esta, y la miristilada proteína p18, forman las principales proteínas estructurales gag. Alrededor del centro del virus existe una membrana lipídica derivada de la membrana externa de la célula huésped. Cubriendo la membrana externa del virus se encuentra la envoltura de glucoproteínas.

Las características del ciclo vital distinguen a los retrovirus de todos los demás virus. El virión libre se une primero a la célula diana mediante una

interacción específica entre la envoltura vírica y la membrana de la célula huésped. Se ha demostrado que la especificidad de esta interacción entre el virus y la célula se debe a una interacción específica de alta afinidad entre la molécula vírica y la molécula de la célula huésped.

Tras la absorción del virus, parece tener lugar la fusión de las membranas vírica y celular, lo que permite la internalización de los componentes del núcleo vírico. La transcripción inversa catalizada por la DNA polimerasa, dependiente del RNA del virus, genera una copia de DNA de doble cadena a partir del RNA del genoma vírico, que puede existir de forma episomal o integrarse mediante enlace covalente al genoma de la célula huésped. La posterior expresión del DNA vírico está controlada por una combinación de proteínas víricas y de la célula huésped, que interactúan con los elementos reguladores del DNA vírico. El MRNA vírico transcrito es traducido a proteínas específicas del virus, formándose nuevos viriones en la superficie de la célula, en la que el RNA vírico, la transcriptasa inversa y las proteínas reguladoras, junto con las proteínas de la envoltura, se unen de una manera altamente organizada para producir una progenie infectiva. Aunque los primeros cultivos de HIV-1 se hicieron en linfocitos de sangre periférica y células procedentes de los ganglios linfáticos de pacientes infectados, después ha sido posible cultivar el virus a partir del tejido cerebral, el líquido cefalorraquídeo, el plasma celular, la médula ósea, el semen, las secreciones vaginales, el epitelio intestinal, la leche, la saliva y las lágrimas. Es probable que el virus desempeñe en algunos de estos tejidos un importante papel en la

fisiopatología de la enfermedad y en su transmisión, aunque también es evidente que la transmisión del virus mediante contactos casuales con saliva y lágrimas es muy improbable y nunca ha sido comprobado.⁽⁵⁾

Una de las características biológicas más importantes de la infección por HIV-1 *in vitro* e *in vivo* se relaciona con las propiedades citopáticas del virus. La pieza clave de la infección por HIV-1 en las personas enfermas es una depresión progresiva de los linfocitos T4, que conduce en último término a la inmunodeficiencia y a la aparición de infecciones secundarias y neoplasias. El HIV-1 *in vitro* es altamente citopático para los linfocitos T4 y para las líneas celulares linfoides, demostrándose este característico efecto citopático mediante la formación, de grandes sincitios, que representan la fusión de células que expresan la envoltura glucoproteica del HIV-1 con otras células. La fusión de las células infectadas con las vecinas no infectadas requiere una interacción tan específica y de tan alta afinidad entre la vírica (en este caso, expresada sobre la membrana de la célula infectada) y la T4 celular, como la que tiene lugar durante la infección por el virus. El desenlace último de la infección por HIV-1, tanto *in vivo* como *in vitro*, es un reflejo de las propiedades del complejo vírico aquí señaladas.

1.4 EL SIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

El SIDA constituye en cuanto a sus características un problema de salud pública entendiendo a los siguientes parámetros: frecuencia, letalidad, costo,

⁽⁵⁾ DE VITA T.VINCENT, JR. HELLMAN, ROSSENBERG. SIDA, Etiología, Tratamiento y prevención. Edil. SALVAT, 2ª Edición, México. 1990. Pág.15.

interés público velocidad de expansión. El síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituye, en cuanto a sus características por dichos parámetros, un problema de la más alta prioridad para diversos países en donde podrían resaltar lo siguiente: A 16 años del primer reporte de la enfermedad a nivel mundial, el principal problema que atañe a la enfermedad del SIDA en México y en otros países es el subregistro de la información de los casos. En Estados Unidos, el retraso se calcula en 18% y la demora está determinada por el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y la notificación. En México, la gran mayoría de los casos ocurridos en un año determinado y que serán objeto de notificación epidemiológica, no son conocidos en forma inmediata. La primera evaluación publicada calculó tal retraso en 36.7%, mientras que la última estimación indica que es equivalente al 35%.

La epidemia de SIDA en México ha presentado tres tendencias: en la primera, hasta 1986, el incremento fue lento; entre 1987 y 1990, fue exponencial, y a partir de 1991, se ha amortiguado y presenta periodos de duplicación de 16 meses. Sin embargo, este crecimiento se observa principalmente en las áreas metropolitanas del país, en tanto que en las entidades del Pacífico, Centro y Sur, acusan periodos de duplicación de sólo ocho a 10 meses. y en la población general se han mantenido cercanas a 0.04%. La epidemia mantiene en México un patrón mixto, pero es predominantemente una enfermedad de transmisión sexual (ETS), con una proporción de casos atribuibles a transmisión sexual en hombres de 90.5%, y en mujeres, de 53.3%. En los homosexuales la principal vía de

trasmisión es sexual, con tendencia al incremento.⁽⁶⁾ Se observa también un aumento discreto de la trasmisión en hombres heterosexuales. Los múltiples estudios realizados en mujeres trabajadoras de sexo comercial arrojan prevalencias bajas, las cuales van de 0.04 a 0.4%.

En México, además de las disposiciones legales que prohíben la venta de sangre y obligan a que toda la sangre transfundida haya sido previamente analizada, se realizan actividades educativas dirigidas a los donadores, con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre. Se advierte que la prevalencia de infección en donadores ha descendido durante estos últimos años. Al observarse un incremento de los casos de VIH/SIDA debidos a trasmisión, heterosexual, se da un aumento concomitante de los casos en niños, por trasmisión *perinatal*. Para finales de 1995 existían 1.5 millones de niños infectados por VIH en el mundo y se calcula que para el año 2000 se habrá acumulado un total de 10 millones.⁽⁷⁾ En México, hasta 1996, se registraron 795 casos acumulados en menores de 15 años (2.7%), de los cuales 47% fueron infectados por trasmisión *perinatal*.

La trasmisión del VIH de la madre infectada al hijo puede ocurrir durante el embarazo desde la octava semana de la gestación, durante el parto y a través de la lactancia materna. Los estudios realizados demuestran que por lo menos 50% de las infecciones ocurren en fecha muy cercana a la del parto.

⁽⁶⁾ *Epidemiología, Boletín 37, volumen 14, semana 37, Sep. 1997., pág. 1.*

⁽⁷⁾ *Idem., pág. 2.*

En nuestro país, la tuberculosis es una de las infecciones más comunes en los pacientes con SIDA y ocupa el tercer lugar entre las infecciones oportunistas más frecuentes. La proporción de adultos, de jóvenes y de usuarios de drogas intravenosas frente a la de fallecimientos, es mayor entre los casos de SIDA con tuberculosis que entre los casos de SIDA sin esta asociación.

Otra tendencia de la epidemia del VIH/SIDA en México es hacia las áreas rurales, puesto que aumenta cada vez más el número de casos en comunidades con menos de 2 500 habitantes. Hasta el mes de septiembre de 1997, se ha registrado una proporción baja de casos acumulados en este grupo (3.7%), manifestando un crecimiento continuo. La ruralización del SIDA se asocia significativamente con el antecedente de migración a Estados Unidos.

En relación con la mortalidad, en 1994 se registraron 3.518 defunciones por SIDA, con una tasa global de 3.9 por cada 100 000 habitantes, ocupando el 17o. lugar como causa de mortalidad general y en 1995, el número de muertes fue de 4029 con una tasa de 4.4, ocupando el 16° lugar como causa de muerte en México. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años.

El comportamiento de las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en México, de 1986 a 1996, presenta dos vertientes: disminución de las ETS clásicas, sífilis adquirida, sífilis congénita, linfogranuloma venéreo, chancro blando y gonorrea, y un incremento de las nuevas ETS candidiasis, tricomoniasis urogenital y herpes genital, exceptuando la hepatitis B que disminuyó.

En datos obtenidos en una encuesta sobre comportamiento sexual en la Ciudad de México, de 1992 a 1993, en personas con vida sexual activa coital, se

encontró que 10.8% ha padecido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual en toda su vida. Los grupos de edad con mayor incidencia fueron los de 30 a 34 años, con 11.1%, 35 a 39 años, con 13.6% y el grupo de 40 a 44 años, con 13.7%, 45 a 49 años con 17.4%.y 50 a 54, 17.7%. De acuerdo con el estado marital, la población que está casada o que vive en unión libre presenta mayor incidencia (19.1%) de haber padecido alguna ETS en algún momento de su vida. Los resultados por prácticas sexuales muestran que la mayor incidencia de ETS se presenta en población que tiene prácticas bisexuales (31.7%)

La mortalidad por ETS ha descendido de 1990 a 1994, con una tasa por 100 000 habitantes de 0.17 a 0.05, correspondiendo 90% de las defunciones a la *sífilis* y de este porcentaje 50% corresponde a la *sífilis* congénita. En 1990 se agregó el registro de hepatitis B, representando 60% de la mortalidad seguida de 35% por *sífilis* adquirida y congénita; la gonorrea y otras no definidas constituyen 5% restante de las defunciones. Las ETS en conjunto constituyen una de las 10 primeras causas de atención en el primer nivel, con un promedio de 220 000 casos anuales y con el tercer lugar de incidencia entre las enfermedades infecciosas, superadas solamente por las infecciones respiratorias agudas y las gastrointestinales. Esto determina la importancia de ampliar el acceso de la población a mejores servicios de atención integral de las ETS, como una estrategia fundamental para disminuir la incidencia del VIH/SIDA.

EL SIDA tiene un crecimiento expotencial, ya que el número de casos aumenta como función multiplicativa por unidad de tiempo. En México, el número de casos de SIDA se duplica cada siete u ocho meses. Por cada caso conocido

clínicamente de SIDA, se ha calculado que existen de 50 a 100 personas infectadas asintomáticos pero infectantes. Es decir dado el largo periodo de incubación de la enfermedad, estas personas ya contagiadas pueden sentirse bien y estar contagiando a otros sin saberlo. EL SIDA es una enfermedad de muy alta letalidad. Una vez diagnosticado clínicamente, un paciente con SIDA tiene una sobrevivencia de 20%, a los tres años y casi nula a los siete años.

1.5. FORMAS DE TRANSMISION DEL VIRUS DEL SIDA

Las únicas formas de transmisión conocidas, según su frecuencia son:

Vía sexual. Acto sexual heterosexual y homosexual. Cuando existe intercambio de líquidos corporales, principalmente de semen, secreciones vaginales y cervicales y sangre, entre una persona infectada y otra sana. Más aún si estas relaciones son con parejas múltiples y frecuentes. Esta es la forma más frecuente de contagio en todo el mundo.

Transfusión sanguínea: De un donador de sangre infectado por el VIH a un individuo sano. También por el uso de agujas contaminadas, no esterilizadas, que contengan el virus. Si alguien se somete a transfusión de sangre y ésta contiene VIH, hay un 70% de posibilidad de infectarse.

Perinatal: Una madre con VIH puede contagiar a su hijo durante el embarazo, al momento del parto o durante el periodo de amamantamiento, a través de la leche como se mencionó en el punto anterior de este capítulo. Existe una factibilidad del 50% al 60% en cuanto al contagio de madre a hijo, en la actualidad se puede controlar a la mujer embarazada, para el efecto de no infectar al feto o producto si es detectado con oportunidad.

Trasplante o injerto de órganos o tejidos infectados: El VIH puede transmitirse mediante trasplante de órganos o tejidos, con información de casos en que se documentó específicamente la Transmisión del VIH por trasplante de riñón y de hígado así como la de inseminación artificial. Por consiguiente, actualmente se recomienda que todos los donantes potenciales de órganos se sometan a la prueba antes del trasplante y que se excluyan a todos los donantes seropositivos como fuente de órganos. En casos en que el donante haya necesitado transfusiones masivas antes de la muerte, el profesional de salud debe estar conciente de un efecto potencial de disolución que podría llevar a serologías negativas falsas.⁽⁸⁾

El virus de la inmunodeficiencia humana es frágil y no subsiste en las condiciones ambientales; por ello sólo puede transmitirse a través de estas formas, que son muy directas. Toda persona que se exponga así, corre el riesgo de contraer el virus.⁽⁹⁾ Los fluidos corporales en donde se ha encontrado el VIH son:

Sangre Semen Secresiones vaginales Suero Líquido cefaloraquídeo Fluido alveolar Heces fecales	Los estudios epidemiológicos y de laboratorio han demostrado que estos fluidos transmiten definitivamente el virus.
Leche materna Orina Lágrimas Saliva	Probablemente sirve como ruta de infección hasta ahora, pero las cantidades halladas en éstos son mínimas por lo que se cree que son inoperantes para la transmisión, además de la vulnerabilidad del virus a las condiciones del medio.

⁽⁸⁾ CONASIDA, "Mitos y realidades sobre la transmisión del V.I.H.", revista N° 41988.,pág.3.

⁽⁹⁾idem.,pág.4.

El contagio depende de la concentración del virus en fluidos corporales, de su volumen y del tipo de práctica sexual que se tenga, otros factores que contribuyen al contagio son: algunos microorganismos tales como el virus de la hepatitis B, del herpes, citomagalovirus, virus, de Epstein Barr, y de las bacterias que generan enfermedades venéreas (gonorreas, sífilis etc.), que pueden ocasionar lesiones genitales y sobreestiman el sistema inmunológico facilitando la acción del virus.

El uso de drogas intravenosas que además representan un peligro cuando no se tiene cuidado de las agujas, altera la conducta del individuo aumentando el riesgo. Ejemplo: heroína y morfina deprimen el sistema inmunológico.

El empleo de poppers, que son sustancias químicas que se inhalan, y que se utilizan para estimular la sensación sexual, se ha asociado con una complicación del SIDA: el sarcoma de Karposi (Tipo de cáncer en los vasos de la piel).

1.6 SINTOMAS Y SIGNOS INICIALES DE PERSONAS INFECTADAS

El SIDA es un estado de inmunosupresión causado por el retrovirus HTLV-111. Este virus infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células T colaboradoras, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral, micótica o protozoario. El defecto inmunológico celular también origina el

desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial sarcoma de Kaposi y linfómano Hodgkin.⁽¹⁰⁾ Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a las que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular, más adelante se comenta con mayor amplitud la naturaleza y presentación de estas infecciones y tumores oportunistas.

Cada día se reconoce más que los pacientes infectados por HTLV-111 pueden desarrollar un amplio aspecto de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y que al parecer son consecuencia directa o indirecta de la infección viral. El más común de estos trastornos es la linfadenopatía (ganglios linfáticos), generalizada persistente (LGP); una proporción (5 a 25%) de quienes la padecen desarrollará finalmente SIDA. Aún no se aclara la relación exacta entre estos trastornos "prodrómicos" y la aparición ulterior de SIDA; la mayoría de los pacientes con LGP no parece progresar al SIDA franco en tres o cuatro años de vigilancia. Sin embargo, no será posible valorar por completo la evolución de esta enfermedad por un tiempo considerable, debido a la latencia de la infección.

El estudio de la infección HTLV-III, se encuentra en su infancia y aún se están presentando nuevos síndromes, pero es razonable pensar que finalmente surjan más complicaciones neoplásicas y de otra índole.

Si bien el SIDA no tiene precedente, los pacientes con inmunodeficiencia celular no son raros en medicina. Los tipos de infección oportunista que se ven en el SIDA siguen el patrón amplio de infecciones en casos de deficiencias

⁽¹⁰⁾ MILLER, WEBER, GREEN, Atención de pacientes de SIDA., El Manual Moderno, S.A de C.V. México 1989, pág.3.

congénitas de la inmunidad celular (por ejemplo, inmunodeficiencia grave combinada) o con inmunosupresión yatrógena, como en el trasplante renal. Ya que el SIDA causa una disminución específica de la porción celular de la inmunidad, las infecciones se deben predominantemente a virus, hongos, protozoarios y bacterias intracelulares facultativas. La característica común de la infección oportunista es una incapacidad del huésped para manejar de manera normal a un agente infectante. Si bien algunas de las infecciones individuales pueden aparecer de manera caprichosa, el patrón de la anormalidad es predecible en el contexto del deterioro inmunológico. En consecuencia, en el SIDA los pacientes pueden tener una infección florida persistente por **herpes simple ulceroso**, que en un huésped normal sería una erupción vesicular que cura espontáneamente.⁽¹¹⁾ De igual forma, la incapacidad para eliminar la candidiasis mucosa es casi universal en el SIDA y las placas de candidiasis bucal son un marcador biológico simple de inmunodeficiencia. Por lo tanto, cuando un paciente no responde de manera normal a infecciones por agentes que normalmente son combatidos por la inmunidad celular, hay que pensar en SIDA.

Es importante señalar que la linfadenopatía inguinal aislada es un hallazgo común en la población general, pero en particular en cualquier varón sexualmente activo con más de una compañera sexual. **El hallazgo de ganglios inguinales aislados debe llevar a investigar una infección de transmisión sexual en la uretra o el recto, en particular herpes simple, sífilis temprana** ⁽¹²⁾ y rara vez

⁽¹¹⁾ MILLER.- Op. Cit Pág.4.

⁽¹²⁾ Idem.-Pág.10.

linfogramuloma venéreo. La mayor parte de los problemas clínicos del SIDA se deben a la inmunodeficiencia celular, que origina el desarrollo de infecciones o tumores oportunistas de los tipos que se observan típicamente en pacientes con otras inmunodeficiencias celulares. Los microorganismos dependen en gran parte del huésped y su exposición previa y actual a agentes microbianos; hay diferencias geográficas las infecciones de transmisión sexual puede afectar la presentación del SIDA en los diferentes grupos de riesgo.

La infección más común es la neumonía por *Pneumocystis carini*, que causa 50% del total de las presentaciones iniciales de SIDA. Más de 70% de las infecciones torácicas en el SIDA son causadas por este microorganismo y pueden ocurrir en cualquier etapa de la progresión del SIDA. Un 25% más de los pacientes se presentarán con sarcoma de Kaposi (SK) y otro 10% desarrollará este tumor después de la presentación inicial con una infección oportunista. Otros sitios importantes de infección se encuentran en el aparato digestivo, sistema nervioso central y piel.

1.7 GRUPOS QUE SE CONSIDERAN DE ALTO RIESGO

Aunque la infección HTLV-III puede afectar a cualquier persona en la comunidad, a través de sangre o relaciones sexuales, la enfermedad aún se ve en gran parte en grupos de riesgo alto definidos, los varones homosexuales que tienen relaciones anales con múltiples compañeros están en peligro, en tanto que los que sólo se masturban mutuamente no tienen riesgo del todo. El patrón de conducta sexual es muy importante y hay que obtener una historia detallada. También debe incluir preguntas en detalle de las costumbres sexuales (por

ejemplo, si hay relaciones anales y si se adopta el papel activo o pasivo) y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), los toxicómanos que usan drogas intravenosas adquieren el SIDA a través de agujas y otro equipo contaminados que comparten entre ellos y no por la toxicomanía en sí. En cualquier paciente en que se sospecha SIDA hay que obtener una historia completa de conducta sexual, toxicomanía, viajes a áreas endémicas con relaciones sexuales en ellas (por ejemplo, África Ecuatorial) o antecedentes de múltiples transfusiones sanguíneas. La historia de viajes también es muy importante para el diagnóstico diferencial de una infección oportunista, ya que los viajes o la residencia en el trópico añaden la posibilidad de una amplia variedad de infecciones tropicales latentes.

En consecuencia, el reconocimiento de un problema relacionado con el SIDA. proviene del hallazgo de un paciente con uno de los trastornos que se describen más adelante, por lo general alguien que se ajusta al patrón epidemiológico

(cuadro 1).

Cuadro de grupos de riesgo para adquisición de SIDA.

Varones homosexuales	Múltiples compañeros sexuales. Relaciones sexuales anales (activas pasivas)
Compañeras sexuales	Relaciones sexuales vaginal o anal con pareja infectada.
Niños de madres infectadas, toxicómanos de drogas, hemofílicos	Transmisión transplacentaria. Compartir agujas/equipo. Productos hematológicos de fondos comunes.
Receptores de transfusiones de sangre	Donador infectado por lo general múltiples transfusiones.
Origen haitiano y africano (central)	Transmisión homosexual/heterosexual principalmente diseminación heterosexual en países de África Ecuatorial.

1.8. PRUEBAS DE DETECCION DE SIDA.

La única forma de saber si tiene el virus del SIDA, es mediante un análisis de laboratorio para detectar la presencia de anticuerpos contra ese virus en el organismo. Existen diversos procedimientos, el más conocido y utilizado en México es llamado ELISA, y sólo requiere de una muestra de sangre en ayunas. Sólo se requiere unos cuantos milímetros, y el resultado puede ser positivo o negativo :

Resultado negativo. Significa que no se encontró la presencia de anticuerpos contra el virus del SIDA en la muestra, lo cual indica que la persona no está infectada. Cuando la infección es muy reciente, la prueba puede dar un resultado negativo a pesar de que ésta ya está infectada. esto se debe a que el sistema de defensas aún no ha desarrollado anticuerpos contra el virus del SIDA que puedan ser detectados por la prueba, por lo que es necesario dejar pasar por lo menos TRES MESES desde la fecha en que se pudo haber estado en riesgo de infección, hasta el día de realizarse la prueba.

