

96



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"

## IMPORTANCIA DE LA LEGISLACION PENITENCIARIA RELATIVA A INTERNOS ENFERMOS DE SIDA/VIH

292493



### T E S I S

Que para obtener el título de:

## LICENCIADO EN DERECHO

Presenta:

**FERNANDO ALBERTO ESCALERA ROBLES**

Asesor:

**LIC. JOSE DIBBRAY GARCIA CABRERA**



EDO. DE MEX.

MAYO, 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## DEDICATORIA

### Gracias...

A mi Madre (+) **Enedina** como un recuerdo a su memoria y a su grande amor.

A mi Padre **Carlos** por el apoyo moral y su ejemplo profesional.

A mis hermanos **Enedina, Reymundo, Carlos, José, Alejandro, Lorena y (+) Angelita**, gracias por su apoyo y su buen ejemplo en mi vida.

A mis tíos **Soledad, Martha, Elena, Concepción, (+) Luz, Salvador, (+) Ramiro**, gracias por su apoyo moral y su compañía en cada momento de mi vida.

A mi Esposa **Hortensia** por ser la compañera de mi vida y darme el apoyo necesario para continuar mis metas.

A mis hijas **Laura Ingrid y Fernanda Estefanía**, por ser la razón de mi existencia.

A mis sobrinos **Carlos, Marco, Reymundo, Christopher, Jonathan, Cristina, Cinthya, Erika, Jannett y Valeria** con mucho cariño y afecto.

A mi Padrino **Marco Uribe** por gran ayuda espiritual.

A toda la Familia **Zuñiga Linares** por el apoyo incondicional que me han brindado.

A toda la Familia **Contreras Cruz** por la amistad y el apoyo que siempre me brindaron.

A mi asesor el Profesor **José Dibray Gracia Cabrera**, que en los momentos difíciles siempre me apoyo y creyó en mí.

Al Lic. **Gonzalo Moctezuma Barragán** por su valiosa aportación para la realización de esta tesis.

A la Profesora **Maricela Rodríguez**, por su apoyo incondicional.

A mis compañeros del **Sindicato de Gobernación y del Jurídico de R.T.C.** por sus consejos enseñanzas para mejorar mi vida profesional.

**A la memoria de todas aquellas personas que ya no están conmigo.**

A la **UNAM** por ser la mejor **ALMA MATER**.

A todas las personas que hicieron posible llegar hasta este momento profesional de mi vida.

A todas aquellas personas que nunca creyeron en mí.

**TÍTULO**  
**IMPORTANCIA DE LA LEGISLACION PENITENCIARIA RELATIVA A**  
**INTERNOS ENFERMOS DE SIDA/VIH**

**INDICE**

	Págs.
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
 <b>Capitulo I</b>	
 <b>MARCO CONCEPTUAL</b>	
1.1. Definición de SidaVIH.....	3
1.2. Naturaleza, Manifestación, Consecuencias.....	18
1.3. Diferencia con otras Enfermedades Sexuales.....	22
1.4. Formas de Transmisión.....	100
1.5. Antecedentes de Epidemia y Pandemia.....	107
1.6. Norma Oficial Mexicana. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (Anexo I)	
1.7. Norma Oficial Mexicana. Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos para la transfusión con filtro sin aguja (Anexo II)	
1.8. Programa de televisión con el Tema del Sida (Anexo VIII)	
1.9. Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Otras Enfermedades de Transmisión Sexual (Anexo IX)	
 <b>Capitulo II</b>	
 <b>EL SIDA Y LA LEGISLACION MEXICANA</b>	
2.1. El Sida Aspectos Legales.....	123

2.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	127
2.3. Código Penal.....	128
2.4. Código Civil.....	131
2.5. Ley Federal del Trabajo.....	132
2.6. Ley General de Salud.....	134
2.7. Normas Oficiales Mexicanas (Anexo III)	

### Capítulo III

#### EL SIDA EN EL SISTEMA DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

3.1. "Status" Psicológico de Enfermos.....	142
3.2. Postura de los Demás Internos.....	150
3.3. Responsabilidad Legal y Moral de las Autoridades.....	153
3.4. Consecuencias Sociales y Familiares.....	164
3.5. Derechos Humanos (Anexo IV)	

### Capítulo IV

#### ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PRISIONES

4.1. Antecedentes de las Prisiones en México.....	171
4.2. Legislación al Respecto.....	181
4.3. Obligación de Atención Médica a Internos.....	193
4.4. Riesgos Epidemiológicos en Prisiones.....	236
4.5. Norma Oficial Mexicana. Para la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (Anexo V)	
4.6. Norma Oficial Mexicana. Que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex (Anexo VI)	
4.7. Norma Oficial Mexicana. Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud (Anexo VII)	

**CONCLUSIONES..... 242**

**BIBLIOGRAFIA..... 249**

## OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS

En la actualidad más que nunca, es de vital importancia concientizar a las autoridades encargadas de la readaptación y de la rehabilitación de las personas que cometen algún delito y que son reclusos en los centros penitenciarios o centros de readaptación social; nos referiremos especialmente a los internos que padecen la enfermedad del siglo XX y que es el Sida/VIH, estos internos que van a pagar su deuda con la sociedad no reciben el tratamiento apropiado ni cuentan con la atención médica especializada, ni mucho menos con un hospital penitenciario que reúna las medidas de higiene donde se le pueda tratar la enfermedad que lo aqueja. )

Esto se ve reflejado en el rechazo y la marginación de los internos que están sanos, con respecto al enfermo que padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ya que es observado como una persona que les puede transmitir o por su aspecto físico deplorable que muestran las personas en el proceso de su enfermedad.