Si el resultado de la prueba es negativo, no quiere decir que no se está infectado, pero ahora es muy importante que se adopten medidas de prevención para que nunca se contraiga el virus del SIDA.

Si no han pasado tres meses entre la fecha de probable infección y la de la prueba, el resultado no será confiable, un resultado negativo no significa que se está libre de contraer el virus que causa el SIDA, que ya no se tiene de qué preocupar, que se está vacunado contra el SIDA.

Resultado positivo ; para mantenerse sin el virus del sida hay que cuidarse, significa que se detectaron anticuerpos contra el virus del SIDA en la muestra de sangre, lo que indica que la persona es "seropositiva" (de "sero"=suero. El suero es positivo), sin embargo, es necesario comprobar cualquier resultado positivo con una prueba confirmatoria llamada **Western Blot**. porque en algunos casos una prueba de ELISA puede resultar positiva debido a otras causas, por lo tanto es recomendable que en el resultado de la prueba de detección del virus del SIDA. el paciente entregue a un médico la prueba para que éste lo oriente y sea canalizado con un psicólogo especializado. Un resultado positivo no significa: Que se tiene el SIDA., que se está en peligro de muerte cercana. que se deben evitar las relaciones sexuales, que sea imposible llevar una vida normal. *¿Que gano si me hago la prueba de detección del virus del SIDA?* Las siguientes son algunas razones por las que conviene practicarse la prueba : "**TRANQUILIDAD**" Es posible eliminar la angustia de saber si tiene o no el virus del SIDA. "**EVITAR LA TRANSMISION**" El saber si se tiene o no el virus del SIDA, impide infectar o reinfectar inconscientemente a otras personas. "**CORRECTA ATENCION MEDICA** En caso de tener el virus SIDA es conveniente comunicárselo al médico para que no recete más medicamentos que dañen el organismo. "**CONSERVAR LA SALUD**" Recibir un tratamiento oportuno y tomar las medidas preventivas a tiempo. detiene la reproducción del virus y prolonga la vida.

¿ME DEBO HACER LA PRUEBA? Antes de tomar esta decisión. es conveniente que se haga las siguientes preguntas: *¿he tenido relaciones sexuales sin condón?, ¿recibí una transfusión sanguínea entre 1980 y 1996?,*

¿tengo o he tenido múltiples parejas sexuales?, ¿he tenido relaciones sexuales sin condón con una persona seropositiva o un enfermo de SIDA? ¿he compartido objetos punzocortantes, como navajas o jeringas sin desinfectar? ¿he sufrido algún accidente en el que haya estado en contacto con sangre de otras personas? ¿dudo si tengo o no el virus del SIDA?, ¿planeo tener un hijo pronto? Si se contestó Si a alguna de estas preguntas, es recomendable que lo platique con su médico sobre la posibilidad de hacerse la prueba de detección de anticuerpos del virus del SIDA.

¿DONDE ME PUEDO REALIZAR LA PRUEBA? Existen muchos hospitales, clínicas y laboratorios que realizan el examen de detección del virus del SIDA con tarifas muy variables, pero es recomendable que se consulte a su médico antes de tomar la decisión de practicarse la prueba. En el CONASIDA el servicio es gratuito, confidencial y anónimo, ya que se utiliza un número de registro para cada prueba y el resultado se entrega sólo al interesado

1.9. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO

La epidemia de SIDA en México presenta un patrón cada vez más heterosexual, más rural y la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así que pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres

transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual.⁽¹³⁾

De hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (53.8%), pero si consideramos los casos notificados durante los primeros trimestres de 1992 y 1996. vemos que el porcentaje aumentó de 54.4% a 77.4% en esta categoría, siendo 78.0% en el primer trimestre del presente año, de 1997. La transmisión sexual en hombres aún es predominantemente homo/bisexual pero la transmisión heterosexual también muestra una tendencia al aumento, pues pasó de 30.3% en el primer trimestre de 1992 a 35.6% en ese trimestre de 1996 y a 35.4% en el de 1997. La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 y 34 años es ya un motivo de seria preocupación, pues se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1992. fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal, pero en la actualidad ha alcanzando ya el tercer lugar como causa de muerte en este grupo de edad.

Hasta el 1o. de abril de 1997, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 30.970 casos. En los casos notificados durante el presente año se *continúa observando retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 44,254 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación (cuadro 2).*

⁽¹³⁾ CONASIDA, "Enfermedades Infecciosas y Microbiología", revista, México. Pág.100.

CUADRO 2

CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION EN

MEXICO, 1997.

AÑO	CASOS	TASA* DE INCIDENCIA	RAZON DE MASCULINIDAD	% DE CASOS DE MUJERES
1983	6	0,01	0.00 :0	0.0
1984	6	0,01	0.00 :0	0 0
1985	29	0,0	0:00:01	6.09
1986	426	0,3	30;1	3 03
1987	518	0.6	11,1	8.01
1988	905	1.1	6;1	13.00
1989	1605	1,9	6;1	15.00
1990	2587	3,1	5;1	16.00
1991	3155	3,7	5;1	15.00
1992	3210	3,7	6;1	15.00
1993	5058	5,7	6;1	14.00
1994	4111	4,6	6;1	13.00
1995	4310	4,7	7;1	12.00
1996	4216	4,5	7;1	12.08
1983-1997	30970		6;1	14.4

* Tasa por 100,000 habitantes.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante los primeros trimestres de 1992, 1996 y 1997, la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. Del total de casos notificados durante esos trimestres, en esos grupos, entre 72.7% y 78.3% de los casos correspondieron a hombres. Del total de casos acumulados hasta el primer trimestre de 1997, tanto en hombres como en mujeres, 87.2% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo 31.5% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años 37.8% y al de 40 a 49 años 18.0%

Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 526 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 3,704 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 565 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 3,846 mujeres.

La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. En los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre siete y ocho hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 1:1 o de 2:1 en el grupo de menores de 10 años.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Al comparar los casos acumulados para este trimestre entre 1992 y 1996, se aprecia que en 20 entidades federativas el número de casos notificados en 1996 fue mayor, sólo en 10 fue menor y dos permanecieron sin cambio. La comparación entre 1996 y 1997 muestra que en 22 estados se notificaron más casos de SIDA y en 10 se reportaron menos, del total acumulado de casos, 16,863 (54.5%) se concentran en el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco.

Las mayores tasas de incidencia por 100 mil habitantes se encuentran en el Distrito Federal (87.5), Baja California (77.9), Jalisco (69.1) y Morelos (57.0). Las entidades con menor incidencia son: Guanajuato(11.5), Chiapas (12.2) y Durango (12.3). Las tasas por estado fueron calculadas utilizando las cifras

poblacionales ajustadas de acuerdo con el Banco de Datos Sociodemográficos 1980-2010 (Secretaría de Gobernación CONAPO).

Las entidades con mayor razón de casos por habitante son: el Distrito Federal, en donde uno de cada 1,143 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento; el estado de Baja California con uno de cada 1,282, y el estado de Jalisco con uno de cada 1,449 habitantes.

CATEGORIAS DE TRANSMISION EN ADULTOS.

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó 15.4% de los casos acumulados hasta el primer trimestre de 1992 y descendió 5.6% en los casos acumulados hasta ese trimestre de 1996. Para el primer trimestre de 1997, 5.2% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirieron la infección por esta vía. La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual, en cambio aumentó de 34.8% de los casos acumulados hasta el primer trimestre de 1992 a 39.8% en 1996. Para el primer trimestre de 1997 fue de 39.3%.

Si tomamos en cuenta la transmisión sexual en su conjunto, las cifras son 82.5, 94.4 y 94.6% para 1992, 1996 y 1997 respectivamente. Una de las cifras que más ha cambiado es la de los casos en donde el factor de riesgo no fue documentado, que fue 8.9% en 1992 y 40.3% en 1996, para 1997 fue de 34.2%. En el total de casos acumulados hasta el 10 de abril el porcentaje de casos no documentados es 28.5%.

1.10 CASO CLINICO DE PERSONA INFECTADA.

Persona de sexo masculino bisexual casado de 44 años. Ingresó con diarrea crónica, quejándose de pérdida rápida de peso desde un mes antes. Su diarrea era explosiva (cada hora). Tenía ulceraciones en la boca (*Candida*). Presentaba pirexia intensa (utilizaba tres suéteres con una temperatura en la habitación de 24°C). Se diagnosticó en una biopsia de sigmoide CMV intestinal. Se trató como sigue:

La candidiasis bucal con suspensión de nistatina tópica y ketoconazol sistémico CMV intestinal se trató con foscarnet. Para la diarrea recibió loperamida y fosfato de codeína con dieta blanda y por lo general de poco volumen. Se utilizó crema E45 para conservar la integridad de las áreas anal y perianal. A pesar del tratamiento continuó con la diarrea. Abandonó la dieta y su esposa le llevaba sus alimentos favoritos (fruta, salmón y pasteles) y el paciente sufría. La diarrea remitió gradualmente y dejó de perder peso. Se fue a su casa durante dos meses.

Reingresó con pérdida adicional de peso y diarrea continua tratándose con líquidos y plasma intravenosos. Se inició una dieta alta en calorías y recuperó el peso del alta anterior (50 kg). Continuó con la diarrea pero se sintió mejor y deseó ir a su casa. Murió tres semanas después en su casa⁽¹⁴⁾

Comentario

Es notable que esta persona no informó a su esposa que había sido

⁽¹⁴⁾ MILLER, WEBER, GREEN, Atención de pacientes de SIDA., El Manual Moderno, S.A de C.V., México 1989. Pág.146.

bisexual y no deseó que ella supiera que había padecido SIDA, ello implicó problemas prácticos y éticos para las enfermeras, pero su esposa continuó siendo atenta, sin preguntar ni comentarle el diagnóstico hasta su muerte.

Además de la falta de honestidad con su esposa, es importante señalar que el paciente alcanzó un grado alto de aceptación de la muerte. Murió pensando que había conservado el control y protegido a su mujer de mayor dolor.⁽¹⁵⁾

⁽¹⁵⁾ MILLER.- Op. Cit.Pág.147.

CAPITULO SEGUNDO

ASPECTOS PSICOSOCIALES NEUROPSIQUIATRICOS EN PACIENTES CON INFECCION POR VIH.

2.1. ASPECTOS CLÍNICOS

Los Síntomas clínico-psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH están determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad: 1) Nivel de influencia social. 2) Nivel de influencia psicológica individual. 3) Nivel de influencia orgánica del virus y otras infecciones. Cada uno de estos niveles tendrá una mayor o menor función sobre la característica y desarrollo de los Síntomas, siendo a su vez determinada por la fase clínica en la cual se encuentre el paciente.

Es importante que el médico tratante y el paciente evalúen estos tres niveles, ya que la acción terapéutica debe ser específica para cada uno. Miller reporta diferentes reacciones psicológicas vinculadas con las etapas por las cuales atraviesa el paciente con SIDA; algunas de ellas son: crisis ante la información del diagnóstico y la posible muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico. y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección" ira y frustración por la incapacidad de superar el virus. etcétera. Cada una de estas fases y otras tiene una representación y un

significado diferente para cada paciente.⁽¹⁶⁾ El significado tendrá que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales con los que cuenta el paciente para confrontarse con la enfermedad.

2.2. LA INFLUENCIA PSICOSOCIAL.

El paciente con infección por VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión.

El SIDA ha tenido, para la población general, connotaciones negativas. en tanto que el mayor porcentaje de los pacientes con el síndrome tiene o ha tenido relaciones **homosexuales**. Tener SIDA implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. por otro lado el contenido emocional asociado al calificativo "**contagioso**" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA.

La interacción del paciente con su medio tanto laboral como familiar, marital, etcétera, queda circunscrita a la capacidad de todos los integrantes del *entorno*, a convivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de contagio.

La ansiedad supone una reacción de ajuste que permite al paciente reaccionar ante un cambio de vida que en las personas asintomáticas con infección se vislumbra como mediato, pero que cuando hay síntomas supone un directo enfrentamiento con la muerte. La ansiedad a su vez puede desencadenar *síntomas físicos que el paciente puede confundir con agravamiento de su*

⁽¹⁶⁾ MILLER.D."HIV and Social psychiatry". British Medical boletín vol.44,1988.Pág. 130-148.

condición médica; esto se hace evidente en los pacientes asintomáticos, pues desarrollan síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, baja de peso, los cuales no necesariamente significan un grado mayor de la enfermedad.

En este sentido, ha sido evidente la aparición de elementos hipocondríacos y de somatización en personas que están en alguno de los grupos de riesgo, ya sean éstos homosexuales o bisexuales, o en pacientes que han sido transfundidos. La evaluación del contexto social ayuda a determinar los desencadenantes de la ansiedad y a plantear medidas terapéuticas acordes con esta situación: no son lo mismo la duración ni la intensidad de una reacción de ajuste ansiosa en pacientes con adecuado o inadecuado soporte social.

Con relación a lo anterior, se ha hecho manifiesta una actitud negadora adaptativa que permite al paciente mantener una situación social tolerable; es frecuente que los pacientes al momento del diagnóstico nieguen prácticas homosexuales, teniendo esto una clara importancia epidemiológica, no obstante, la negación, al entenderla como adaptativa, debe ser respetada, y no se recomienda la confrontación directa con el paciente, ya que esto facilita que la relación médico-paciente se rompa y, por tanto, la asistencia terapéutica. Conforme la adaptación del paciente se va estableciendo, la negación empieza a ceder, y la evaluación de los factores de riesgo se facilita. Aquellos pacientes que tienen un soporte social y familiar adecuado (por ejemplo cuando, la familia está al tanto de la homosexualidad, hay pareja estable o un grupo de amigos que entienden la situación, existe seguridad económica en relación con las

posibilidades de tratamiento, presentan menos problemas en cuanto a que su negación empiece a ser una dificultad para el manejo médico y psicológico.

Es importante señalar que las reacciones emocionales secundarias a los factores sociales en un inicio son vividas como carencias reales, independientemente de que exista y esté presente el soporte psicosocial antes mencionado, ya que ante el impacto de la enfermedad se produce en la mente del paciente una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración, expresados por pensamiento mágico e ideas delirantes con relación a la enfermedad.

En el momento en que la negación adaptativa empieza a ceder, esto es cuando el mecanismo adaptativo ha favorecido la posibilidad de dar herramientas de confrontación con la nueva realidad del paciente, se inicia un nuevo proceso de reajuste donde la depresión juega un importante papel.

La subsecuente reacción de ajuste depresiva aparece como producto de la percepción del futuro que tiene el paciente; básicamente se establece como fenómeno psicológico referente a las expectativas acerca de la evolución incierta, el aislamiento, las posibilidades de reintegración social, las expectativas terapéuticas, entre otros, y van a funcionar como elementos estresores que ponen a prueba el aparato psicológico del paciente.

La incertidumbre va a representar un papel primordial en el desarrollo de los síntomas psicológicos antes mencionados; si se clasifica a los pacientes con infección por el VIH, de esta forma: 1) Asintomáticos. 2) Linfadenopatía generalizada. 3) SIDA. Los síntomas tienen diferencias particulares: el grupo con

mayor ansiedad y depresión, así como con una intensa negación, la cual imposibilita la asistencia de los pacientes, se da en aquellos que presentan linfadenopatía generalizada. Esto se entiende por la gran incertidumbre acerca del futuro en cuanto a lo social, al tratamiento y a las expectativas de vida. Los pacientes seropositivos asintomáticos presentan mecanismos de adaptación que les facilitan posponer la confrontación con el futuro, de tal manera que se injerta una situación esperanzada que ayuda a la conservación de una homeostasis psicológica. Los pacientes con SIDA se enfrentan básicamente a dos situaciones que son comunes a quienes presentan una enfermedad terminal, habitual; éstas son las expectativas de pronóstico, merced al tratamiento, y la confrontación con la posible muerte.

La evaluación del marco social puede ayudar a determinar el fondo a partir del cual se pueden desarrollar ciertos síntomas psicológicos en los pacientes infectados por VIH, de tal manera que se pueda tomar una actitud terapéutica adecuada que ayude a subsanar las fallas ejercidas por la sociedad en estos pacientes. Lo anterior toma una importancia central en la población infantil, ya que la imposibilidad del cuidado paternal obliga a dar sustento sociofamiliar a este grupo pediátrico. La familia juega un papel central en la evaluación del soporte social de los pacientes con infección por V.I.H.. En este sentido, la familia debe ser entendida como un subsistema social que ha tenido y tendrá acciones sobre el desarrollo de las manifestaciones clínicas de los pacientes, se han observado y esto está en relación con la población en riesgo que existen pacientes homosexuales con o sin vínculos manifiestos respecto a su familia de

origen, con o sin pareja estable, pacientes bisexuales dentro de la familia de origen o con familia nuclear de representación heterosexual, pacientes transfundidos con familia nuclear, y pacientes sin pareja y sin vínculos con la familia de origen.

Las actitudes como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitará su proceso de adaptación. Aún más, el SIDA pone en crisis el sistema familiar, de tal manera que tanto la familia de origen, la nuclear o la pareja del paciente se ven, de igual manera que éste, obligados a enfrentar una situación para la que no estaban preparados, presentando sintomatología familiar que pone en riesgo la integridad y perpetuación de este grupo social. En este sentido, es importante aclarar que la asistencia al grupo familiar de adscripción del paciente portador de la sintomatología se constituye también como unidad de tratamiento y evaluación por derecho propio, esto es, la familia ya no se considerara sólo como un grupo de soporte para la contención del padecimiento del enfermo, sino que es el grupo familiar en sí, el que va a ser tratado y evaluado.

La intervención terapéutica supone un proceso de evaluación previo, que será el que arroje los datos en los que aquélla estará sustentada, la metodología de evaluación de un sistema familiar no es tema de este capítulo; basta mencionar, en términos generales, que se debe observar si el paciente ha mantenido vínculos cercanos de coexistencia con su familia de origen (padres y hermanos); si el paciente ha establecido una pareja estable o no (en la población

aquí referida, se considera como pareja estable al compañero sexual permanente, sea éste homosexual o heterosexual). y si ha tenido descendencia o no. Todas las personas involucradas se considerarán como "sistema familiar de adscripción".

Uno de los aspectos claves a evaluar por parte del clínico, en lo referente al sistema familiar, lo constituye la calidad del vínculo interpersonal, existen familias en donde el espacio para la vida en autonomía de los integrantes de las mismas es muy limitado, y en donde el bienestar y/o malestar del uno está en íntima relación al bienestar o malestar del otro, y en donde la alteración de uno produce una reacción de desorganización en cadena entre todos los miembros de la familia. con el caos disfuncional consecuente. Lo anterior es de validez por lo tanto para la familia de origen como para la mujer (vida marital con hijos o sin ellos).

Por el contrario, existen familias en donde el espacio vital es más amplio, y en donde la desorganización de uno no produce el nivel de catástrofe grupal antes referido, estas familias serán aquellas que estarán en capacidad de ayudar en la contención de la enfermedad en una forma mucho más adecuada.

De todas formas, el clínico no se debe olvidar de que en los familiares del enfermo tiene aliados potenciales, los cuales funcionan como recursos que debe utilizar para el mayor bienestar del paciente, así como que debe asistirlos en la reacción de desorganización colectiva, en el caso de que ésta se presente.

Otra variable a considerar es la fuente de contagio, sea por contacto sexual, por transfusión sanguínea, o por el uso de drogas por vía perinatal con

material contaminado; la configuración relacional de la familia es diferente en los casos en que existe un miembro con conducta homosexual que los de aquellas familias en donde esto no se presenta, y la infección tiene una connotación de "accidental", como sería el caso de una transfusión con sangre contaminada. A partir de lo anterior, se puede observar la íntima interdependencia que existe entre la conducta de uno o más de los miembros del sistema familiar, y la estructura de éste como tal. En los casos en que la infección se adquirió como resultado del material transfundido, la responsabilidad del sistema médico es primordial, y como tal se dejará sentir por el sistema familiar al que pertenece el paciente. El clínico deberá de tomar esto en cuenta, aceptarlo y manejarlo adecuadamente, pues de lo contrario, él mismo estará creando las condiciones para que la familia y el paciente entren en oposición a él, con los resultados negativos derivados de esto, y el perjuicio natural a la adherencia al tratamiento.

Una vez planteados algunos de los factores sociales que tienen que ver con el desarrollo de síntomas psicológicos, se deben estudiar las características psicológicas individuales

De los pacientes con infección por VIH. De alguna manera, el desarrollo de síndromes psiquiátricos a partir de la ansiedad y la depresión originales tiene que ver con la capacidad psicológica individual para adaptarse una situación irreversible que llevará a la muerte, y en cuyo caso se confrontarán elementos estresantes sumamente importantes, como la pérdida de la salud, la desintegración social.

La infección por VIH como ha quedado consignado, representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica; de esta integridad dependen, la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a dicha crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y, por consiguiente, con la muerte.

Esto es vivido como una reacción de duelo que en el aspecto psicológico individual no se diferencia de otras enfermedades terminales; la doctora Kübler Ross⁽¹⁷⁾ ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal; éstas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia

Durante la negación, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, descrea la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. Es frecuente en esta etapa la actitud hipomaniaca y de exaltación que facilitan el proceso de negación. Esta negación debe ser respetada, en tanto no ponga en riesgo la salud del paciente, ni la de otras personas.

La ira supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus

⁽¹⁷⁾ KUBLER ROSS. E. "On death and Dying.".Edit.Macmillan.N.Y. 1969.Pág. 305.

médicos tratantes. La especificación, y la contención que reciba por parte del equipo médico tiende a disminuir el sentimiento de abandono. El paciente en esta etapa debe tener la seguridad de que cuenta con un equipo de soporte que lo mantendrá con expectativas de manejo

La negociación es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. En esta fase se hacen intentos de restaurar la salud, mediante el pacto con una fuerza superior que permita la sobrevivencia y el bienestar.

La fase depresiva supone una evidencia por parte del paciente de su realidad como portador de una enfermedad fatal; implica la disminución de los procesos negadores, y permite un trabajo terapéutico que dé opciones reales de sobrevivencia para el paciente, de tal manera que se pueda llegar a la aceptación de la enfermedad. Todas estas fases altamente deben ser entendidas como adaptativas, la ansiedad, ya sea como crisis de angustia o como ansiedad generalizada, es una situación sintomática que está presente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Es importante señalar que aquellas personas que forman parte del grupo de alto riesgo por sus actividades sexuales, y que no saben que están infectados por el virus, están inmersos en una negación que facilita que sigan desarrollando sus actividades cotidianas de una manera aparentemente normal. En este grupo de personas, la ansiedad tiende a presentarse como crisis de angustia ante la incertidumbre de saberse o no infectados. Por lo regular, es la aparición de síntomas físicos, reales o fantaseados, lo que obliga a este grupo a hacerse un examen de anticuerpos. El

resultado positivo rompe la negación y determina el proceso catastrófico que lo llevará a convertirse en paciente, ingresando en el proceso de pérdida y duelo antes mencionado.

La resolución y adaptación de los pacientes va a depender del soporte social con que cuenten y de los aspectos psicológicos individuales, que se pueden definir como la estructura de carácter. La evaluación de esta estructura tiene gran importancia, ya que puede facilitar la comprensión de los procesos de ajuste por los que pasa el paciente, así como la posibilidad de arrojar luz sobre factores productivos del curso de las reacciones emocionales, mismas que, se tienen datos, juegan un papel importante en los procesos inmunológicos.

Son básicamente tres los elementos que permiten estudiar la estructura psicológica de los pacientes: la fortaleza del *yo*, la prueba de realidad y los mecanismos de defensa. Estos elementos estructurales hacen referencia al *grado de desarrollo psicológico y están presentes a lo largo de toda la vida*. El estudio de la estructura permite, retrospectivamente, ver el funcionamiento mental de los pacientes. La fortaleza del *yo* se refiere a la capacidad que tienen los pacientes para tolerar la ansiedad, controlar sus impulsos, y desarrollar canales de sublimación. Uno de los indicadores básicos y fácilmente observables por *parte del clínico lo constituye el hecho de valorar la calidad de las relaciones interpersonales que habitualmente establece el paciente*; los pacientes que carecen de tal integridad del *yo* son aquellos que establecen relaciones de intensa dependencia, con gran carga de afecto ante las amenazas reales o fantaseadas de separación, y aquellos pacientes que establecen relaciones

tradicionalmente calificadas como promiscuas, en donde el compañero no es vivido como una persona con existencia y derechos propios, o una persona que merezca cierta consideración, sino como un objeto de uso con propósitos de calmar una perentoria necesidad interna patológica de satisfacción y apego.

El clínico, al valorar estas conductas, deberá ser consciente del papel que las demandas del paciente y su familia jugarán en la interacción médica. y que estarán en relación con las características psicopatológicas individuales. y como tal las manejará; esto no es más que una vicisitud clínica agregada.

La prueba de realidad estudia las posibilidades que tiene el paciente de confrontarse con aspectos reales de situaciones que ponen en riesgo su estabilidad, de tal manera que pueda tener actitudes preventivas de autoseguridad, los mecanismos de defensa son procesos psicológicos que ayudan a mantener la estabilidad frente a situaciones estresantes, los podemos dividir en mecanismos que giran alrededor de la escisión. o de bajo nivel. y los que giran en torno a la intelectualización, o de alto nivel. La escisión se refiere a la incapacidad del paciente para admitir sus acciones como propias. esto es, excluye su responsabilidad de los actos llevados a cabo. La intelectualización es la explicación racional e intelectual, con el fin de evitar una confrontación directa con la situación estresante. Aquellos pacientes que presenten un nivel de bajo funcionamiento psicológico (esto es, que tengan muy poca tolerancia a la frustración y a la ansiedad, con pobre control de impulsos, con mecanismos de bajo nivel, y con una pobre prueba de realidad) tendrán menos capacidad para contender con la enfermedad y, por tanto, los síndromes psiquiátricos serán más

graves. La ansiedad podrá entonces convertirse en una situación fóbica o delirante, y la depresión tenderá a ser crónica, con facilidad de convertirse en psicótica, pudiendo perpetuar su conducta de riesgo.

Por otro lado, esta evaluación permite determinar la capacidad de adherencia terapéutica, de modificación de su conducta sexual, la responsabilidad frente a la posibilidad de ser contagiado o de contagiar a otros, etcétera. Es evidente que la actitud de manejo psicoterapéutico para los pacientes dependerá tanto de la fase psicológica en que se encuentren como de las características de su personalidad.

Los síndromes desarrollados a partir de la ansiedad y la depresión, como las crisis de angustia, los cuadros de ansiedad generalizada y los trastornos efectivos tienen un aspecto sintomático que va desde la tristeza, el llanto fácil, impulso emocional, fobias, aislamiento, hasta reacciones francamente psicóticas. Un factor de estudio importante es la evaluación de los procesos cognoscitivos como la memoria, el cálculo, la concentración, el lenguaje, las praxis, entre otros, ya que son síntomas que acompañan a la ansiedad y a la depresión, pero que se deben plantear como síntomas de ayuda para el diagnóstico diferencial con los síndromes orgánicos cerebrales, más específicamente con la demencia.

2.3. LA INFLUENCIA PSICOORGÁNICA

Los síntomas clínicos que aparecen en los pacientes con infección por VIH, y que están circunscritos al área psicológica, representan, como se ha visto, procesos secundarios a la realidad social del paciente, así como a sus

capacidades psicológicas individuales. Sin embargo, durante los últimos años se ha puesto especial interés en el estudio de los factores orgánicos que desarrollan síntomas de tipo neuropsicológico. Estos estudios han puesto en evidencia la interacción de los factores patógenos del virus en el desarrollo de síntomas como depresión, ansiedad, psicosis. La evaluación clínica de síntomas psicológicos, psiquiátricos y neurológicos permite determinar acciones terapéuticas y establecer variantes pronóstica en este tipo de pacientes. Existen dos formas a través de las cuales los pacientes con infección por VIH pueden desarrollar síntomas neuropsicológicos. entendidos éstos como el resultado de infecciones oportunistas en el sistema nervioso central (SNC), así como por la acción directa del VIH sobre éste y sobre el sistema nervioso periférico (SNP). Estas acciones están determinadas por la capacidad de neurotropismo del virus. De esta forma. los trastornos neuropsicológicos pueden ser categorizados según el área anatómica involucrada, esto es, puede existir acción en el SNC, así como en el SNP, según la acción generalizada o focal sobre estos sistemas, y según su etiología. Los síndromes clínicos reconocidos a partir de estas acciones sobre el cerebro están diferenciados en dos entidades generales: el síndrome orgánico cerebral tipo *delirium*, y el síndrome orgánico cerebral tipo *demencia* el cual se ha denominado complejo demencial relacionado al SIDA (CDR). Los estudios al respecto refieren que hasta un 90% de los pacientes con infección por VIH desarrolla en algún momento, síntomas neuropsicológicos que están en relación a las entidades mencionadas anteriormente

En este sentido, es importante la evaluación de las funciones cognitivas, ya que éstas con el adecuado correlato causal- determinan la acción médica a ejercer en estos pacientes.

Las funciones cognitivas alteradas que se observan en estos pacientes. Las funciones cognitivas están básicamente en las funciones de memoria, cálculo, concentración, actividades motoras finas, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, y pueden llegar hasta una desorganización de tipo psicótico, con alteraciones del pensamiento, como lo son las ideas delirantes, así como trastornos de la sensopercepción tipo alucinatorio. Sin embargo, es necesario precisar que los trastornos de las funciones neuropsicológicas no necesariamente están en relación con la evolución del padecimiento, debido a que éstos pueden aparecer incluso en los pacientes con infección por VIH sanos, esto es, asintomáticos.

Con relación a los ***síntomas demenciales*** que presentan estos pacientes, la ansiedad y la depresión pueden anteceder, como precursores de la entidad, al deterioro cognitivo y, por tanto, al desarrollo del CDR. El apoyo en estudios de laboratorio y gabinete puede permitir correlacionar datos de alteraciones neuropsicológicas y su sustrato biológico. Es necesaria la aplicación de estudios que valoren las funciones cognitivas, así como estudios técnicos que evalúen la función cerebral, como el electroencefalograma (Ew), tomografía axial computada (TAc), resonancia magnética (Rm), en relación a los síntomas clínicos del delirium, como lo son los trastornos conductuales severos, de orientación, ideas delirantes, alucinaciones.

El factor etiológico está en relación a infecciones a nivel de SNC y/o a infecciones generalizadas, ya que existen elementos fisiopatológicos que van a favorecer la desorganización mental.

Con la información anterior, se puede decir que si bien las características de estrés psicosocial juegan un importante papel en el desarrollo de síntomas psiquiátricos, la acción directa de elementos orgánicos sobre el cerebro puede incidir sobre la calidad y duración de los síntomas.

2.4 TERAPÉUTICA

Si los elementos causales de los síntomas psiquiátricos están ubicados en un aspecto que va de lo social a lo biológico, es evidente que el tratamiento unidireccional del paciente dejará de lado áreas de conflicto que pueden impedir o limitar la acción terapéutica. En los pacientes con infección por VIH atendidos en un hospital general, el trabajo multidisciplinario ofrece la oportunidad de dar un manejo integral que permita atender y apoyar las necesidades de los pacientes.

Los elementos Terapéuticos a seguir se desprenden del conocimiento de los factores estresantes que determinan los síntomas de los pacientes. Se puede entonces hablar de la necesidad de atención tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico.

Si bien se sale de los objetivos de este trabajo determinar las técnicas de manejo terapéutico, biológico y psicológico, sólo se precisará la ayuda terapéutica grupal, familiar e individual que tiene como objetivos aclarar información acerca de la enfermedad, dar apoyo emocional que permita la posibilidad de afrontar la

situación de enfermo del paciente, reducir la ansiedad, evitar el deterioro de las funciones mentales superiores, ayudar a elaborar la pérdida de la salud mediante el manejo del duelo, evitar que la negación ponga en riesgo la salud del paciente y de otras personas, ayudar a modificar actividades que pongan en riesgo la salud del paciente, prevenir y/o restituir la desestructuración de la personalidad en relación con la vivencia de la crisis emocional.

Los psicofármacos van a jugar un papel importante en la reducción de síntomas relacionados a la ansiedad, la depresión y los estados psicóticos consecutivos. El tipo de fármacos a utilizar dependerá de la prevalencia de los síntomas y de su acción específica. Son útiles las benzodiazepinas con efecto ansiolítico y los antidepresivos sedantes. El uso cuidadoso y específico de los psicofármacos evitará que éstos favorezcan la desorganización cerebral propiciando la aparición de síndromes orgánicos cerebrales.⁽¹⁸⁾

El proceso patológico denominado SIDA pone de manifiesto la necesidad de una labor integrativa durante el trabajo médico, ejercido durante la atención de los pacientes, la visión unilateral no permitirá entender lo complejo del proceso de enfermedad al que se enfrentan estos pacientes.

2.5 . ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES INFECTADOS POR VIH.

Los centros de Información sobre el SIDA fueron creados para ofrecer variados servicios como los de asistencia médica-psicológica y de laboratorio. A

⁽¹⁸⁾ VALENCIA ALFREDO. "ASISTENCIA PSICOLOGICA A PACIENTES INFECTADOS POR VIH.", Ives. Clím. México, 1987.Pág.202

éstos acude todo tipo de población: desde adolescentes que inician una vida sexual activa, hasta personas maduras que han notado una declinación de su actividad sexual, y lo atribuyen, más que a la edad, a alguna práctica homosexual que tuvieron en algún momento de su vida.

Por lo anterior, en los Centros de Información se reciben sujetos de todos los estratos sociales, con la más variada gama de intereses intelectuales y creencias religiosas; todos unidos por la inquietud común de estar en una situación de infectados y, en consecuencia, de ser posibles portadores del virus de la inmunodeficiencia humana.

El ofrecimiento gratuito de la prueba serológica determina la diversidad de los pacientes; la información proporcionada por ellos es confidencial y anónima. Ello determina que quien acuda obtendrá un resultado clínico dejando de lado todo lo que antecede al momento de la infección, como prácticas de riesgo o cambios de conducta, sin tomar en consideración las ganancias secundarias que obtendrá al ofrecérsela la posibilidad de integrarse a alguna modalidad terapéutica, como terapia individual, de grupo, de pareja o familiar.

Algunas instituciones hospitalarias ofrecen las posibilidades de incorporarse a protocolos de investigación, o bien de abrir expedientes clínicos que garanticen la hospitalización de los enfermos seropositivos o con V.I.H., en caso de desarrollar síntomas, lo que favorece tener una población cautiva, como es el caso del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Los centros se caracterizan por tener una población flotante y

cautiva que determina las características psicológicas de una mayoría importante de pacientes que reciben este tipo de asistencia.

Al manejarse el anonimato y dejar a la elección del paciente el dar sus datos personales, se presenta de entrada, una serie de resistencias que caracterizan el contacto inicial entre terapeuta y paciente. Por el hecho de mantenerse el anonimato, los sujetos, en un buen número de casos, ocultan material consciente que siempre han ocultado, con lo que se dificulta la evaluación, obligando a realizar entrevistas más exhaustivas. También como consecuencia del anonimato, presentan una mayor resistencia a la aplicación de pruebas psicométricas u otros instrumentos de evaluación psíquica.

Son individuos que en muchos casos no desean establecer ningún tipo de compromiso, y con mucho miedo desean conocer su resultado serológico. Aunado a lo anterior a la conflictiva psíquica propia de estos pacientes, el contacto inicial se caracteriza por altos niveles de angustia, es decir, por una reacción que se presenta cada vez que un individuo se encuentra frente a una situación potencialmente traumática, sometido a una afluencia de estímulos de origen externo e interno, que vive consciente o inconscientemente como una situación peligrosa para su propia integridad y supervivencia. En el caso de estos pacientes, el detonador de la angustia es el peligro aparentemente externo de estar infectado.

Estos pacientes, al llegar a la entrevista psicológica, en numerosas ocasiones están negando inconscientemente toda la corte sintomática y psicopatológica que los llevó a poder concretar la angustia flotante, muchas veces

inexplicables para ellos mismos, por un solo motivo: La posible infección por VIH, lo que obliga al psicólogo a tener que inferir las condiciones propias de la conflictiva de cada sujeto, para determinar, en primer lugar, si realiza prácticas de alto riesgo, o únicamente acude para desahogarse de tensiones internas propias de su patología mental.⁽¹⁹⁾ Todos los seres humanos nos hemos visto en situaciones que provocan angustia que en algunas ocasiones puede ser desplazada, negada o proyectada en otros individuos; sin embargo, ante la posibilidad de desarrollar una enfermedad terminal, algunos de los mecanismos *de defensa dejan de ser útiles al yo, enfrentando así al individuo a una realidad dolorosa* que no sólo implica la posibilidad de desarrollar síntomas, de ser un transmisor en potencia o, en el mejor de los casos, de no estar infectado, sino el cambio de hábitos sexuales, de conducta, y la revisión de una historia personal que también puede resultar muy dolorosa, porque lo enfrenta consigo mismo, con las figuras primarias, con los seres amados y finalmente, con la muerte; elemento este indispensable para cerrar el ciclo de la vida, pero que indiscutiblemente hay que negar para poder vivir, a pesar de que existe en todos una pulsión destructiva, término utilizado por Sigmund Freud ⁽²⁰⁾ para designar el instinto de muerte, desde una perspectiva más cercana a la experiencia biológica y psicológica. ante estas fuerzas pulsionales que tratan de salir y deben reprimirse, el psicólogo está obligado a tener la capacidad de contención suficiente para poder detectar y ordenar la información e interpretar el discurso del paciente,

⁽¹⁵⁾ CAMARA G. "La Alianza de trabajos en grupos psicoterapéuticos, analíticos". Edit. Alétefi, México, 1980. Pág. 46.

⁽²⁰⁾ FREUD. S. "Mas allá del principio del placer" En obras completas. 1920. Pág.112.

dando un juicio de realidad y sirviendo como figura de apoyo para determinar si el sujeto necesita la prueba serológica, si está expuesto al riesgo, o si sus temores y angustia tienen otro origen y el miedo aparente a contraer la infección es producto de su fantasía o una deficiente información. Es común encontrar individuos cuyo único objetivo sea tener la oportunidad de hablar "con alguien" y ser escuchados.

Una vez que se determina en la entrevista inicial la necesidad de llevar a cabo el análisis serológico es importante realizar la evaluación de la conducta y las reacciones que el paciente ha tenido frente a situaciones frustrantes y/o traumáticas a lo largo de su vida, ya que éstas servirán de marco de referencia en cada caso. Al conocer en el pasado la estructura de carácter evidenciada por el sujeto, se podrá obtener un mejor manejo en el lapso de tiempo comprendido entre la toma de muestra sanguínea y la entrega del resultado. En estas dos semanas, aproximadamente; durante las cuales el sujeto está sometido a una gran tensión por la incertidumbre que genera la espera, es muy útil continuar el contacto con el terapeuta para predecir la reacción psicológica del individuo cuando está cerca de conocer el diagnóstico final. Lamentablemente algunos pacientes, por su propia angustia y por la necesidad de mantener el anonimato, no acuden en ese periodo a las entrevistas para control psicológico, y sólo se presentan para recibir el resultado, con lo que obligan al terapeuta a manejar la situación en algunas ocasiones con menos elementos que los ideales para ayudar de manera eficaz al paciente seropositivo.

Considerar exclusivamente la necesidad de anonimato del paciente como único motivo para no asistir a las entrevistas psicológicas posteriores a la toma de

muestra serológica, y previas a la entrega de los resultados, sería simplificar las motivaciones y la conflictiva consciente e inconsciente de los sujetos en riesgo, quienes tienen que llenar los requisitos mínimos indispensables para ser considerados posibles portadores del virus: esto implica tener que "confesar" actividades sexuales que la persona conoce como tradicionalmente estigmatizadas por núcleos muy importantes de la sociedad, y que en el momento de la entrevista son indiscutiblemente rechazadas por el propio sujeto. al fantasearlas como las posibles responsables de su muerte (actividades tales como las relaciones homosexuales, las experiencias bisexuales, en ocasiones en que la persona se prostituyó, o bien el tener que revivir el recuerdo de todas las relaciones extramaritales que se han tenido). Independientemente de que el entrevistado relate en detalle o no estas actividades, es indudable que tiene que recordarlas para poder, en su fuero interno, considerarse sujeto de riesgo. pero siente que al decirlo a un extraño que en este caso el psicólogo- está exhibiendo sus tendencias; de ahí que un número importante de pacientes presente reacciones de tipo persecutorio, como el considerar una imposición injustificada tener que pasar por una entrevista de evaluación, o bien los casos de aquellos que se rehusan a dar algo más que un número de clave. por el temor a ser identificados y que en consecuencia, se divulgue su caso en particular o, en fin, aquellos que se sienten enjuiciados, criticados y finalmente rechazados por el psicólogo, cuando éste les pregunta "*¿por qué se siente usted sujeto de riesgo?*" Otros pacientes se caracterizan por un incremento en los sentimientos de culpa y actúan como personas que merecen ser castigadas con todos los trámites

burocráticos por los "pecados cometidos". sintiendo sin embargo rabia hacia quienes ellos consideran responsables de ejecutar dicho castigo: los psicólogos.

Todas estas fantasías brevemente esbozadas, que en cada individuo implican una tormenta emocional, condicionan que de manera inconsciente se produzca un fenómeno que en el psicoanálisis se conoce como transferencia, la cual, al ser percibida como real y objetiva por el paciente, lo conduce a dar únicamente el mínimo indispensable de la información requerida.

La transferencia, según Laplanche y Pontails ⁽²¹⁾ es "... un proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación analítica..

Son estos deseos inconscientes actualizados por la situación que pasa el sujeto potencialmente infectado, con los que el psicólogo tiene que lidiar desde la primera entrevista, y aún posteriormente a lo largo de la relación terapéutica.

Es indispensable que los terapeutas, psicólogos, médicos, enfermeras y personal de salud en general tengan resuelta su conflictiva personal, no hay que dejar de lado que la historia y patología de estos pacientes puede remover fácilmente cierta conflictiva inconsciente.

Una crítica constante de los pacientes infectados y enfermos de SIDA se dirige al trato que reciben de parte del personal de salud, esto se explica de la siguiente manera: en primer lugar por la falta de información de la que son víctimas miles de personas en México, por la deformación que ha sufrido en los

⁽²¹⁾ LAPLANCHE, J.J. Y Pontails, J.B. "Diccionario de psicoanálisis" Barcelona. Labor. 1979. Pág. 659.