Es urgente que las autoridades penitenciarias coadyuven esfuerzos con instituciones del Sector Salud para llevar a los Centros de Readaptación Social la información, la ayuda y el apoyo humano con persona médico capacitado y sobre todo que se cuente con un hospital penitenciario donde al enfermo de Sida reciba la atención, el trato humano y la ayuda psicológica necesaria, tanto al interno como a sus familiares para poder sobrellevar mejor la enfermedad, y que estos internos no pasen hacer solamente datos estadísticos, que comiencen a ser alarmantes y que por lo tanto hay que ocultar.

## INTRODUCCIÓN

Con frecuencia el hombre ha creado instituciones y sistemas donde ha tratado de mejorar las condiciones de vida del ser humano que se desarrolla en nuestra sociedad, tal es el caso de nuestro sistema penitenciario, cárcel o prisión como institución, por el cual el ser humano se ha reducido a una vida de cautiverio, porque no es concebible su figura rebajada la esfera limitada y limitante de los muros de una penitenciaría.

El tratamiento científico en lo que concierne a las cárceles ha sido inquietante en los últimos años porque al vivirlas, trabajarlas y estudiarlas, se ha llegado a la profunda convicción de que se deben de transformar y mejorar la vida de los internos para su mejor rehabilitación.

Es necesario insistir en las mejoras de los centros penitenciarios del Distrito Federal y Centros Federales de Readaptación Social llamados actualmente no sólo en su estructura tanto interna como externa, sino también en la creación de un hospital penitenciario que reúna las condiciones de higiene y que cuente con personal médico especializado en la atención a internos que padezcan enfermedades de alto riesgo, tal es el caso de los internos que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/VIH), como se conoce es un trastorno grave e inexplicable del sistema de inmunidad que predispone a un grupo especial de pacientes para adquirir ciertas enfermedades e infecciones poco comunes, principalmente el sarcoma de Kaposi, Neumonía por *Pneumocystis Carinii* y oportunistas.

Los cuidados de un paciente de SIDA o una enfermedad relacionada con ésta, implica un reto poco común desde el punto de vista de control de la infección, el enfermo es una fuente potencial de infección y al mismo tiempo tiene un gran riesgo de adquirir infecciones por patógenos oportunistas.

En la actualidad se ha incrementado en los Centros de Readaptación Social, el grupo susceptible o grupos de riesgo es en varones, homosexuales activos y toxicómanos, que son algunas de las características que guarda la población de los centros de reclusión, motivo por el cual deberá implementarse un programa de prevención y control en los internos de estas Instituciones carcelarias que mantienen una población cautiva, la cual tiene derecho a la protección de la salud.

## CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

### 1.1. Definición de SIDA/VIH

a) Para Conasida la definición del SIDA/VIH es la siguiente;

Es una enfermedad infecciosa y mortal causada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

También el SIDA significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida".

Síndrome.- Conjunto de signos que caracteriza una enfermedad.

Inmunodeficiencia.- Debilitamiento de las defensas del organismo.

Adquirida.- Que se adquiere en el transcurso de la vida, no se nace con ella.

b) Para la Organización Mundial de la Salud el SIDA significa;

Sida es la contracción de tres palabras.

1. Síndrome.- Conjunto de síntomas ( como dolor) y signos ( como perdida de peso) característico de un padecimiento.

2. Inmunodeficiencia.- Fallas o faltas completa de respuesta por parte de sistema Inmune.

3. Adquirida.- Que no se nace con ella, que se adquiere durante el transcurso de la vida.

c) Para la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, el SIDA significa:

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida corresponde a un déficit Inmunitario crónico inducido por virus, cuyo agente etiológico es un retrovirus denominado VIH.

El deficiente de Inmunidad celular es el responsable de un deteriorado número de manifestaciones clínicas cuyo listado permite enunciar el diagnóstico de SIDA siempre que pueda adelantarse la responsabilidad del VIH debido al descubrimiento en el Individuo, de anticuerpos dirigidos contra ese virus (Sero diagnosticado) y/o del virus mismo.

d) Para el Dr. Jaime Sepúlveda Amor y Blanca Rico Galindo el SIDA significa:

El SIDA es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), capaz de Instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse.

Durante este período, el Individuo infectado es, a la vez, infectante; es decir capaz de transmitir la Infección.