últimos años dicha información, que le atribuye a la enfermedad del SIDA los medios de transmisión más extravagantes. Por otro lado, hoy en día se sigue asociando el SIDA a la homosexualidad y a la prostitución en general, olvidando con frecuencia que se trata de seres humanos destinados en su mayoría a morir y por el hecho de considerarlos distintos, no se debe, desde el punto de vista ético y moral, desahuciarlos y destinarlos a vivir en un aislamiento social producto de la ignorancia. Es, pues nuestra obligación estar debidamente informados y proporcionar alivio psíquico a todos aquellos que hemos decidido atender. Si tenemos presente que nosotros hemos elegido esta profesión, si somos conscientes de nuestra propia conflictiva y de nuestra capacidad única para tratar de comprender, sin juzgar, el dolor ajeno, podemos asegurar que la atención psicológica y médica será de la mejor calidad posible. Lo importante es ayudar al paciente a ver la verdad de sí mismo. Los intereses hedónicos del paciente, y los intereses utilitarios de la sociedad resultarán mejor atendidos con la búsqueda de la verdad.

2.6. REACCIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SEROPOSITIVOS.

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectados; sin embargo, existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos, como pueden ser los depresivos y de ansiedad que aparecen asociados a las

fases que Kübler Ross⁽²²⁾ describe como propias del proceso que se presenta en *pacientes con enfermedades terminales*. Kubler Ross señala un proceso presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH, aunque con algunos cambios, no hay que olvidar su calidad de asintomáticos y por el momento, se desconoce si se convertirán en casos de SIDA.

La primera fase se conoce como negación; en ella el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, las cuales deben ser contestadas de manera adecuada, es decir, informando sobre su real situación física, y evitando dar falsas esperanzas. Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean, esta agresión puede ir dirigida hacia individuos en particular, o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente "*¿Por qué yo?*", Lo que se conoce como la fase de cólera. Estas dos etapas son de singular importancia en el caso de pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es precisamente en este periodo donde pueden infectar a otros.

⁽²²⁾ KÜBLER ROSS, E. "On death and Dying." Edit. Macmillan. N.Y. 1969. Pág. 314

La tercera fase es la de pacto: el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

Cuando esta fase termina, el individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "*Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado*". En este punto, la pérdida se debe a falta de suministros externos. En estos pacientes observamos que lo esencial es la carencia de suministros internos, y la fórmula es: "*Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada, ni siquiera de vivir*". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su contorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia y su tipo narcisista en la elección de una pareja, tendiendo a cambiar de compañía con frecuencia que ahí que muchos pacientes desconozcan quien pudo haberlos infectado, cuando el medio de transmisión fue por vía sexual. Se empeñan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos", se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo. sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de no integrarse a ningún proceso terapéutico, junto a la posibilidad en algunos casos no alejada de la realidad de perder su trabajo, casa, amigos, familia, pareja. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por el monto de

angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por periodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento social está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal: dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su actividad sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que *murieron o están próximos a morir por SIDA*.

Al parecer en algunos casos la homofobia como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos. Algunos pacientes *presentan ideas suicidas*; éstas no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad. Finalmente, surge la fase de aceptación; el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida diaria

con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

La angustia se encuentra presente en todas las fases descritas, se puede manifestar de diversas maneras, siendo las más frecuentes las quejas y las preocupaciones exageradas sobre su estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja, y la irremediable incertidumbre de si desarrollarán síntomas y, por ende, serán desahuciados. Estas preocupaciones están acompañadas de ataques de pánico ante la falta de certeza del futuro próximo, presentando cuadros psicósomáticos importantes. Aquí es necesario un diagnóstico diferencial para descartar el desarrollo de síntomas propios de SIDA de aquellos secundarios al estado emocional del paciente. Muchos de ellos corroboran su estado de salud, constantemente realizan pruebas de detección del virus en diversos laboratorios, para confirmar su diagnóstico, con la fantasía siempre presente de que: "*Alguien se equivocó*" y de que, por lo tanto, su resultado será negativo. Al confirmar o reconfirmar su condición de seropositivos, el estado de ansiedad aumenta, lo que los convierte en pacientes sumamente demandantes de los servicios tanto médicos como psicológicos.

Cuando la angustia va más allá de las capacidades únicas del sujeto para manejarla, es recomendable la intervención de un especialista para un tratamiento farmacológico. Los periodos de impotencia sexual o de algún tipo de inhibición se atribuyen a la ansiedad del paciente; generalmente se debe a que necesitan reevaluar su actividad sexual en el pasado y considerar cómo será en el futuro, y qué medidas preventivas les son afines, ya que algunos llegan a vivir

su sexualidad como un arma mortal. En términos generales, los pacientes infectados por el VIH pasarán por estas fases, cabe señalar que no todos los pacientes siguen este orden riguroso puesto que pueden tener regresiones importantes a fases anteriores.

2.7. TIPOS DE TRATAMIENTOS

Desde el punto de vista institucional, las psicoterapias individuales y de grupo han sido hasta el momento las más socorridas; esto se debe en gran medida no sólo a las posibilidades y limitaciones reales de las instituciones, sino también a las demandas planteadas por los pacientes y a las características propias de cada tratamiento. Independientemente de que un paciente decida ingresar en alguna de las modalidades terapéuticas, existen recomendaciones básicas para el psicólogo o personal de salud encargado del caso: 1) Intercambiar información sobre la infección por VIH, síntomas de SIDA, pruebas de detección de anticuerpos y medios de transmisión. 2) Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro. es decir. la institución misma 3) Ser sensibles al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas.4) Investigar posibles sentimientos de culpa. 5) Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas. 6) Asistir e informar, a través de métodos que permitan reducir la angustia.7) Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo. 8) Estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

La psicoterapia individual breve de corto tiempo, con pacientes infectados, favorece el uso de: 1) Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa,

tensión. 2) Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente. 3) Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en la crisis. 4) Comprensión dinámica. 5) Fortalecimiento único, el terapeuta procure tener un plan de trabajo que contemple los siguientes puntos.

1. Ayudar al paciente a comprender, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
2. Identificar las conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.
3. Dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasías, y discutir su situación con otros pacientes.
4. Ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.
5. Informar sobre las consecuencias que acarrea evitar los servicios médicos y hacerlo consciente de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras personas.
6. Explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.
7. Investigar características de su vida sexual actual.
8. Promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio.
9. Investigar la vida social, laboral y situación económica.
10. Favorecer la relación transferencias para el éxito del tratamiento terapéutico.

La psicoterapia grupal favorece: El sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas. El altruismo, o sensación de que uno se ayuda así mismo ayudando a otros. La identificación,

es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro. La cohesividad, o *sensación de aceptación incondicional y de pertenencia*, la cual disminuye la soledad que los pacientes experimentan. El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda. El grupo por se estimula la discusión e incremento la fuerza única del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas. Lo anterior se basa en que nadie comprende lo que es estar infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana. excepto otro paciente infectado.

En todo tipo de participación activa, las personas establecen dinámicas específicas. En ciertos períodos debe surgir un propósito común, que subordine al grupo a un propósito tácitamente aceptado, si las tensiones que se dan en el movimiento que lleva hacia el objetivo grupal. pueden encontrarse medidas que permitan resolver esas tensiones, es frecuente que en un grupo se encuentren pacientes en distintas fases de elaboración; así el paciente en fase de cólera ayudará a romper la negación de otro miembro. y aquel que ha alcanzado la fase de pacto se solidarizará con el terapeuta para ayudar a sus compañeros a avanzar hacia la inevitable depresión. La motivación principal en cualquier tipo de tratamiento será la búsqueda de aceptación de la infección. Es indiscutible que la psicoterapia forma una parte medular del tratamiento con pacientes infectados, para tratar de recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira para promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.⁽²³⁾

⁽²³⁾ GÓNZALEZ, N. KUPFERMAN. E. Y VELÁZCO, A. "Dinámica de Grupos, Técnicas y Tácticas". Edit. Concepto. México. 1978. Pag 212-214.

CAPITULO TERCERO

EL SIDA ANTE EL DERECHO MEXICANO

3.1. EN EL DERECHO PENAL

En el derecho penal con relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es necesario definir primero que se entiende por Derecho Penal.

Fernando Castellanos Tena lo define como aquella rama del derecho Público Interno relativa a los delitos, a las penas y a las medidas de seguridad, que tiene por objetivo inmediato la creación y la conservación del orden social.⁽²⁴⁾

Se entiende por derecho público como el conjunto de normas que rigen las relaciones en donde el Estado interviene como Soberano. Comúnmente se afirma que el Derecho Penal es público, por cuanto, solo el Estado tiene capacidad para establecer los delitos y señalar e imponer las penas y sanciones. más tal criterio no se tomó como certero en el presente trabajo ya que todo Derecho, lo dicta y aplica el Estado. En donde estribaría la diferencia, sería en la observancia de la relación jurídica, es decir si ésta se da solamente entre particulares formará parte del Derecho Privado, pero si en la relación Jurídica, el Estado aparece en algunos de sus términos como Soberano, las normas reguladoras de tal relación pertenecerán al Derecho Público. Este es el caso del Derecho Penal, porque al cometerse un delito, la relación se forma entre el delincuente y el Estado como Soberano y no entre el delincuente y el particular ofendido. A mayor abundamiento, cuando una persona pasiva sufrió un ataque en su persona, al

⁽²⁴⁾ CASTELLANOS TENA FERNANDO, "LINEAMIENTOS ELEMENTALES DE DERECHO PENAL", Edil. Porrúa S A., 1976 Pág.19.

denunciar los hechos ante la autoridad correspondiente al Ministerio Público, éste se encuentra para defender los derechos de la persona ofendida, el monopolio que ejerce el Ministerio Público de la acción penal ha sido discutido y censurado, ya que la misma víctima del delito queda excluida de toda participación en el proceso de la averiguación previa. incluyendo la falta de personalidad para reclamar la reparación del daño que se la hubiere causado con el delito, por lo que resalta que, el sujeto pasivo depende de la actuación de la autoridad.

El mandato constitucional previene que la persecución de los delitos incumben al Ministerio Público, de ahí que la función de dicha Institución, sea eminentemente persecutoria de los delitos cometidos, la prevención del delito no corresponde a ese ministerio, dada la literalidad del precepto.⁽²⁵⁾

Sí analizamos la definición de Derecho Penal, podemos observar que la función de tal Derecho no es solamente la de castigar a los delincuentes, sino también la de prevenir que se realicen conductas delictivas o antijurídicas que puedan afectar el orden social.

Cuando un individuo es diagnosticado clínicamente como portador del VIH, éste tiene la responsabilidad de abstenerse de realizar conductas riesgosas o delictivas como pueden ser el tener relaciones sexuales sin las medidas preventivas de contagio, el compartir agujas contaminadas, o donar sangre. Si dicho individuo no realiza "dichas" conductas, éste no representara ningún peligro

(25) PÉREZ PALMA RAFAEL. "FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES DEL PROCEDIMIENTO PENAL". Edit. Cárdenas, México, 1980. Pág.331-333

para la Sociedad, y debe ser respetado, teniendo los mismos derechos que los demás.

Para que pueda aparecer en el presente capítulo la figura del delito, se requiere en primer lugar la identificación del bien jurídico objeto de la tutela y en segundo, el análisis a las distintas formas de afectar el bien que se trata para protegerlo de ellas

Hay dos bienes jurídicos que se consideran de la mayor importancia, porque de ellos depende la existencia natural de otros. El primero, es el bien jurídico por excelencia. *La Vida* ya que como resulta evidente que si no existe vida tampoco pueden darse los demás bienes, en segundo término podemos señalar. *La salud* ya que de la misma depende la vida. al igual que es inconcebible que se piense en salud si no hay vida. De acuerdo con estos aspectos el legislador ha considerado necesario proteger la salud de todos y cada uno de los habitantes, sin distinción ni diferenciación alguna, por el solo hecho de estar vivos, los habitantes de nuestra nación tienen una salud que requiere de protección, por consiguiente. *La Seguridad*.- es otro derecho tutelado y de gran preocupación tanto para el Estado como para la sociedad.

Ejemplos de estas tutelas, los encontramos en abundancia en nuestra ley, en donde para el presente trabajo se toman como primer ejemplo al título séptimo, capítulo I, del libro segundo del Código Penal para el Distrito Federal. Haciendo referencia al conjunto de delitos que en el citado título contiene y que son genéricamente incluidos bajo la denominación común de "delitos contra la salud."

Ante el fenómeno reconocido y aceptado de la existencia del SIDA, se tendría que ubicar al Derecho Penal como aquél que tiene la capacidad para orientar y reprimir, en su caso, las conductas que se presentan vinculadas con la enfermedad. por otra parte, también es indispensable aceptar y entender que en la cuestión específica al caso del SIDA, resulta difícil reconocer que siendo cierto que el padecimiento atañe en forma grave la salud, también lo es que por causas de origen legislativo, no se encuentra una *perfecta adecuación entre un tipo penal* y las agresiones a la salud producidas por el padecimiento si entendemos al tipo como, la creación legislativa, la descripción que el Estado hace de una conducta en los preceptos penales o bien es correcto decir también que el tipo consiste en la descripción legal de un delito.⁽²⁶⁾

3.1.1. EL DELITO DE PELIGRO DEL CONTAGIO

Los delitos específicos de peligro, como el del contagio de ciertas enfermedades graves en periodo infectante. en que no requieren que exista el contagio, por la simple posibilidad de que se dé la exposición al peligro del bien *jurídico*, es decir, que la conducta de quien, no sabiendo que está enfermo de Sida, ponga en peligro de contagio la salud por medio de relaciones sexuales, en este caso no podría adecuarse al tipo del delito señalado en el artículo 199 bis.

A estos se refieren el capítulo segundo de título séptimo del libro segundo de nuestro código penal, que corresponde al rubro "*Del Peligro del Contagio*". Para tener una mejor idea al respecto cito la siguiente tesis de la Octava Epoca:

⁽²⁶⁾ CASTELLANOS TENA FERNANDO, "LINEAMIENTOS ELEMENTALES DE DERECHO PENAL", Edit. Porrúa S.A., 1976. Pág.1165.

LESIONES Y PELIGRO DE CONTAGIO, DELITOS DE. NO COEXISTEN. (LEGISLACION DEL ESTADO DE VERACRUZ). El delito de lesiones previsto en el artículo 113 del Código Penal para el Estado de Veracruz, no puede coexistir con el de peligro de contagio, habida cuenta de que el artículo 138 del propio Código, establece: "al que padeciendo alguna enfermedad grave y transmisible ponga en peligro de contagio a otro,...", y si en el caso, se produjo el contagio, debe considerarse que éste fue el medio para originar las lesiones apreciadas al ofendido, por lo que no se puede estar en presencia, legalmente, de un concurso real de ilícitos. De ahí que la acumulación de las penas correspondientes a los delitos de lesiones y peligro de contagio, está en contravención del artículo 80. del mismo cuerpo de leyes, que contempla el principio de consumación, y, por lo tanto, en este aspecto la sentencia reclamada es violadora de garantías individuales en perjuicio del quejoso.

Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo IX - Febrero Página: 216

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO DEL SEPTIMO CIRCUITO

Amparo directo 308/90 Guadalupe Magaña de la Cruz. 29 de abril de 1991. Unanimidad de votos Ponente Omar Losson Ovando. Secretario Alejandro Gabriel Hernández Viveros.

3.1.2. EL ARTICULO 199 BIS DEL CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL-

El ARTICULO 199 bis. Antes de su reforma se encontraba de la siguiente forma -(penalidad y tipo básico del delito de peligro de contagio venéreo). El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio de salud de otro por medio de relaciones sexuales será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Cuando se trate de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido.

Después de ser reformado y publicado en el Diario Oficial de la Federación, de fecha 21 de enero de 1991 establece lo siguiente:

"El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de

otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.”⁽²⁷⁾

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.

Fue necesaria la reforma a este artículo ya que desde 1940, en que fue adicionado al título séptimo del libro segundo, no había sido reformado debido a que las circunstancias padecidas en relación a esta figura típica eran totalmente adecuadas a esa época, además es lógico asumir que el legislador no tenía en mente la tipificación del SIDA dentro de este delito. debido a que el SIDA es una enfermedad reciente que en ese tiempo no se conocía.

La reforma consistió en abrir un poco más al tipo de peligro del contagio, ya que inicialmente el artículo 199 bis tan sólo reconocía al delito de peligro de contagio sí se trataba de sífilis o de un mal venéreo.

Como se observa, de no haberse hecho la reforma en el Código Penal el SIDA hubiera quedado totalmente fuera dentro del tipo por las siguientes razones:

El tipo legal estaba referido a dos clases únicas de enfermedades: Sífilis o mal venéreo. El SIDA no está considerado como un mal venéreo específicamente. por lo que no se podría asimilar como tal ya que, si así se hiciera. caería en la aplicación analógica de la Ley penal, que se encuentra

⁽²⁷⁾ Código Penal, para el D.F., Edit. Porrúa, 57ª edic.1996. Pág. 53

expresamente prohibida por el artículo 14º de nuestra Constitución, el cual dice en su tercer párrafo:

En los juicios de orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía y aun por mayoría de razón, pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata.⁽²⁸⁾

Un mal venéreo, está relacionado siempre con la actividad sexual, tal como se desprende de la Interpretación gramatical de la expresión "*venérea*", y de la clasificación de las enfermedades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. Hay que recordar que el SIDA no sólo se contagia por contacto sexual, sino también ocurre por transfusiones de sangre, o por compartir agujas contaminadas etc., obviamente que si se pretendía incluir el peligro del contagio del SIDA en el art. 199 bis, antes de su reforma, hubieran quedado fuera muchos casos, con lo cual no se habría resuelto el problema de la prevención que interesa.

Ahora bien, en mi concepción a título personal, aún no me encuentro muy conforme con la reforma hecha al art. 199 bis, que no se encuentra una perfecta adecuación entre el tipo penal y el SIDA, esto aunado a lo siguiente:

El delito de peligro de contagio previene que la enfermedad se encuentre en periodo infectante. En el caso del SIDA, el virus se conserva indefinidamente en el cuerpo humano por lo que se podría decir que no se puede determinar cuando está en período infectante. Los últimos estudios realizados, aun no saben si existe un período dentro del VIH, de riesgo de contagio del SIDA, ya que los

⁽²⁸⁾ Constitución Política de los E.U.M. Edit Trillas, Sep. 1997, Pág.22.

profesionales de la medicina no determinan aun la etapa de posible contagio, de lo que resulta imposible que el enfermo tenga tal conocimiento.

Entonces retornando al art. 199 bis, para que se dé el delito en cuestión, se requiere de un doble conocimiento: el del mal que se sufre y el del periodo infectante todo lo cual equivale que en el caso del SIDA, siempre faltará uno de los requisitos de Tipicidad, lo que trae como consecuencia la permanente insatisfacción del tipo.

Cualquier interpretación legal que se haga de la enfermedad. será controvertida a mi punto de vista, ya que los mismos principios médicos relacionados con el SIDA aún no se encuentran suficientemente conocidos y valorados. Por estas razones y por lo anteriormente expuesto se podría decir que *el peligro del contagio del SIDA debe de ser más específico al respecto en la descripción del delito, por lo que significa que el bien jurídico salud, en su aspecto amplio no está protegido del riesgo o peligro del contagio que sí tiene en otros casos.*

3.1.3. DELITOS AFINES

El título décimo noveno, capítulo I . del libro segundo del Código Penal, bajo el rubro específico de **"lesiones"** en su artículo 288, dice que:

Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones. contusiones. fracturas, dislocaciones, quemaduras. sino toda

alteración en la salud, cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si los efectos son producidos por una causa externa.⁽²⁹⁾

Haciendo un planteamiento concreto, se podría afirmar que la cuestión se reduce a saber si el tipo de lesiones, con base en la idea general de que es lesión, toda alteración de la salud, permite recoger los casos de contagio del SIDA, sea cual fuere su medio de transmisión.

Para nuestra ley considero que no resulta tan complicado, el poder asimilar el problema del tipo de lesiones a la transmisión del padecimiento que nos ocupa, ya que el concepto de lesión que se maneja (*toda alteración de la salud*) es muy amplio, además de que con esta idea no existe limitación a las formas dolosa y culposa de presentación del tipo subjetivo. Además, al decir que *la alteración de la salud es constitutivo del delito "si los efectos son producidos por una causa externa"* parece no tener mayor dificultad ya que todas las formas de transmisión del VIH conocidas tienen una causa externa.

En realidad, si aceptamos que la ley penal, en lo relativo a la forma de presentación de las lesiones, permite el comportamiento doloso igual que el culposo, y dada la amplitud del concepto de la "alteración de la salud". el caso que nos ocupa puede y debe ser tratado como lesión.

Sin embargo, el principio de legalidad que hemos venido manejando exige que *haya una perfecta adecuación entre el caso concreto y la hipótesis normativa*, que es abstracta, al mismo tiempo que prohíbe aplicar la ley penal por analogía y aun por mayoría de razón.

⁽²⁹⁾ Código Penal, para el D.F., Edit. Porrúa, 57ª edic 1996. Pág. 88.

Si sostenemos que el tipo de lesiones, tal como está descrito actualmente en el artículo 288, permite tratar bajo ese rubro los contagios del SIDA es obvio que hemos de tratar una cuestión de más fondo para apoyar nuestro criterio. El punto a estudiar es si existe o no analogía en estos casos. Si la respuesta es afirmativa, estaremos ante la anticonstitucionalidad de la solución propuesta; en cambio, si es negativa, podremos ratificar que la ley penal puede tratar los casos que nos ocupan como constitutivos de lesiones, a consecuencia de esta, por lo que considero importante comentar el. **Delito de Homicidio**.- El SIDA es una enfermedad que lleva a la persona contagiada a la muerte. Se podría considerar como homicidio si tomamos en cuenta la definición que nos da el artículo 302 del Código Penal vigente: "Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro."⁽³⁹⁾ Pero si analizamos lo que expresa el artículo 303, en su fracción primera, nos daremos cuenta de que esto, es cierto debido a que el SIDA no causa la muerte directamente sino que la causan las infecciones que atacan al organismo y se encuentran indefensos para poder contrarrestarlos; además que la muerte se produce mucho tiempo después de haber contraído la enfermedad.

Artículo 304: "Para la aplicación de las sanciones que corresponden al que infrinja el artículo anterior, no tendrá como mortal una lesión, aunque se pruebe:

- I.-Que se habría evitado la muerte con auxilios oportunos ;
- II.-Que la lesión no habría sido mortal en otra persona y ;

⁽³⁹⁾ Código Penal, para el D.F. Edit. Porrúa. 57ª edic.1996. Pág.89.

III.- Que fue causa de la constitución física de la víctima, o de las circunstancias en que se recibió la lesión.⁽³¹⁾

En el caso de la fracción segunda la forma de actuar del SIDA se podría equiparar al siguiente ejemplo:

Dos ladrones asaltan a una persona y para que el asaltado no los siga lo dejan desnudo en el bosque. Dos horas más tarde el asaltado muere de pulmonía. En el ejemplo anterior lo que mató a la persona asaltada no fue el hecho de quitarle la ropa. sino lo que lo mató fue el frío que lo encontró indefenso y le causó pulmonía. Si ese día no hubiera hecho frío dicha persona no hubiera muerto.

En la fracción tercera de este artículo también es muy clara la razón por la que el contagio en caso de SIDA se podría considerar como homicidio ya que cuándo una persona contrae la enfermedad pasan varios años para que esta muera, o muchas veces en el caso de los seropositivos, se ha dado el caso en que no llegan a desarrollar la enfermedad, siendo únicamente transmisores o bien si la llegasen a desarrollar son sobre lapsos de 12 a 15 años. independiente de lo anterior, se esta cuasando una lesión que trae parejada la muerte de la persona.

Delito de revelación de secretos. Existen otros delitos previstos en el Código Penal que pueden ser relacionados con el VIH y SIDA. Dentro de estos está el artículo 210, en el rubro genérico de el tipo revelación de secretos el cual dice:

⁽³¹⁾ Código Penal.- Pág 90.

ART 210.-"Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo en favor de la comunidad. al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.³³

En este caso si fuera dentro de los parámetros que dice la ley, de quienes deben ser informados en caso de que la prueba de un sujeto resulte positiva, no caerá en la hipótesis que prevé el artículo 210. pero de no ser así, el Servidor Público o la persona a cargo del enfermo estará incurriendo en el delito de revelación de secretos. al dar a conocer a terceras personas dicho resultado.

Delito de abandono de personas.- Un aspecto que hay que tratar, es el que proviene de la negativa a proporcionar atención médica y paramédica a pacientes del SIDA. en todos los lugares donde se han presentado casos numerosos de víctimas de este padecimiento. se han dado una reacción parecida entre los médicos y demás personal hospitalario, en el sentido de evitar en lo posible el trato y el contacto con tales pacientes.

Esto ha propiciado que los pacientes se vean desatendidos y discriminados por quienes tienen la obligación de proporcionarles ayuda, auxilio y tratamiento. El fenómeno se ha presentado con actitudes vejatorias para el enfermo, quien sobre su enfermedad tiene aún que soportar los efectos negativos de tales comportamientos. no hay duda de que ciertos casos pueden caer en el tipo de abandono de personas que contiene el artículo 335, y que dice así:

³³ Código Penal.- Pág.56.

ART. 335.- "Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse por sí mismo o a una persona enferma, teniendo la obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión, si no resultara daño alguno, privándolo, además, de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido".³⁴

Cabe, además, la posibilidad de que se cause una lesión o la muerte, a consecuencia del abandono sufrido, en cuyo caso, estos resultados serán tenidos, para efecto de la pena, como causados en forma dolosa.

Cuando el paciente sea tratado en la forma antes expuesta en uno de los hospitales o centros de salud que sean de la administración pública o de un organismo descentralizado o una paraestatal, es claro que quienes ahí laboran tienen el carácter de servidor público, con lo que tal conducta puede caer en la figura de **abuso de autoridad** (artículo 215, fracción II), cometido por medio de vejaciones a las personas.

Asimismo, en otros casos, si varios servidores públicos toman la decisión de no proporcionar el servicio al que legalmente están obligados pueden caer en la figura de la coalición de servidores públicos.

3.2. EL SIDA EN EL DERECHO CONSTITUCIONAL.

El presente punto resulta a mi juicio muy controvertido, la aparición del SIDA, produjo un nuevo fenómeno social, ya que antes a los llamados grupos de riesgo se les toleraba o aceptaba, después de muchos años para la liberación de los tabúes de la sociedad y en cierta medida, de haber sido reprimidos.

³⁴ Código Penal.- Pág. 94.

empezaron a ser incluidos en todo tipo de actividades sociales sin restricciones o limitaciones provenientes de sus peculiares comportamientos sexuales. Hoy día estos mismos grupos son rechazados y marginados no sólo por la sociedad, sino que dentro de los grupos que ellos mismos integran se presentan posiciones de exclusión, debido a esto sufren cotidianamente violaciones a sus garantías individuales, las cuales les son negadas en muchas circunstancias, lógicamente sin un fundamento en la ley.

En nuestros días, la mayoría de los sistemas políticos admiten en forma oficial una doctrina sobre los Derechos Humanos, por este motivo, estos derechos aparecen en todos los textos constitucionales actuales. lo que no debe interpretarse como una prueba irrefutable de su efectiva realización. estamos en una época en que las declaraciones constitucionales de derechos y libertades tanto las nuevas como las antiguas son constantemente violadas.

Es así como ha llegado a ser una nota característica del Derecho Constitucional, la fijación de garantías, de orden jurisdiccional y procesal que complementan la declaración de los derechos humanos y promueven la efectiva realización de los mismos, lo que es tanto como reconocer que las sociedades son también susceptibles de gozar y disfrutar de las Garantías que la Constitución otorga.³⁵

³⁵ PÉREZ PALMA RAFAEL. "FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES DEL PROCEDIMIENTO PENAL", Edit. Cárdenas, México, 1980. Pág.119.

3.2.1. LAS GARANTIAS INDIVIDUALES Y EL SIDA

Nuestra Ley suprema ve a las Garantías Individuales como aquellos derechos subjetivos públicos o bien como los derechos que tiene todo gobernado, los cuales le son otorgados por ésta.

A quienes padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o bien son portadores del VIH, le son constantemente violadas las siguientes garantías:

1) El derecho a la educación artículo. 3º. Constitucional.- En el que destacaríamos que todo ciudadano tiene derecho a la educación impartida por el Estado entendiéndose a éste como: Federación. Estados. Municipios impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. "La educación primaria y la secundaria son obligatorias.....en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexo o de individuos....."³⁶ y por lo tanto sin discriminación alguna por el tema que nos compete. ya que en ninguna de sus ocho fracciones este artículo menciona que por enfermedad dicho derecho sea o tenga que ser negado.

Entonces nos cuestionaremos el porqué a muchos niños hemofílicos, una vez detectados como posibles portadores del VIH, les han sido cerradas las puertas de muchas de las escuelas tanto públicas como privadas. y más aún si se ha comprobado científicamente que el VIH, no se transmite por el contacto casual

³⁶ Constitución Política de los E.U.M. Edit. Trillas, sep. 1997, Pág.11-14

o cotidiano, como podría ser tomarse de la mano, compartir cubiertos, nadar en albercas públicas, etc

2) El derecho a la protección de la salud, artículo. 4o. Constitucional, en donde se destaca el acceso a los servicios de salud que muchas veces al enfermo de SIDA, o portador del VIH, sin saber si va a llegar a desarrollar o no la enfermedad, les son negado, dándolos como desahuciados, dejándolos morir en sus hogares.

Sí aún el moribundo goza de el Derecho a la protección de la salud, el enfermo de SIDA, sin haber caído en el cuadro clínico del moribundo, o siendo simplemente portador del VIH, también tendría que gozar que ese mismo derecho aunque fuera tomado como un moribundo en potencia

Esta actitud de negar atención médica a los enfermos de SIDA, (que es tipificada por nuestras leyes como delito) se debe a diversos factores:

- a) Los enfermos de SIDA son considerados un gasto sumamente alto e inútil, porque tarde o temprano van a morir.
- b) Los profesionales de la salud, se niegan a atender a los enfermos de SIDA por miedo al contagio.
- c) No se les otorga la entrada a los centros de salud, por no contar con la infraestructura necesaria para tomar todas las medidas de prevención.

3) Derecho a la información y libre manifestación de las ideas. Art. 6o. constitucional.- El garantizar la libertad de expresión y la información significa que las personas pueden expresar sus ideas con libertad, siempre y cuando no se

perjudique a la sociedad ; al mismo tiempo el individuo tiene derecho a estar enterado de todos los pormenores que suceden en la colectividad.³⁷ Este derecho en ocasiones les ha sido violado a los enfermos de SIDA o portadores del VIH por simples tabúes de la sociedad, en donde por éstos, se ha generado una desinformación sobre las campañas de educación.

4) Derecho de asociarse o reunirse, artículo. 9º Constitucional

Este derecho ha sido violado para los enfermos de SIDA, debido a que en ocasiones se han realizado marchas y manifestaciones con el fin de demandar medicamentos y atención médica accesible, en las cuales se han tenido que enfrentar con represiones por parte de las autoridades, el hecho de que ellos reclamen medicamentos o tratamientos a precios accesibles. con esto no se están atacando los derechos de terceros ni se perjudica a la sociedad, solamente manifiestan sus intereses, para que la autoridad tome las medidas conducentes al respecto.

5) Derecho a la libertad de prensa y a la libertad de imprenta Art. 7º

Constitucional. Estos derechos conferidos por nuestra ley fundamental a todo gobernado. de escribir y publicar escritos sobre cualquier materia y hacer uso de la libertad de imprenta, sin más límites que el respeto a la vida privada, a la moral y a la paz pública.

Sin embargo, dicha garantía es constantemente violada a los enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Portadores del VIH, publicando sus casos, sin consentimiento propio, afectándoles su vida tanto social, laboral y

³⁷ Constitución Política de los E.U.M. Edit. Trillas, Sep. 1997, Pág.19.

privada, por lo que resulta controvertido este tema debido a que son de interés público las causas y consecuencias de este virus.

6) Derecho a la garantía de audiencia y a la garantía de legalidad. Arts. 14° y 16° constitucionales.

La **garantía de audiencia**, constituye una de las más importantes dentro de cualquier régimen jurídico, ya que implica la principal defensa de que dispone todo gobernado frente a actos del poder Público que tienden a privarlo de sus más caros derechos y preciados intereses esta garantía de audiencia establecida en el Artículo 14° Constitucional está contenida en una fórmula compleja integrando cinco bienes jurídicamente tutelados:

I- **La vida** traducida como el estado existencia del sujeto, tutelando la existencia misma del gobernado frente a actos de autoridad que pretenda hacer de ella objetos de privación

II- **La propiedad**, visto como el derecho real, está protegida en la citada garantía en cuanto a los tres derechos subjetivos fundamentales que de ella se derivan: el uso el disfrute y el de disposición.

III.- **La libertad** ésta se prevalece por la garantía de audiencia como facultad genérica y natural del individuo consistente en la formación y realización de fines vitales y en la selección de medios tendientes a conseguirlos; y como facultad natural ostenta variados aspectos, constitutivos cada uno de ellos de facultades o libertades específicas, podemos concluir que la mencionada preservación constitucional se extiende a todas éstas sin contraerse a la libertad física, en donde respecto al tema que nos compete dicha libertad física no tendrá

por ningún motivo que ser violada frente a los enfermos de SIDA o portadores del VIH, que muchas veces sin respeto a la misma. son sujetos a experimentación y sometidos a exámenes obligatorios.

IV- La posesión, el problema de su preservación mediante la garantía de audiencia ha sido solucionado en forma análoga que la cuestión precedente, atenderá a la propiedad más se podría decir, que la posesión es un poder de hecho ejercido sobre una cosa por una persona pero, para que ese poder pueda considerarse como posesión, se requiere que quien lo desempeña pueda ejercitar todos. alguno o algunos de los derechos normalmente atribuibles a la propiedad

V- Los derechos es a través de éstos como la garantía de audiencia adquiere gran alcance tutelar en beneficio del gobernado. pues dentro de su connotación se comprende cualquier derecho subjetivo, sea real o personal.

Entendiendo como Derecho Subjetivo, a la facultad concedida por la norma jurídica objetiva, viendo a ésta como la fuente de los mismos o bien tomando la definición de Recaséns Siches³⁸, el derecho subjetivo en *stricto sensu* es aquella situación en que una persona se halla en una relación jurídica. en virtud de la cual se le atribuye por la norma, la facultad de exigir de otra persona el cumplimiento de cierto deber jurídico. Respecto al tema sociológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el paciente al ser diagnosticado como portador del VIH o paciente con SIDA tendrá en todo momento el derecho a exigir los derechos subjetivos que nuestra norma fundamental contiene, sin que se vean

³⁸ BURGOA ORIHUELA IGNACIO, "GARANTÍAS INDIVIDUALES", Edit Porrúa, 1988. México
Pág. 541-542

mercados por su padecimiento o enfermedad y a exigir como deber jurídico el ser respetado sin restricción alguna.

La Garantía de legalidad.- Pone a la persona a salvo de todo acto de mera afectación a su esfera de derecho que no sea arbitrario, es decir, que no esté basado en norma legal alguna sino contrario a cualquier precepto, independientemente de la jerarquía o naturaleza del ordenamiento a que éste pertenezca.

Cuando se trate de actos de mera afectación de índole materialmente administrativa y no de privación en sentido estricto. ni de actos jurisdiccionales penales o civiles. las garantías condicionantes son las consagradas en la primera parte del artículo 16° Constitucional, que contempla actos de molestia. Conforme al artículo de referencia. el acto de molestia, condicionado por las garantías que dicho precepto contiene. afecta a la persona jurídica en caso de que le restrinja la capacidad de ejercicio. es decir. la capacidad imputable al individuo, consistente en adquirir derechos y contraer obligaciones.

La exigencia de fundar legalmente todo acto de molestia impone a las autoridades diversas obligaciones, que se traducen en las siguientes condiciones:

I En que el órgano del Estado del que tal acto provenga, esté investido con facultades expresamente consignados en la norma jurídica (ley o reglamento) para emitirlo.

II. En que el propio acto se prevea en dicha norma.

III En que su sentido y alcance se ajusten a las disposiciones normativas que lo rijan

IV. Que en el citado acto se contengan o derive de un mandamiento escrito, en cuyo texto se expresen los preceptos especificados que lo apoyen.³⁹

Cuando el artículo 16, de nuestra Ley Suprema previene que nadie puede ser molestado en su persona, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad competente que funde y motive causa legal del procedimiento, se trata de que la autoridad justifique legalmente sus proveídos haciendo ver que no son arbitrarios. sin embargo, los enfermos de SIDA o portadores del VIH. se han cometido en contra de éstos, actos de autoridad infundados y arbitrarios. En el caso de la comunidad homosexual se les han cerrado sus centros de reunión sin ninguna justificación y averiguación previa acusándolos de ser portadores del VIH y transmisores de éste. Podría decir que mientras estos grupos acaten todas las medidas de prevención, que la ley contempla, aun siendo portadores del VIH, no podrán ser molestados por su padecimiento o enfermedad, sino tan solo por actos que no incumben a ésta.

3.3 EL SIDA EN EL DERECHO LABORAL

El Derecho Individual del Trabajo. En relación con el tema que nos ocupa es importante, primero, saber que entendemos por derecho individual de trabajo, el profesor Néstor de Buen, lo define como *el conjunto de normas jurídicas relativas a la prestación del trabajo personal subordinado y remunerado*⁴⁰

Los elementos de la relación de trabajo se encuentran señaladas en el artículo 20, de la Ley Federal del Trabajo, cuando en su primer párrafo afirma "se

³⁹ BURGOA ORIHUELA IGNACIO.- Op Cit. Pag 597.

⁴⁰ NÉSTOR DE BUEN L. "DERECHO DEL TRABAJO", Edit. Porrúa, 10ª edic. México, 1994. Pág.29.

entiende por relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona, mediante el pago de un salario"⁴¹

De acuerdo a esta definición podrían destacarse los elementos subjetivos; Trabajador y Patrón, los elementos objetivos; La prestación de un trabajo personal subordinado y el pago de un salario.

En el artículo 21. de la Ley en la materia, dispone "se presumen la existencia del contrato y de la relación de trabajo entre el que presta un servicio y el que lo recibe" de lo antes expuesto su antecedente fundamental es el artículo 123 Constitucional, al establecer que "toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la Ley". Por lo cual se protege a todos los individuos por igual, y no se debería de sufrir discriminación de ningún tipo, cuando se solicita un empleo, no puede ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección, es importante resaltar que si el sujeto tiene VIH o ha desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que pueda ser despedido de su empleo.

Se conocen hasta ahora 3 tipos de examen que son realizados por el personal, de salud para la detección del VIH.

El primero es el **examen obligatorio**, que en nuestro país se ha aplicado únicamente para empleados del ejército; el segundo es el **examen condicional**, éste se ha establecido para tener ciertas prestaciones de servicios, por ejemplo:

⁴¹ TRUEBA URBINA. "Ley Federal del Trabajo". Edit. Porrúa, S.A., 62ª edic. México, 1994. Pág.33.

para la licencia matrimonial, para la compra de un seguro, éste último en ciertos casos.

Y el tercero y último es el **examen voluntario**, es aquél en que el propio particular va a que se lo realicen por consentimiento propio

La persona que sea sometida a examen o quiera ser sometida. deberá entregar un escrito al empleado de salud para que éste a su vez en caso de resultados positivos pueda informar de los efectos tanto de la prueba como de las consecuencias del padecimiento

3.3.1 LA ESTABILIDAD EN EL EMPLEO

Es importante hacer referencia al artículo 42.- de la Ley Federal del Trabajo y tomando en cuenta para el tema en cuestión las fracciones I y II, el que a la letra dice : son causas de suspensión temporal de las obligaciones de prestar servicio y pagar salario sin responsabilidad para el trabajador y el patrón :

I.- La enfermedad contagiosa del trabajador

II.- La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo.

En el caso de los enfermos de SIDA, o portadores del V.I.H. la suspensión temporal de su relación de trabajo por enfermedad contagiosa no procederá mientras el desempeño de su profesión o trabajo no implique un riesgo de transmisión o infección del V.I.H ya que esta enfermedad no se transmite por simple contacto casual.

Por otro lado, la persona que ha llegado a desarrollar la enfermedad. su incapacidad temporal por enfermedad se alarga, al grado de rescindir por ésta la

relación de trabajo, ya que en ocasiones su detrimento en las funciones físicas y mentales llega a ser tal que en poco tiempo le provoca la muerte, pero con lo que respecta al artículo 46 y 47 de la Ley Federal del Trabajo, el enfermo de SIDA o portador de V.I.H no podrán rescindir su relación laboral por la enfermedad en cuestión, ya que en ninguna de las fracciones del artículo 47, contempla como causa de suspensión definitiva el hecho de padecer alguna enfermedad incurable, lo que sí podría decirse es que la terminación de la relación laboral procede ante la incapacidad permanente del trabajador o en caso de muerte del mismo sin que caiga en ninguna de las causales de rescisión que enumera el citado artículo, dependiendo del caso se procederá a la incapacidad total o parcial del trabajador si la incapacidad es total tendrá derecho a la indemnización correspondiente.

3.4. EL SIDA EN EL DERECHO CIVIL

En materia de Derecho Civil se presentan diversas cuestiones, que derivan del análisis de la responsabilidad civil que se tiene en materia de reparación del daño que dadas las características de esta enfermedad, requieren de alguna reflexión y análisis.

El art. 1910, del Código Civil para el D.F.- establece "El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima."⁴²

¿En que momento debemos entender por daño, el detrimento o menoscabo no solamente de naturaleza patrimonial, sino también personal? Pero legalmente

⁴² Código Civil para el D.F.-Op.Cit Pág.211.

el daño no se entenderá, mientras no exista o se dé incapacidad total o parcial, luego entonces ¿qué sucede si la persona dañada en relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida resulta ser sintomático, o sea que tiene la posibilidad de llegar a desarrollar la enfermedad en un periodo muy largo de tiempo o bien no llegar a desarrollarla y ser simple transmisor del VIH ?

Dice la Legislación que se causa el daño en el momento en que el sujeto afectado sufre el menoscabo, pero la doctrina y la ley vigente dicen que el daño no se puede prolongar de forma indefinida, donde el término de prescripción es de 10 años luego entonces para una persona asintomática que después de 11 ó 12 años. hemos visto que se ha dado el caso que llega a desarrollar SIDA. no existe protección jurídica ya que no puede exigir ninguna responsabilidad civil o reparación del daño porque éste ya prescribió para el caso mencionado. si lo vemos desde ese punto de vista en la actualidad se han presentado controversias en las cuales ha tenido que intervenir el Poder Judicial y estando de conformidad con ello, me permito citar el criterio de los Tribunales Colegiados de Circuito. Novena Epoca:

DAÑO MORAL. PRESCRIPCION PARA EJERCITAR LA ACCION DE INDEMNIZACION POR CONTAGIO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH O HIV O SIDA). Ante la imposibilidad material y legal para determinar la fecha exacta en que se produce el contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV o SIDA), esto es, aquella en la que se ocasiona el daño a que se refiere el artículo 1934 del Código Civil, debe estarse a aquella en que el demandante tenga conocimiento de que se le causó esa afectación, lo que servirá de base para determinar a partir de que momento comienza a correr el término para la prescripción de la acción de la indemnización del daño moral por contagio, prevista en el artículo 1916 del mismo ordenamiento legal invocado.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo I, Mayo de 1995 Tesis 18o C 11 C. Página 355

OCTAVO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO

Amparo directo 57494 Petróleos Mexicanos 2 de marzo de 1995. Unanimidad de votos Ponente Guillermo Antonio Muñoz Jimenez Secretano Benito Alva Zenteno.

Por otra parte, conforme a nuestra Legislación en principio el producir contagio con SIDA no coincide ser un daño, salvo que se haya actuado como agente de contagio, donde si se tiene la responsabilidad civil porque tenía el previo conocimiento de ser portador del VIH, y por negligencia o dolo fue transmitido. Aquí si debe de indemnizarse a terceros.

La reparación del daño se establece en el Art. 1915 del Código Civil donde nos dice: "La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total o permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del trabajo"⁴³ Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere una asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición, salvo convenio entre las partes.

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del Art. 267 de este Código, vemos que nuestro entorno legal en materia Civil vigente no resuelve

⁴³ Código Civil para el D.F., 2ª edición, Tribunal Superior de Justicia de D.F., 1993, Pág.212.

sobre todos los casos que se presentan de infección por SIDA, ya que algunos quedan fuera de toda responsabilidad. porque legalmente se dice que no será responsable el que desconoce tener el VIH y lo contagia, por lo tanto ¿dónde queda la seguridad jurídica no sólo de la comunidad sino de cada persona ?

Para finalizar revisaremos el título quinto de nuestro Código Civil, que nos habla "Del matrimonio"; en donde en su capítulo II, nos expone los requisitos para contraer matrimonio.

En su Art. 156. se señalan los impedimentos para celebrar el matrimonio. y nos dice:.-Son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio:

Fracción VIII, las enfermedades crónicas e Incurables. que sean además. contagiosas o hereditarias⁴⁴. Retomando nuestro tema vemos que un enfermo de SIDA. o portador del VIH, por su padecimiento tendrá imposibilidad de acuerdo a la ley de celebrar el contrato de matrimonio, se entiende por ende un Derecho Universal, que es el derecho vinculado a la Ley, de celebrarlo o formar una familia. la cual se contrapone con lo previsto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Asimismo, va a ser considerado el padecer SIDA, o ser portador del VIH, como una *causa de nulidad del matrimonio* por lo establecido en el Art. 246, que nos dice: la nulidad que se funde en algunas de las causas expresadas en la fracción VIII del Art. 156, sólo puede ser pedida por los cónyuges dentro del término de sesenta días, y contados desde que se celebró el matrimonio

⁴⁴ Código Civil para el D.F., 2ª edición, Tribunal Superior de Justicia de D.F., 1993, Pág 23.

Aquí nos enfrentamos en un grave problema, este artículo, determina un plazo de sesenta días, para que la nulidad pueda proceder y si es pedida por alguno de los cónyuges, más en el caso del SIDA, si el padecimiento se presenta inmediatamente después de haber sido contagiado suele tardar un mínimo de 10 semanas. lo cual estaríamos excediéndonos del término previsto por la ley y no procedería.

La ley contempla en su Art. 267 otra posibilidad de disolver el vínculo del matrimonio diferente a la anteriormente expuesta y nos dice Art. 267:

Son causales de divorcio:

Fracción VI. Padecer Sífilis, Tuberculosis o cualquier otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además, contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio;⁴⁵, prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria.

La Ley General de Salud concede especial atención a los derechos de los usuarios de los servicios de salud y a la participación de la comunidad, de tal manera que se establezcan los eslabones necesarios al interior del Sistema Nacional de Salud. Establece la Ley que los usuarios tendrán derecho a obtener prestación de servicios de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, artículo 51, de la Ley General de Salud.⁴⁶

⁴⁵ Código Civil.- Op.Cit. Pág. 35.

⁴⁶ Ley General de Salud, Edit. Libros Económicos, México, 1990, Pág. 26.

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

De lo anterior resulta que la comunidad podrá participar en los servicios de salud a través, entre otras acciones, de la promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, pudiendo intervenir también en programas de prevención de enfermedades (art. 57 y 58).⁴⁷

3.5 EL SIDA EN LA LEY GENERAL DE SALUD

El 22 de mayo de 1986, se publicó en el Diario Oficial la Norma Técnica para la disposición de sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos.⁴⁸

En esta norma se hace obligatoria la prueba para detectar contaminación por VIH. Esto con el objetivo de tener un mayor control de la sangre humana y sus hemoderivados.

En mayo de 1987 se realizaron nuevas reformas y adiciones a la Ley General de Salud en sus artículos 134, 136, 332, 333, 365 fracción sexta, 462 fracción segunda y 452 bis, que fueron publicados en el Diario Oficial el 27 de mayo de 1987 y que son las siguientes:

1. Se adiciona el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica:

⁴⁷ Ley General de Salud, Edit. Libros Económicos, México, 1990. Pág. 27.

⁴⁸ Diario Oficial de la Federación, 22 de mayo de 1986. Pág. 5.

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

XIII Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).⁴⁹

2. Se ordena la notificación inmediata de los casos en los que se detecte la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o de anticuerpos al mismo:

Artículo 136. "Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifiquen:

Fracción II Inmediatamente, en los casos de cualquier enfermedad que se presente en forma de brote o epidemia.

Fracción IV En un plazo de veinticuatro horas, de los primeros casos individuales de las demás enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.

Asimismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en algunas persona. El cumplimiento de esta disposición es sancionable con multa equivalente hasta 20 veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate art. 419, también están obligadas a dar aviso:

⁴⁹ Diario Oficial.- Op.Cit. Pág. 8.

Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, entre ellas el SIDA, posteriormente a su diagnóstico o sospecha de diagnóstico art. 137.⁵⁰

Asimismo están obligados a dar aviso a las autoridades sanitarias los jefes o encargados de laboratorio, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y, en general toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de un caso de SIDA (art. 138).⁵¹

En México la vigilancia epidemiológica pasiva de la infección por (VIH) se ha basado en la notificación obligatoria. Estas medidas han permitido que las autoridades competentes tengan información reciente sobre el número de casos de personas contaminadas y así poder enfrentar este problema de salud pública.

Los resultados obtenidos han brindado apoyo a las decisiones oficiales relacionadas con la elaboración de normas y medidas preventivas a distintos niveles, con la planeación y evaluación del impacto de la epidemia en la sociedad.

En México se han adoptado medidas para mejorar la Infraestructura, diagnóstico y la evaluación de programas de control, se suprime la posibilidad de obtener sangre proveniente de personas que la proporciona remuneradamente.

⁵⁰ Ley General de Salud, Edit. Libros Económicos, México, 1990, Pág. 56.

⁵¹ Idem.

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

En México durante 1986, se transfundieron más de 700,000 unidades de sangre; 70% de ellas procedían de donadores voluntarios y 30% de donadores pagados. La seroprevalencia de VIH en 1986, fue de 0.1% en donadores voluntarios y de 7% en donadores pagados. Después de la implantación de estas medidas mencionadas, la prevalencia de seropositividad, ha disminuido a 0.4%. Se incluye como conducta ilícita específica el comercio de la sangre:

Artículo 462. "Se impondrán de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigentes en la zona económica de que se trate:

I.-Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos, cadáveres o fetos de seres humanos y

II.-Al que comercie con órganos, tejidos incluyendo la sangre, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se le aplicará, además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional. técnico auxiliar y hasta cinco años más, en caso de reincidencia."

Artículo 462 bis. "Al responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres que permita alguno de los actos a que se refieren las fracciones I y II del artículo anterior o no procure impedirlos por los medios lícitos que tenga a su alcance, se le impondrá

de tres a ocho años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general, vigente en la zona económica de que se trate. Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se le aplicará, además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más, en el caso de reincidencia.

Estas medidas tomadas por la Secretaría de Salud que forman parte del Programa Mundial del SIDA (PMS) dirigido por la Organización Mundial de la Salud. Actualmente 177 países del Mundo se han unido a este programa y se ha visto que ha tenido buenos resultados a nivel mundial.

En el caso de México, considero que estas medidas fueron tomadas un poco tarde, y que de haberse hecho antes podrían haber prevenido varios casos de enfermos infectados por medio de transfusión sanguínea o por transplante de órganos y tejidos infectados. El primer caso de SIDA en México fue notificado en el año de 1981, y estas medidas fueron tomadas en 1986 y posteriormente en 1987, lo que dejó a la población cinco años sin ninguna protección ante este mal. También hay que tomar en cuenta que en esos cinco años, creció el número de casos notificados, sin contar los casos de las personas que son portadoras y que lo ignoran, es decir, que no se sabe con certeza la cantidad de personas que en realidad fueron infectadas.

3.5.1. EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con la adición de un párrafo tercero al artículo 4º Constitucional se establece la garantía social del derecho a la protección de la salud. esta garantía

social es un compromiso pragmático de gobierno con el que el Estado adquiere la responsabilidad de fincar mayores esfuerzos para lograr la universalidad en la prestación de servicios básicos de salud, como parte de los propósitos de mejoramiento social. El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social⁵².

La asistencia constituye una de las primeras expresiones de la solidaridad social para aligerar los efectos de la indigencia.

Asimismo significa una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad en su conjunto y los individuos, para lo cual se hace necesario articular las acciones de los elementos involucrados. Al incluir los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud, no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino adquiere rango propio y autonomía incorporándose a los derechos sociales.

Para ello la Ley General de Salud desarrolla las bases de un Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. De esta manera el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto Federal como Local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

Para contrarrestar la epidemia del SIDA se requiere no solamente de la acción decidida de una dependencia de gobierno, sino del concurso y

⁵² SOVERÓN ACEVEDO GUILLERMO, "Derecho Constitucional a la protección de la Salud" Pág. 1545.

coordinación de los elementos que conforman El Sistema Nacional de Salud. Esta responsabilidad de coordinación corresponde a la Secretaría de Salud.

Entre otros objetivos, el Sistema Nacional de Salud tiene como función 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, y coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y aptitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

En este sentido tuvo lugar la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA coordinado por la Secretaría de Salud e integrado por las instituciones del Sector, otras dependencias del Gobierno Federal y representantes de los sectores social y privado, en tanto que los aspectos regionales del problema han sido materia del Consejo Nacional de Salud integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal y por los titulares de las dependencias estatales responsables de los servicios en la esfera local.

El Comité Nacional de Prevención del SIDA evolucionó, por la magnitud y complejidad del problema y la necesidad de impulsar el programa, hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud llamado:

El Consejo Nacional para la prevención del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas CONASIDA. En este organismo están representadas diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado con el objeto de promover la interacción de

todos ellos para que las medidas adoptadas frente al padecimiento abarquen, a todos los sectores, y sean de carácter unitario⁵³.

3.5.2 COMPETENCIAS SANITARIAS

La ley general de salud precisa el contenido básico de la salubridad general y reparte la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas, retornando al carácter concurrente que originalmente se propuso el Constituyente de Querétaro. De lo anterior resultan tres modalidades normativas que forman parte de un todo sistemático: La salubridad general que se reserva la Federación, la salubridad general que corresponde, de manera coordinada con la autoridad sanitaria Federal a las entidades federativas, y la salubridad local, las dos primeras se rigen por la Ley General de Salud y la última por la Legislación local y Reglamento de ésta y los Bandos de Policía y Buen Gobierno.

De lo anterior resulta que el control sanitario de las disposiciones de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos y la sanidad internacional, son materia de salubridad general reservada a la Federación, y en las cuales las Entidades Federativas pueden participar en la realización de acciones a través de acuerdos de coordinación.

La prevención y el control de enfermedades transmisibles es materia de salubridad general concurrente en la que corresponde al Gobierno Federal su reglamentación y normatividad técnica, y a los Gobiernos de la Entidades

⁵³ SEPULVEDA AMOR JAIME, "Sida, Ciencia y Sociedad en México", Fondo de Cultura , 1989, Pág. 25.

Federativas la ejecución de los programas con la Aportación de recursos de ambas esferas de Gobierno.

Las materias de salubridad local son determinadas por las Entidades Federales sin obstruir la competencia federal, por lo cual las legislaturas locales han incluido, entre otras y en algunos casos, el control sanitario de la prostitución.

Conforme a la Ley General De Salud, son autoridades sanitarias, el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas. Las leyes locales de salud determinan que son autoridades sanitarias estatales el Ejecutivo del Estado, la dependencia de la Administración Pública competente y los Ayuntamientos.

En este orden de ideas y en relación al control de la epidemia del SIDA, corresponde:

Al Ejecutivo Federal, reglamentar la Ley General de Salud en materias de salubridad general, como es el caso de los reglamentos de sanidad internacional y de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Al Consejo de Salubridad General, entre otras atribuciones, le compete dictar disposiciones generales de carácter obligatorio en el País, adicionar las listas de las enfermedades transmisibles prioritarias formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas, conforme a lo cual en 1986 el Consejo resolvió que el SIDA es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y la obligación de informar a las autoridades sanitarias sobre los casos en que se

observara la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de sus anticuerpos.

A la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud, le corresponde establecer y conducir la Política Nacional en la materia, coordinar los programas y servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud e impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.

Asimismo le corresponde dictar las Normas Técnicas a que debe quedar sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general y vigilar su cumplimiento, así como ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general.

A los Gobiernos de las Entidades Federativas, además de establecer y reglamentar las materias de salubridad local, les corresponde en materia de salubridad general planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, programas locales de salud, elaborar la información estadística local y vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y de las disposiciones que de ella deriven.

A los Ayuntamientos, corresponde de conformidad con lo que establezcan las leyes locales, asumir las funciones que en materia de salubridad local y concurrente se les confiera, establecer y operar instituciones asistenciales y de salud, formular y desarrollar programas municipales de salud y vigilar y hacer cumplir la legislación en materia de salud, así como para expedir circulares y

disposiciones administrativas jurisdiccionales, de acuerdo a las bases normativas que establezcan las legislaturas de los estados.

3.5.3. LA EPIDEMIA DEL SIDA Y LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El factor fundamental de combate y atención a las consecuencias de la epidemia del SIDA está en los servicios de salud que la ley de salud define como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, art. 23⁵⁴

La propia Ley General de Salud clasifica los servicios en tres tipos: la atención médica, la salud pública y la asistencia social (art 24), que ante una epidemia de esta naturaleza se ven necesariamente interrelacionadas.

Para los efectos del derecho a la protección de la salud la ley considera servicios básicos de salud, entre otros, los referentes a la educación para la salud y la contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio

Por otro lado creo que es necesario incluir en todo examen prenupcial la prueba de ELISA, prueba que sirve para la detección del VIH, o bien para la detección de anticuerpos creados en contra del VIH, que estos se forman, si alguna vez se ha estado en presencia del VIH, sin habelo contraído, ya que es de vital importancia poder estar al tanto de esta epidemia desde cualquier punto que nosotros o las autoridades consideren importante para su prevención.

⁵⁴ Ley General de Salud, Edit Libros Económicos, México, 1990, Pág. 18

3.5.4 CUESTIONES ETICAS, SOCIALES Y JURIDICAS EN LA BUSQUEDA DE UNA POSIBLE VACUNA CONTRA EL SIDA

Los principios de orientación general que han de tomarse en cuenta en las pruebas internacionales de posibles vacunas contra el SIDA y la infección por el VIH deben ajustarse a la Asociación Médica Mundial y a las Directrices Internacionales, propuestas para las investigaciones biomédicas con participación de seres humanos. Sin embargo, el desarrollo de posibles vacunas plantea consideraciones éticas, sociales y jurídicas especiales, que requieren aclaraciones y explicaciones adicionales.

Aunque algunos temas que se tratan en el presente documento, se estima necesario preparar principios orientadores internacionales más detallados para los ensayos de posibles vacunas, que estarán a cargo de grupos de trabajo especialmente en los que se haga referencia especial a las necesidades y capacidades de los países, seguirán desempeñando los desarrollados y en desarrollo, en los trabajos destinados a reparar tales directrices, la Organización Mundial de la Salud tiene la función rectora.

Aspectos Éticos.- El desarrollo de vacunas se efectúa en fases que requieren la adopción de decisiones y enjuiciamientos basados en factores científicos, prácticos y políticos, así como en cuestiones éticas. En tal virtud no es factible establecer una sola fórmula para tales decisiones, que sólo pueden adaptarse sobre la base de las circunstancias, prioritarias en un determinado momento. Es el momento oportuno para debatir el problema del paso a los estudios clínicos preliminares de las posibles vacunas en seres humanos, en

particular porque tales ensayos han empezado ya en algunos países. Existe una continuada discusión sobre cómo deben avanzar ahora los trabajos. Sin embargo, los ensayos de vacuna contra el SIDA deben ajustarse a tres principios éticos fundamentales de la investigación biomédica en seres humanos: *beneficio, justicia y autonomía*. En las citadas direcciones internacionales se encuentran orientaciones autorizadas sobre la aplicación de tales principios que se señalan a continuación algunas opiniones de la reunión consultiva sobre ciertas cuestiones concretas no tratadas específicamente en dichas orientaciones

Beneficio.- Se refiere a la obligación de no perjudicar, con un aumento al máximo de los beneficios y una reducción al mínimo de los riesgos. Así, el grado de confianza en la eficacia debe aumentar al pasar de la fase I a la fase III. Por otra parte, deben establecerse por anticipado directrices que determinen cuando hay suficiente confianza en la eficacia para interrumpir los ensayos clínicos y recomendar el uso general de la vacuna.

Justicia.- Exige la repartición equitativa, entre la población, de los riesgos implicados, y de los beneficios que se derivarán de la investigación. La población en la que se ensaya la vacuna tiene derecho a la prioridad absoluta en la aplicación de la vacuna después de establecidas su inocuidad y su eficacia.

La autonomía.- Exige que los sujetos sean tratados como individuos libres e independientes y que se les conceda la oportunidad de elegir libremente si desean participar o no en la investigación, el consentimiento informado requiere como mínimo una exposición completa de las finalidades, los riesgos, las ventajas y las opciones, debe señalarse claramente cualquier limitación en la posibilidad

de proteger el carácter confidencial. Aunque los procedimientos de consentimiento deben adaptarse a las costumbres culturales, ha de existir siempre el requisito de pedir el consentimiento a cada individuo participante. En grupos tales como militares y los presos, resulta especialmente necesario asegurar a los sujetos que tienen libertad para rechazar el consentimiento retirarse sin perjuicio, en ciertas condiciones, el pago a un individuo por participar en un ensayo clínico es compatible con la autonomía

Cuestiones sociales .- Los ensayos de vacunas contra la infección por el VIH y SIDA difieren notablemente de la mayoría de los restantes ensayos clínicos en el sentido de que llevan consigo un notable riesgo de discriminación o perjuicio social. Por consiguiente, los investigadores responsables de pruebas deben examinar los riesgos sociales asociados a la participación de las pruebas de vacunas antes de comenzar la planificación detallada. en todas las fases de la planificación deben prestar igual consideración a las consecuencias sociales adversas y a los posibles efectos médicos desfavorables de la vacuna en curso de examen.

La discriminación y el perjuicio social pueden plantearse en distintas etapas del ensayo. en particular en el momento de ofrecerse voluntariamente para participar. de recibir consejos antes de someterse a las pruebas de anticuerpos VIH. y después de adquirir la posibilidad a los anticuerpos VIH como resultado de la inmunización.

La discriminación puede surgir de la ignorancia o los prejuicios, por ejemplo. hostilidad de los vecinos o dificultades que se enfrentan para mantener u

obtener un empleo. En otras circunstancias, la discriminación puede proceder de organizaciones por ejemplo, compañías de seguros que rechazan el establecimiento de un seguro de vida y autoridades, los servicios de inmigración de algunos países rechazan la entrada.

Es necesario establecer estrategias para reducir al mínimo el daño social que pueden sufrir los participantes en los ensayos de vacunas contra el VIH y que resultará de la discriminación, esas estrategias incluirán probablemente.

1.- El establecimiento como condición indispensable del ensayo que se disponga de pruebas de laboratorio fiables para distinguir entre las respuestas inmunitarias debidas sólo a la vacuna y las respuestas inmunitarias causadas por la infección natural con el V.I.H., o la inmunización seguida de la infección natural.

2.- La obtención de garantías de Entidades tales como las que representan a las compañías de seguros de que aceptarán datos del tipo de los mencionados en el anterior punto.

3.- La seguridad de que puedan brindar los investigadores responsables de los ensayos, mismos que estén dispuestos a proporcionar información confidencial acerca de cualquier participante en el ensayo a un organismo exterior, a petición del propio participante.

4.- El mantenimiento de un registro confidencial de las personas que participan en los ensayos de vacunas contra el VIH y de documentación que explique su situación respecto al mismo, deben ofrecerse a los participantes en el ensayo tarjetas de identidad confidenciales, el mantenimiento de todos los

registros de ensayos, mientras vivan los participantes, en condiciones de seguridad adecuada;

5.- La posibilidad de promulgar una legislación contra la discriminación, en todas las fases de la realización de los ensayos debe tenerse en cuenta la necesidad de dar consejo antes de la inscripción; proporcionar información sobre el SIDA y el VIH; facilitar consejos sobre el modo de evitar el comportamiento de riesgo; proporcionar información respecto al ensayo, a sus finalidades y a lo que se requerirá de los participantes: cuidar de que los participantes comprendan el riesgo de discriminación social. evaluar la elegibilidad de los participantes frente a criterios previamente establecidos, responder a preguntas que ayuden a las personas a solucionar sus preocupaciones.

Después del ensayo, la disponibilidad continuada para las consultas, el consejero, en asociación con el investigador principal, tendrá que determinar si un posible participante ha comprendido suficientemente las cuestiones planteadas y puede dar un consentimiento plenamente informado para participar en el ensayo⁵⁵.

Las personas seropositivas que no reúnan las condiciones de participación en los ensayos recibirán el mismo tipo de consejos que los individuos que resulten positivos en otras circunstancias. en lo posible debe evaluarse la efectividad de los consejos; en el curso de los ensayos es necesario pedir asesoramiento sobre la metodología a expertos idóneos en la etapa inicial los preparativos para esa evaluación pueden empezar ya, en la fase III de los

⁵⁵ CONASIDA. Revista mensual, septiembre 1989. Pág.754.

ensayos debe mantenerse el apoyo para evitar el comportamiento de riesgo, aunque esta acción reducirá la incidencias de la infección del VIH en la población del ensayo, no sería realista esperar que sea totalmente eficaz, de modo que en la población de estudio es probable que siga existiendo cierta tasa desmesurada de infecciones nuevas.

Cuestiones Jurídicas.- En la actualidad existen en algunos países, varios organismos oficiales que efectúan las pruebas, la concesión de licencias y la reglamentación de las posibles vacunas, se ocupan también de los derechos y responsabilidades de todos los implicados en el desarrollo, la investigación y la distribución de vacunas, así como de los sujetos humanos de la investigación y de los receptores de una vacuna en el caso de las posibles vacunas, la legislación existente tal vez proporcione a los receptores de la vacuna de protección ligeramente inferior de la que pueda considerarse conveniente conforme a los principios éticos. Será necesario como mínimo asegurar el cumplimiento de la legislación existente referente a cuestiones administrativas, reglamentarias, contractuales, constitucionales, de seguros, penales y otras en algunas situaciones tal vez convenga dictar una legislación nueva o modificar la existente en el caso de que las leyes actuales no puedan aplicarse con facilidad para proteger a las personas vacunadas.

Entre los principios jurídicos de importancia para el desarrollo y la distribución de vacunas, figuran los que rigen la realización de ensayos clínicos y las normas para que las vacunas reciban la licencia correspondiente. puede ser útil examinar los deberes y funciones de los comités de revisión de las

investigaciones en los países patrocinadores y en los países que pueden acoger los ensayos para tener la seguridad de que están al tanto de las consecuencias de sus decisiones.

En cualquier ensayo clínico de una posible vacuna, los fabricantes, los patrocinadores y los investigadores deben mantener la confidencialidad, es preciso examinar la legislación y las reglamentaciones de los países participantes para tener la seguridad de que se mantendrá el carácter confidencial.

La confidencialidad consiste en asegurar la protección contra la discriminación de las personas que participan o están pensando participar en los ensayos clínicos de la vacuna. pueden hallarse salvaguardias adicionales en las leyes destinadas a proteger a las personas contra la discriminación, puede verse desalentada la participación en los ensayos de vacunas. el segundo factor jurídico decisivo que determina los avances en los ensayos clínicos de las vacunas consiste en establecer disposiciones para indemnizar las lesiones sufridas por los participantes en los ensayos. la reunión consultiva estimó que deberían aplicarse dos principios:

- 1) La adopción de directrices que dispongan el pago de indemnizaciones a los participantes en el ensayo clínico cuando se establezca la relación causal entre la lesión y el ensayo, la negligencia no debe considerarse un factor. Como se pide en las propuestas directrices del participante, debe ser plenamente indemnizado por la incapacidad temporal o permanente, incluyendo los gastos médicos y asociados y el reembolso de los sueldos perdidos en el curso de la incapacidad. en los tribunales pueden pedirse el pago de una indemnización por

daños y perjuicios cuando se hayan demostrado errores en la conducción del ensayo.

2) El establecimiento de un fondo, de carácter nacional o internacional, que asegure que los participantes dispondrán de una indemnización en el caso de que el sistema jurídico/administrativo no la proporcione de otro modo, se estima que este enfoque de la indemnización disminuirá la preocupación por la responsabilidad de los fabricantes, las personas y cualesquiera organizaciones que produzcan vacunas contra el SIDA⁵⁶.

La organización mundial de la salud desarrolla importantes funciones de asesoramiento e información respecto a la introducción de vacunas en las distintas fases de los ensayos clínicos. Entre esas funciones figuran el examen de los protocolos para los que se pide el patrocinio de la OMS, el examen de los protocolos según petición de los Estados miembros y el desarrollo del intercambio de información a fin de ayudar a las autoridades de control locales en la adopción de decisiones, se prevé que la OMS cumplirá una función primordial al facilitar ensayos internacionales de la eficacia de las posibles vacunas, además se ha reafirmado el principio de que los estudios de una posible vacuna deben comenzar en general en el país de antes que en otro país, no recomienda que la OMS entablezca requisitos para la introducción de las vacunas en ensayos clínicos esto es, estudios de la Fase 1, dentro de los diferentes Estados miembros que vayan surgiendo.

⁵⁶ CONASIDA, Revista mensual, septiembre 1989. Pág.755.

Aunque está en controversia, en la conferencia internacional sobre SIDA de 1996 realizada en Vancouver Canadá, se analizó la posibilidad de curar la infección por VIH en pacientes seleccionados, con el uso de la tecnología existente. Sin embargo, los altos costos, la toxicidad y los inconvenientes de los nuevos tratamientos hacen que muchos médicos y pacientes sean más cautelosos que los investigadores en la consideración de la eficacia potencial de estas nuevas estrategias. Es más, el 90% de los 22 millones de personas infectadas con VIH en todo el mundo viven en sociedades sin recursos financieros para pagar el precio actual de estos tratamientos, y otros pacientes de naciones desarrolladas carecen de acceso debido a la falta o a las limitaciones de un seguro médico. En naciones industrializadas se puede trabajar con los pacientes para aprovechar las lecciones aprendidas durante el último año. ¿Puede curarse la infección por VIH? En la mencionada conferencia, varios investigadores presentaron teorías o datos referentes a la posibilidad de erradicar la infección por VIH con el uso agresivo de un tratamiento antirretroviral combinado. El doctor, David Ho analizó el modelo de estado estable de la infección por VIH, derivado de estudios sobre replicación y recambio viral en pacientes tratados susceptibles se infectan con el VIH y la mayor parte de ellos desarrolla infección productiva, que lleva en un día y medio a la liberación de una gran cantidad de viriones nuevos y la muerte de la célula hospedera. Nuevas y potentes terapias antirretrovirales combinadas y nuevos métodos para monitorear las concentraciones de VIH en plasma han influido en el último año para proporcionar un nuevo optimismo y nuevas oportunidades para tratar pacientes en naciones industrializadas.

Los sorprendentes avances en la comprensión de la virología y la inmunología de la infección de V.I.H han conducido a nuevos tratamientos, nuevos métodos para monitorear la terapia y un nuevo optimismo con respecto al tratamiento de la infección temprana por V.I.H.. Aunque está en controversia, en la Conferencia Internacional sobre Sida realizada en Vancouver, se analizó la posibilidad de curar la infección por V.I.H. en pacientes seleccionados, con el uso de la tecnología existente. Sin embargo, los altos costos, la toxicidad y los inconvenientes de los nuevos tratamientos hacen que muchos médicos y pacientes sean más cautelosos que los investigadores en la consideración de la eficacia potencial de estas nuevas estrategias⁵⁷.

⁵⁷ BJM. Latinoamericana, volumen 5, 1997; Pág.126-131.

CAPITULO CUARTO

IV. LOS DERECHOS HUMANOS, LA ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD Y LOS TRATADOS INTERNACIONALES CON RELACION AL SIDA.

4.1 LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos del hombre son derechos universales o propiedades de los seres humanos por el solo hecho de ser personas, por poseer una naturaleza humana y sin distinción de época, lugar, color, sexo, origen, ni medio ambiente. son algo que toda persona posee.

Se llaman derechos humanos aquellos derechos fundamentales a los que todo hombre deberá tener acceso en virtud puramente de su calidad de ser humano⁵³

Los derechos humanos constituyen en la actualidad un fenómeno cultural inmerso en un proceso histórico que se ha ido transformando y enriqueciendo, para lograr el bienestar y el desarrollo de los seres humanos tomando como base la dignidad del hombre.

La violación constante de los derechos humanos ha llevado a diferentes luchas por la defensa de los derechos del hombre.

La problemática del Sida concierne a toda la sociedad. La ignorancia sobre este problema de salud puede conducir a conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con Sida, todavía prevalece la idea de que estas personas sólo tienen derecho a morir, preferentemente aisladas y lejos de la

⁵³ TERREZAS CARLOS R. "Los Derechos Humanos" Porrúa, México, Pág.23.

sociedad, esto es inaceptable, la dignidad de los seres humanos debe preservarse en todo lo que valen sus derechos⁵⁹.

4.2. LOS DERECHOS CIVILES Y POLITICOS

Desde la Revolución Francesa hasta la primera Guerra Mundial, y abarca los derechos civiles y políticos, llamados también de la primera generación. Cada hombre nació con un doble derecho, primeramente la libertad para su persona y en segundo lugar el de heredar al igual que sus hermanos los bienes de sus padres

Pacto de los Derechos Civiles y Políticos amplía la protección y promoción de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en los siguientes aspectos:

a) La posibilidad de presentar un recurso efectivo ante la violación, incluso para autoridades oficiales, de los derechos establecidos en este pacto.

b) Este pacto protege el derecho a la vida, la libertad, la seguridad, la vida privada, el derecho a un juicio imparcial. la protección contra una detención arbitraria, la libertad de pensamiento, conciencia y religión a celebrar reuniones pacíficas y libertad de asociación.

El Protocolo Facultativo del Pacto de Derechos Civiles y Políticos otorga a las nacionales de los Estados partes, el derecho a presentar sus quejas ante el Comité da Derechos Humanos creado por los pactos de 1966. luego de agotados los recursos internos de que se dispongan.

⁵⁹ CONASIDA, Revista mensual, junio 1992. Pág 2202.

La Ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no deben sufrir discriminación de ningún tipo. El varón y la mujer son iguales ante la Ley, si analizamos los derechos civiles y políticos, nos encontraremos que los enfermos de Sida gozan de todos ellos, pero se continúan violando sus derechos.

4.3 LOS DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Desde la Constitución de Querétaro, hasta la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas, la Revolución Industrial y al desarrollo del liberalismo económico significó una profunda transformación de sistema de vida y en especial de las condiciones de trabajo para las grandes mayorías.⁶⁰

La Sociedad Civil reclamó la incorporación de nuevos derechos que asegurarán al individuo una vida garantizada económica y socialmente.

Estos nuevos derechos llamados de la segunda generación representan las demandas socioeconómicas reclamadas al estado liberal. A diferencia de los derechos y garantías individuales fruto de la primera generación, los derechos sociales se orientan a regular la relación entre trabajadores y patronos y entre estos y el Estado.

4.4 LAS NACIONES UNIDAS Y LOS DERECHOS DEL HOMBRE

El tercer periodo de evolución de los derechos humanos nace con la construcción del sistema de Naciones Unidas hasta la aprobación por la propia entidad de tres pactos fundamentales. Declaración Universal de los derechos Humanos de 10 Diciembre de 1948. El pacto sobre derechos económicos, sociales y culturales del 16 de Diciembre 1966. El pacto de Derechos Civiles y

⁶⁰ DIAZ MÜLLER "Relaciones Internacionales y Derechos Humanos" México, 1991, Pág. 134.

Políticos completado por un protocolo facultativo de la misma fecha. La aprobación de la declaración mundial, marca el inicio de esta tercera generación en la evolución del derecho internacional de los derechos humanos o lo que podríamos denominar sistema Institucional de los Derechos Humanos bajo el mandato de las Naciones Unidas.⁶¹

El Sistema Institucional de los Derechos Humanos (1945-1966) incorpora además tratados que amplían los principios de la declaración de 1948. Entre ellos, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la UNESCO, la Convención Europea de Derechos Humanos del 4 de noviembre de 1950 y la Convención Americana sobre Derechos Humanos del 22 de Noviembre 1969; varias disposiciones de la Corte de las Naciones Unidas se refieren a la protección y fomento de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales.

En especial, el propósito de la organización por el desarrollo y respeto de estos derechos sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión (artículo 1º. párrafo 3o.). Los artículos 55 y 56 destinados a promover el respeto universal por los derechos humanos sentaron las bases jurídico constitucionales para su posterior promoción y desarrollo cristalizado con la Declaración Universal y los Pactos Universales de 1966.⁶²

En este mismo sentido, se pronuncia el artículo 26 de la Convención Europea de Derechos Humanos (4 de nov. de 1950) y la Convención Americana Sobre Derechos, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.

⁶¹ DIAZ MÜLLER.- Op. Cit. Pág. 137.

⁶² DIAZ MÜLLER.- Op. Cit. Pág. 139.

Los Derechos Humanos constituyen una preocupación universal, y por tanto, no es posible el principio de jurisdicción doméstica de los Estados contemplado en el artículo 2, párrafo 7o. de la Carta de las Naciones Unidas.

El Sistema Institucional de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas constituye el esquema global de protección y está constituido por:

La Asamblea General: El Consejo Económico y Social. la Comisión de Derechos Humanos artículo 68: La Subcomisión para la Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías; la Comisión de la Condición Jurídicas y Social de la Mujer; el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial.

Colaborarán: El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia y la Secretaría.

4.5 LOS DERECHOS DE SOLIDARIDAD O DERECHOS DE LA TERCERA GENERACION

Los derechos del hombre de la tercera generación son derechos colectivos, el derecho al desarrollo, a la paz, al medio ambiente sano, a la ecología, son producto de los reclamos de la comunidad internacional de Estados, *naciones por mejorar las condiciones de vida de los países.*

Los derechos de la tercera generación son derechos colectivos, comunitarios, solidarios.⁶³

⁶³ DIAZ MÜLLER.- Op. Cit. Pág. 140.

4.6 EFICACIA JURIDICA DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS

Los tratados internacionales sobre derechos humanos analizados en este documento son de dos tipos jurídicos diferentes: La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Res. 217-III del 10-XII-48) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948. Estos instrumentos son declaraciones de principio con una fuerza moral innegable, que a través de la costumbre y el uso, se han llegado a considerar parte del derecho internacional, a pesar de no ser "Tratados". Ambas fueron adoptadas como resoluciones en respuesta a la mención de los derechos humanos en sus documentos constitucionales respectivos. Pero debido a que no se les considera Tratado, no existen disposiciones para su ratificación mediante acto separado fuera del contexto de las Naciones Unidas o la Organización de Estados Americanos, respectivamente. No existen ni derechos ni restricciones y no es aplicable el derecho ordinario nacional e internacional de Tratados. Además, no se ha establecido ningún medio jurídico para el cumplimiento de sus respectivas disposiciones. Nadie tiene el derecho de entablar juicio, o una causa de demanda internacional, basándose exclusivamente en una violación del texto de estas declaraciones.

Sin embargo, debido a que dichas declaraciones fueron adoptadas en foros internacionales, los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la organización de Estados Americanos tienen la responsabilidad de hacer cumplir

derecho de entablar juicio, o una causa de demanda internacional, basándose exclusivamente en una violación del texto de estas declaraciones.

Sin embargo, debido a que dichas declaraciones fueron adoptadas en foros internacionales, los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la organización de Estados Americanos tienen la responsabilidad de hacer cumplir los principios de derechos humanos de las declaraciones en sus leyes y en la práctica, su validez fue inmediata; no fue necesario esperar hasta que un cierto número de estados las ratificara para entrar en vigencia, como resultado casi inmediatamente después de la adopción de las declaraciones. Los Estados, como miembros de la organización resolvente, se vieron obligados a presentar, a solicitud, informes sobre la puesta en práctica de las disposiciones contenidas en las respectivas declaraciones. Las comisiones de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la organización de Estados Americanos basan sus actividades en estas declaraciones. Si una de las comisiones de Derechos Humanos recibe una queja formal sobre alguna violación sistemática de derechos humanos, esta comisión puede llevar a cabo una investigación y preparar un informe. La Asamblea General puede solicitar un informe de las comisiones de Derechos Humanos y también, las comisiones mismas, tienen cierta autoridad de emprender investigaciones. El Estado en cuestión probablemente responderá al informe y aunque quizás no se apliquen sanciones estrictamente jurídicas, el oprobio resultante podría ser sumamente eficaz. Como resultado, los Estados que no cumplen con su obligación de respetar los derechos humanos estipulados en

las declaraciones y de regirse por ellas, pueden ser criticados por la comunidad internacional por no haberse adherido a las normas de las declaraciones.

La declaración Universal de Derechos Humanos ha trascendido la condición jurídica limitada y dudosa de una *resolución de la Asamblea General* de las Naciones Unidas, convirtiéndose en una declaración realmente internacional y *mundialmente* aceptada sobre el respeto básico al que tiene derecho todo ser humano. La Declaración Americana ha llegado a tener el mismo significado dentro de su región. Las normas que se estipulan en estos documentos son válidas para todos los países Miembros de la organización resolvente. además. las declaraciones también han llegado a formar parte del derecho internacional tradicional, estableciendo así una norma para la conducta de las naciones civilizadas.

En virtud del principio de *Pacta Sunt Servanda*, uno de los principios más importantes del derecho internacional, los Estados que aceptan un Tratado están obligados a cumplir de buena fe con las condiciones de dicho Tratado, los mecanismos nacionales de cumplimiento se ajustarán a las disposiciones del Tratado y a los requisitos que acompañan la condición de nacional y constitucional otorgada a los Tratados y deberán cumplir con el principio de *acta Sunt Servanda*⁶⁴.

La mayoría de las constituciones establecen que los Tratados predominarán, aunque en la práctica esto no siempre significa que las

⁶⁴ SEARA VÁZQUEZ "TRATADO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL" Fondo de Cultura, México, 1982, Pág. 69

disposiciones del Tratado prevalecerán en un Tribunal de Ley. Algunos Tratados son "Tratados de autoejecución" que no requieren legislación nacional para entrar en vigencia en los países que los ratifican. En resumen, el que estos Tratados se conviertan en Ley y se hagan cumplir en un Tribunal dependerá de la práctica nacional y ésta no es uniforme. Por lo general, las disposiciones constitucionales sobre los derechos humanos, incluidas en todas las constituciones políticas del mundo, tendrán una mayor prioridad que el texto internacional. Pero las convenciones internacionales, al igual que las Declaraciones, pueden utilizarse como evidencia, incluso cuando no determinan las normas en base de las cuales se resuelve un caso.

Los mecanismos de cumplimiento para estos Tratados varían. Los Pactos Internacionales, al igual que las Declaraciones, consideran que la notificación internacional a la Comisión de las Naciones Unidas de Derechos Humanos es su mecanismo de cumplimiento. Para hacer cumplir los Tratados regionales de derechos humanos, por otro lado, no depende exclusivamente de los informes internacionales. El convenio Europeo y la Convención Americana también establecen Cortes de Derechos Humanos: sobre todo el tribunal Europeo ya ha tomado conocimiento de varios casos, toda persona que desee presentar una queja ante estos Tribunales para protestar una violación de sus derechos humanos debe, en primer lugar, agotar, "los remedios nacionales" o sea recurrir a medidas jurídicas dentro del sistema nacional de tribunales antes de presentar un reclamo ante los tribunales de derechos humanos.

4.6 ALCANCE DE LOS DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS

Los documentos internacionales sobre derechos humanos rigen las actividades de los Estados, aunque, como se señaló anteriormente, en su capacidad de instrumentos del derecho internacional también son pertinentes para la comunidad de las organizaciones internacionales. gobernadas por el derecho internacional, cabe hacer notar, que las normas de los textos internacionales sobre derechos humanos, al igual que sus contrapartes constitucionales nacionales, se refieren a las acciones de los gobiernos y los funcionarios públicos y no de los ciudadanos privados. Están diseñadas para proteger a estos últimos del abuso del poder por parte de sus gobiernos, hasta cierto punto, los textos internacionales sobre todo aquellos sobre derechos sociales, económicos y culturales, también tienen como objetivo asesorar a los gobiernos respecto de cómo ejercer su poder político. para fomentar el desarrollo de sus ciudadanos, en lugar de sólo protegerlos, cabe reiterar que los principios estipulados en estos documentos se refieren a las actividades públicas de los Estados: sus leyes, reglamentaciones, actos ejecutivos y procedimientos jurídicos, en todos los niveles.

Los principios de los textos internacionales sobre derechos humanos son precisamente eso, principios, normas que rigen la política y los procedimientos. Por lo general no buscan establecer en detalle el lenguaje prescriptivo a incorporarse en los estatutos o las reglamentaciones. se trata de declaraciones generales, para las cuales los textos iniciales de 1948, son un buen ejemplo. los

Pactos y las Convenciones posteriores, aunque un poco más específicos, siguen siendo más bien declaraciones de principio o de metas relativamente generalizadas.

Todos los textos de derechos humanos incorporan políticas de orden más alto. establecen una escala de justicia, deciden cuales son los valores sociales. Instruyen a los Estados respecto de como "lograr un equilibrio de sus intereses": individuo versus individuo. individuo versus sociedad, grupos de individuos versus otros grupos. grupos de individuos versus sociedad (trátase o no de personas jurídicas) y en algunas teorías jurídicas. clase versus clase.⁶⁵

Esta condición de los textos de derechos humanos es decir, como declaraciones por excelencia de los valores sociales es. hasta cierto punto. el mejor ejemplo de la función de la ley como instrumento de la política pública. Todas las leyes. están relacionadas con los derechos humanos. reflejan los valores sociales

El concepto más común que se tiene del derecho. es que las leyes van más allá de meras decisiones políticas, que crean responsabilidades, obligaciones derechos y privilegios jurídicos. el incumplimiento de estos deberes jurídicos tiene consecuencias jurídicas. Las leyes establecen además las organizaciones y los procedimientos necesarios para hacer cumplir la ley, pero lo más importante es la decisión política inicial: el establecimiento de un sistema de valores.

⁶⁵SEARA VÁZQUEZ.- Op.Cit.- Pág.368.

4.8 DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES AFECTADOS POR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE SIDA

En el ámbito de los Derechos Humanos Internacionales, la principal pregunta de política o decisión básica de equilibrio de intereses es decir, el sistema de valores oscila entre el control social y la libertad del individuo. En este sentido, se toma una cierta jerarquía en los derechos humanos: *la vida, la libertad y la seguridad* tienen la prioridad más alta, estos valores son sagrados en el contexto de la dignidad humana, que es el fundamento de los derechos humanos.

El Estado puede privar a una persona de la vida, la libertad y la seguridad únicamente para proteger la sociedad en su totalidad, en casos de emergencias públicas, delitos etc., estas libertades corporales son del orden más alto, y las constituciones y muchos sistemas jurídicos nacionales reflejan esta prioridad. La condición sacrosanta de las peticiones del derecho de hábeas corpus (que libera al cuerpo), refleja este valor. Es posible que los intereses de la sociedad requieran una privación de la vida, la libertad o la seguridad, aunque únicamente bajo condiciones extremas.

Dentro de este conjunto sobresaliente de valores, existe una cierta jerarquía entre la vida, la libertad y la seguridad, lo que refleja un entendimiento general de lo que significaría la pérdida de uno de ellos. La vida obviamente, es el valor principal, es legítimo privar a un individuo de la vida para proteger la integridad nacional, en tiempo de guerra y la estructura de la sociedad, en caso de delitos graves. La libertad ocupa un segundo lugar en la escala de valores: un delito menor o gravamen social puede justificar la privación legítima de la libertad.

En tercer lugar está la seguridad, una sospecha razonable de que se ha cometido un delito. puede justificar una violación limitada de la seguridad personal.

Las libertades intelectuales libertad de palabra, de religión. de libre reunión. etc. aunque de suma importancia están sujetas en mayor grado al respecto por los demás y por lo tanto pueden reglamentarse de manera menos estricta. Para poder justificar estas privaciones limitadas de los derechos humanos básicos. deben cumplirse ciertos criterios. La privación debe fundarse en una ley ya existente. no debe ser arbitraria. debe constituir la alternativa menos restrictiva a menos que el objetivo sea el castigo. Debe ir precedida de un comportamiento nocivo para la sociedad u otros individuos. no debe ser discriminatoria. debe ser justa.

4.9 LA DISCRIMINACION

Otro aspecto de importancia crítica en el ámbito de la posible violación de los derechos humanos es la discriminación. en contra de personas infectadas por el VIH. La igualdad ante la ley y el derecho a no ser discriminado son los fundamentos primordiales de los derechos humanos. La prohibición de la discriminación es un intento para garantizar que la ley trate por igual a todas las personas y que las distinciones que se hagan no sean arbitrarias. toda distinción en la ley debe tener una base razonable.

Si bien ninguno de los textos de derechos humanos habla sobre la seropositividad del VIH. incluso menciona individuos "minusválidos" o afectados de alguna otra manera, la intención obviamente es la de relacionar cualquier distinción con un propósito jurídico.

En este razonamiento, el principal valor social es la firme creencia de que todos los seres humanos han sido creados iguales. Todo ser humano tiene el derecho a desarrollarse y llevar una vida normal, dentro de sus propias posibilidades, las posibles repercusiones sobre cualquier individuo infectado por el VIH son obvias

Es posible que los síntomas no se manifiesten por años. *¿Pero se privará al individuo de una vida normal?* La discriminación puede manifestarse, y de hecho ya se ha manifestado, en el lugar de empleo, la atención de la salud, la vivienda, la educación e incluso en los funerales, en el ámbito de la inmigración, la discriminación parece ser una tendencia común. Las sociedades deberán enfrentarse a estas preguntas, conscientes de que ningún documento sobre derechos humanos justifica la distinción arbitraria basada en una condición, para ajustarse a los principios de los derechos humanos, cualquier distinción tendría que estar relacionada con el propósito de proteger a la sociedad u otros individuos.

Dados los medios de transmisión, estas distinciones deberían ocurrir con muy poca frecuencia y no deberían ser automáticas en el caso del sida, por lo menos a la luz de los conocimientos científicos actuales.

En los instrumentos internacionales se prohíbe la discriminación en el ejercicio de los derechos humanos por motivos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición", artículo 2º de la declaración universal; artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales; artículo 2º del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; "sin distinción alguna de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole. credo ni otra alguna", artículo IIº. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social. posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social", el artículo 1º de la Convención Americana y la Carta Africana prohíbe "discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole. origen nacional o social. posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

Si bien estos textos no hacen *mención específica* del trastorno físico como una distinción discriminatoria. en años recientes. los derechos civiles han sido ampliados de manera de prohibir la discriminación en contra de personas minusválidas. Esta filosofía parecería llegar a la conclusión de que la discriminación basada en una prueba de seropositividad podría ser un tema controvertible

Al parecer no se han presentado casos relacionados con los temas de la vida. la libertad, la seguridad y la discriminación de personas infectadas por el VIH ante las diversas Comisiones y los Tribunales de Derechos Humanos, establecidos para vigilar el cumplimiento de estos instrumentos de derechos humanos en los sistemas regionales, debido a que se tienen que haber agotado todos los remedios nacionales antes de llevar una violación de los derechos humanos ante un tribunal internacional. es probable que se presente un caso internacional relacionado con el SIDA en el futuro cercano. Los casos que se

basan en las declaraciones constitucionales nacionales de derechos fundamentales básicos constituirían un método más probable para resolver estas preguntas, algunos países ya están abordando estos temas.

El SIDA también podría repercutir sobre los derechos sociales. está bien claro que el derecho a la protección de la salud, reconocido en ciertos textos internacionales, se vería afectado, los derechos sociales por lo general se refieren a la responsabilidad estatal de prestar un servicio.

La respuesta del Sector Salud al SIDA y sobre todo la prestación de servicios a las víctimas del SIDA por medio del Sistema Nacional de Salud ya sea público, privado o mixto. está estrechamente vinculado con el derecho a la protección de la salud. La Declaración Universal de Derechos Humanos no establece específicamente el derecho a la protección de la salud. aunque incluye los siguientes objetivos para lograr un nivel de vida adecuado

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación. el vestido, la vivienda, la asistencia médica, los servicios sociales necesarios. tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos, pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En el Preámbulo, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud también declara que:

El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica o social.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales Culturales, en su artículo 12, establece que la salud es un derecho social:

Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del *más alto nivel posible* de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad

Los instrumentos internacionales de derechos humanos a nivel regional establecen un derecho social a la protección de la salud.

4.10 CIERTAS SITUACIONES SOCIALES COMUNES.

Las declaraciones generales relativas a ciertas situaciones sociales comunes se han tenido en consideración: Los conocimientos derivados de numerosos estudios realizados en muchas partes del mundo; la declaración titulada Transmisión del VIH que se formuló en la Tercera Reunión de Partes

Interesadas en junio de 1987 (OMS, documento inédito SPA/INF/87.5); la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA, que comprenden:

a). Vivienda. No hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de vivienda a las personas infectadas por el VIH., cuando una persona infectada por el VIH ha ocupado una vivienda y luego. la abandona. no es preciso aplicar ningún procedimiento de limpieza o de otro tipo antes de que la ocupe otra persona

b). Empleo. No hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de empleo a las personas infectadas por el VIH.

c). Educación: No hay ninguna razón sanitaria para restringir el acceso a la escuela o la plena participación en las actividades escolares, sean de nivel primario. como de niveles superiores, a los alumnos infectados por el VIH que estén sanos

No a la Discriminación contra el SIDA, la necesidad de evitar toda Discriminación contra personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

Teniendo en cuenta las repercusiones de índole médica. ética. jurídica, socioeconómica, cultural y psicológica de los programas de prevención y lucha contra el SIDA; reconociendo la responsabilidad que incumbe a los Estados Miembros en la salvaguarda de la salud de todos y en la lucha contra la propagación de la infección por el VIH mediante sus políticas y programas nacionales, habida cuenta de su situación epidemiológica y de conformidad con la

estrategia mundial; teniendo presente la responsabilidad que incumbe a los individuos de no exponerse a sí mismos ni exponer a los demás al riesgo de infección por el VIH, firmemente persuadida de que el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, es indispensable para la eficacia de los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA y de la estrategia mundial. Se fomenten un espíritu de comprensión y compasión para las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA mediante programas de información, educación y apoyo social.

Se protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las persona con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, y a que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas en la prestación de servicios, el empleo y los viajes.

Se garanticen la índole confidencial de las pruebas del VIH y comenten la disponibilidad de asesoramiento confidencial y otros servicios de apoyo para las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

Se incluyan en sus informes a la OMS sobre sus estrategias nacionales contra el SIDA información relativa a las medidas que estén adaptando para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA

Se exhorta a todas las organizaciones gubernamentales, y no gubernamentales e internacionales y a los organismos de beneficencia que están

ejecutando programas de lucha contra el SIDA a que velen porque en éstos se tengan plenamente en cuenta las necesidades sanitarias de todas las personas, así como las necesidades sanitarias y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA.

De igual forma se invita a los directivos de los laboratorios, que los medicamentos que en la actualidad existen sean accesibles para aquellos que lo necesitan, ya que el 90% de los pacientes no cuentan con los recursos económicos para sustentar un tratamiento.

CONCLUSIONES

1. EL SIDA : Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual es provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca las defensas del cuerpo y lo va debilitando poco a poco hasta dejarlo sin capacidad de protegerse de otras enfermedades. a dieciséis años de su descubrimiento no existe vacuna eficaz contra esta enfermedad, aunque existen tratamientos de agentes antiretrovirales de introducción reciente, para prolongar la vida de los pacientes seropositivos pero los mismos no están al alcance de la mayoría

2 Se conocen únicamente tres formas de transmitir el Virus del VIH = SIDA por contacto sexual, por la vía sanguínea y por la vía perinatal, siendo la primera de estas la más frecuente y la de mayor índice en los casos que se tienen registrados.

3. Los grupos que se consideran de alto riesgo. son principalmente los homosexuales, bisexuales, pero en la actualidad ha crecido a escalas demasiado preocupantes en parejas heterosexuales ; sin dejar de mencionar que los prisioneros reclusos en los Centros de Readaptación Social son considerados también como grupos de alto riesgo.

4. Para las pruebas de detección sobre Sida, sólo es obligatoria para el personal del ejército; como se trata de una decisión personal, esta prueba debe de ser voluntaria : cuando la infección es muy reciente. la prueba puede dar un resultado negativo a pesar de que la persona ya esté infectada, por lo que es necesario dejar pasar por lo menos tres meses a partir de la fecha en que se pudo estar en riesgo de infección.

5. La situación de SIDA en nuestro país es preocupante debido a que los casos registrados por los Sectores de Salud, se presume que es la tercera parte de los que presentan esta enfermedad, sin embargo el peligro más importante de este mal, es la ignorancia que existe sobre él, una forma de proteger la salud de todas las personas es permitir que aquellas que padecen sida desarrollen su vida normal en la medida que su salud se lo permita.

6. La necesidad de cambiar actitudes de rechazo y perjuicio que existen, con respecto a las personas que padecen esta enfermedad. con la finalidad de que no se sigan cometiendo abusos tales como negarles vivienda. empleo. atención médica y en general por el solo hecho de ser seropositivos.

7. En el ámbito penal en su función de prevenir conductas delictivas. se debe encausar a llenar las lagunas que existen, toda vez que no se cumplen los requisitos para tipificar, los posibles delitos relacionados con las personas infectadas.

8. También existen lagunas en las leyes de salud, sin reconocer el derecho absoluto del paciente a toda información sobre su persona y que esta se mantenga en forma confidencial, con excepción de que el paciente o enfermo ponga en riesgo la seguridad de terceras personas

9. Dentro del Derecho Constitucional es imprescindible que se respeten las garantías individuales en cualquier circunstancia de estas personas. por lo que el estado tiene la obligación de aportar los medios necesarios para hacer valer sus derechos.

10. La relación laboral del seropositivo no se podrá rescindir debido a su padecimiento sólo en el caso de incapacidad total podrá terminarse la relación laboral, por lo que resulta necesario que se fomenten los derechos que éstos tienen y se apoye a ejercer su creatividad y productividad mientras se tenga la capacidad para hacerlo.

11. Las Organizaciones tanto a nivel mundial como Nacional, una de sus principales finalidades es lograr el respeto a los Derechos Humanos, en especial al enfermo de SIDA, pero hasta la fecha se continúan violando estos derechos trátase en el aspecto civil, político, económico, cultural y social

12. Los alcances en los documentos internacionales sobre la protección de Derechos Humanos, han ayudado a contrarrestar en parte a la violación de estos derechos, pero aún hace falta más esfuerzos y mayor vigilancia al respecto.

13. El punto medular de este trabajo es la discriminación en pacientes o infectados de SIDA, que existe toda vez que los medios de difusión en nuestro país, no ha llegado a las diversas clases sociales, ya que se continúa prejuzgando al infectado.

P R O P U E S T A S

Es indispensable erradicar la discriminación que prevalece en los enfermos seropositivos por lo que se propone se trabaje en conjunto con los organismos nacionales e internacionales, para el efecto de una mayor divulgación que sea acorde al nivel cultural que existe en nuestro país, para que llegue dicha información a la mayoría de la población porque algunos sabemos que existen documentales, revistas, folletos, conferencias, convenios, etc. pero la mayoría no sabemos que una persona infectada tiene los mismos derechos que cualquier otra, por lo tanto hay que tomar lo mencionado por Benito Juárez, "El respeto al Derecho Ajeno es la Paz", siendo necesario respetar sus derechos en el ámbito general.

A mi juicio personal continúa siendo la ignorancia en el conocimiento sobre esta enfermedad, mismas que ha provocado el rechazo y discriminación hacia los simples portadores del VIH, siendo que deben de ser tratados como cualquier persona, por lo que resulta la necesidad de brindar ayuda y comprensión al enfermo como un acto de humanidad.

La única forma de prevenir el Sida es a través de la Educación, aunque en la actualidad se ha tratado de implantar una educación más abierta, existe el rechazo por la Iglesia en el uso del condón siendo éste el principal instrumento de protección para evitar no sólo el sida sino otros tipos de enfermedades de transmisión sexual, ya que no se puede prohibir que se realice el sexo, pero sí se puede difundir que éste sea más seguro y responsable; la sociedad tendrá que

adoptar medidas concretas de prevención como "sólo con tu pareja" y "el sexo protegido y seguro".

Aunque los avances últimos sobre este padecimiento en relación a una mujer embarazada e infectada por VIH, se puede evitar que el producto no *contraiga esta infección, pero la misma debe de ser atendida con oportunidad, esto es antes del séptimo mes de gestación además es necesario tener conciencia que podemos evitar que dicho virus siga propagándose.*

Se realice de nueva cuenta una reforma a nuestro Código Penal, en relación al artículo 199 Bis del Capítulo Segundo (del peligro de contagio), ya que resulta indispensable dar una configuración típica exacta y precisa al fenómeno del Sida. yo considero que se debería de sancionar al que contagie de sida en un apartado posterior a este artículo y que se siga de oficio y no por querrela de parte. ya que si una persona se encuentra infectada e infecta a otra sana le está provocando la muerte, ahora bien si una persona le transmite sangre infectada a otra sana. estaríamos hablando de homicidio y como la legislación penal no permite una interpretación por analogía, es necesario reformar este precepto.

Debemos de estudiar todos los casos en orden del contenido de situación en lo individual para ir a lo general ya que no se debe castigar o sancionar al que ignora su mal y crea un riesgo quien tiene pleno conocimiento y a pesar de ello *actúa ilícitamente. por ejemplo tenemos al grupo de homosexuales de los llamados suicidas. ya que están conscientes de las consecuencias de esta infección y aún así continuan jugando a la ruleta rusa por lo que resulta necesario una revisión en la legislación civil en especial al daño moral, ya que no se vé éste*

hasta que existe o se da una incapacidad total o parcial y en el caso del sida puede llegar a manifestarse después de diez años, por lo que nos encontraríamos con una *prescripción al respecto*.

Por lo anterior se considera que esta enfermedad del sida ha tenido varias hipótesis de aspectos tanto sociológicos como *jurídicos*, los cuales tienen como fin tener la atención de la sociedad, tomando en cuenta que el enfermo de Sida es parte de la misma sociedad, así como hacer un llamado a quienes les corresponde realizar las reformas a las leyes, de acuerdo a los requerimientos de la comunidad y del derecho, para la mejor convivencia de los demás.

BIBLIOGRAFIA

1. BURGOA ORIGUELA IGNACIO, "Garantías Individuales", Editorial Porrúa, 1988, México.
2. CAMARA.G. "La Alianza de trabajos en grupos psicoterapéuticos, analíticos". Editorial. Alétefi, México, 1980
3. CASTELLANOS TENA FERNANDO, "Lineamientos Elementales de Derecho Penal", Editorial Porrúa S.A., 1976.
4. DIAZ MÜLLER LUIS, "Relaciones Internacionales y Derechos humanos" Editorial Fondo de Cultura, México, 1986
5. FREUD. S. "Mas allá del principio del placer" En obras completas. 1920.
6. GONZALEZ, N. KUPFERMAN. E. Y VELAZCO, A. 'Dinámica de Grupos, Técnicas y Tácticas'. Editorial Concepto. México 1978.
7. GALLO. R.C. The Human retrovirus. Sciam.255 :88.1986
8. GALLO. R.C. "THE AIDS. VIRUS" Sciam. 256°46, 1987.
9. KÜBLER ROSS. E. "On death and Dying." Edit.Macmillan.N.Y. 1969
- 10.LAPLANCHE. J.J. Y Pontails. J.B. "Diccionario de psicoanálisis". Barcelona. Labor, 1979.
- 11.MILLER, WEBER, GREEN, Atención de pacientes de SIDA., El Manual Moderno. S A de C.V., México 1989
- 12.MILLER.D."HIV and Social psychiatry". British Medical boletín vol.44.1988.
- 13.NÉSTOR DE BUEN L. "Derecho del Trabajo", Edit. Porrúa, S A.,10ª Edit. México. 1994.
- 14.PÉREZ PALMA RAFAEL. "FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES DEL PROCEDIMIENTO PENAL", Edit. Cárdenas, México. 1980.
- 15.SEPULVEDA AMOR JAIME, "Sida, Ciencia y Sociedad en México". Editorial Fondo de Cultura, 1989.
- 16.SOVERÓN ACEVEDO GUILLERMO. "Derecho Constitucional a la protección de la Salud" Editorial Porrúa México, 1983.
- 17.TRUEBA URBINA ALBERTO "Ley Federal del Trabajo". Edit. Porrúa. S.A ,62ª Edi. México, 1994

18. VALENCIA ALFREDO. "Manifestaciones psiquiátricas en un grupo de pacientes con SIDA",
Revista Ives, Clím. 1987.
19. VINCENT. T. DE VITA, JR. HELLMAN, ROSSENBERG. SIDA. Etiología, Tratamiento y
Prevención. Edit. SALVAT, 2ª Edición, México. 1990.
20. SEARA VÁZQUEZ MODESTO. "Tratado General de la Organización Internacional" Fondo de
Cultura, México, 1982.

LEGISLACIÓN Y OTRAS FUENTES CONSULTADAS.

21. Código Penal, para el Distrito Federal, Edit. Porrúa, 57ª edic. 1996.
22. Código Civil para el Distrito Federal, 2ª edición, Tribunal Superior de Justicia de Distrito
Federal, 1993.
23. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Edit. Trillas. sep. 1997.
24. Ley General de Salud, Edit. Libros Económicos, México 1990.
25. BJM. Latinoamericana, volumen 5, 1997.
26. Congreso Internacional de Amsterdam, GIS SIDA. 1992
27. CONASIDA, Mitos y realidades sobre la transmisión del V.I.H., revista N° 4 1988.
28. CONASIDA, Enfermedades Infecciosas y Microbiología revista, México.
29. CONASIDA, Revista mensual, septiembre 1989.
30. CONASIDA, Revista mensual, junio 1992.
31. Epidemiología, Boletín 37. volumen 14, semana 37, Sep. 1997

HEMEROTECA

32. Diario Oficial de la Federación, 22 de mayo de 1986.
33. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo I, Mayo de 1995