### *Origen de la enfermedad*

### *Hipótesis*

Cada enfermedad nueva tiene sus misterios, los del SIDA son profundos. Tiene a la expectativa a numerosos equipos médicos

desde hace cuatro años, aunque quizá no puedan resistir por más tiempo. Se diría que podemos levantar el extremo vuelo después de varias tentativas. Pero que podemos decir de la perplejidad de los médicos cuando la enfermedad surgió en 1981, creando sorpresa e impresión. Sobre todo, ¿Cuál era la causa?, para resolver el enigma ensayamos procediendo por analogías. La enfermedad golpeaba a la comunidad homosexual, luego entonces algo debía ocurrir en el seno de este grupo que favorecía la eclosión.

a) Una primera hipótesis se impuso: la enfermedad se debía a un producto tóxico. Conocemos tales productos, algunos son radiactivos otros Inmunodepresores. La culchicina, por ejemplo, induce a modificaciones de la Inmunidad. Entre los productos más utilizados por los homosexuales, se fijó la atención de los médicos, ya lo hemos visto, sobre el nitrito de milo, los Famosos "Poppers", por hace más de 10 años que los "Poppers" circulan en el medio homosexual sin que se hubiese observado problemas particulares. La propiedades farmacológicas de este producto no nos orienta hacia la Inmunodepresión.

En fin, advertimos en seguida, particularmente en Francia, que algunos de los pacientes nunca habían usado esta droga. Por tanto, los médicos dudaron, pero no descartaron esta vía. Buscaron demostrar que el nitrito de amilo podría ser cancerígeno, y por lo mismo afectar las defensas inmunitarias. Miles de ratones fueron sacrificados en aras de esta hipótesis. Respiraron metros cúbicos de "poppers". A lo mejor lo pasaron bien, pero no manifestaron ningún signo de inmunodepresión. En la actualidad creemos que este debate está casi cerrado.

Otros productos entraron dentro de las sospechas, particularmente las pomadas a base de corticoides, utilizadas a menudo por los homosexuales americanos como cremas curativas.

Su utilización prolongada puede provocar problemas endocrinos. Los productos a base de cortisona son conocidos, cuanto más, por provocar bajas de inmunidad. El uso de tales pomadas en cosmetología es del todo abusivo, pero nunca se ha podido demostrar que tienen una relación con el Sida.

b) Otra hipótesis visible: la del esperma inmunodepresor. Ciertas prácticas homosexuales crean microtraumatismos sobre la mucosa rectal. Y es posible que, por estas lesiones, la sangre de un hombre se mezcle con el esperma de su compañero. El papel del esperma es conocido por sus efectos sobre la inmunidad. En las parejas heterosexuales, por ejemplo, la mujer puede segregar anticuerpos que se oponen a los espermatozoides de su compañero, sucede también que el hombre fabrica anticuerpos contra su propio semen. El esperma, en fin posee propiedades inmunosupresoras, de suerte que introducido en el cuerpo de la mujer, no provoca un rechazo demasiado violento o rápido. Los médicos han descubierto que ciertos enfermos atacados por el Sida tienen en su sangre anticuerpos antiespermatozoides, por lo que consideran este hecho como prueba, en virtud de una penetración nociva del esperma en el organismo. Estos anticuerpos en realidad se deben a reacciones autoinmunes. Y aunque satisfaga a numerosos fantasmas, ningún argumento científico desarrolla la hipótesis del esperma inmunosupresor. Por tanto, hemos continuado a incriminar al esperma, o más bien a ciertas sustancias que contienen: las prostaglandinas o las poliamirias. Pero nada nos permite confirmar estas aseveraciones.

c) Se sospechó de otra hipótesis: ciertas células en los enfermos desarrollarían un hongo microscópico. El que segrega la cicloporina que se utiliza en las terapéuticas antitumorales, o precisamente, como inmunodepresor. Esta eventualidad necesita algunas investigaciones suplementarias pues parecería difícil

justificar el conjunto de fenómenos del SIDA por la sola presencia de este hongo.

Todos los argumentos epidemiológicos nos llevan en favor de una enfermedad transmisible por vía sexual y sanguínea, y la mayoría de los médicos consideran la hipótesis viral como la más probable. Lo hemos visto; el primer virus sospechoso fue el citomegalovirus. Era un candidato a escoger, porque ataca al pulmón, al tubo digestivo y provoca igualmente ataques ganglionares acompañados de fiebre. Afecta sobre todo a los jóvenes adultos y puede aparecer después de una transfusión sanguínea. También se transmite a través de las relaciones sexuales y provoca inmunodepresión más marcada que la de otros virus. Último elemento, de acusación: el citomegalovirus tiene relaciones dudosas con el sarcoma de Kaposi clásico. Las personas atacadas por el tumor tienen siempre trazos biológicos de un pasaje antiguo o de una infección a través de un virus. Su patrimonio genético, su genoma, se encuentra en el seno mismo de las células tumorales (este fenómeno se puso en evidencia gracias a las ondas moleculares y se verificó igualmente en el sarcoma de Kaposi del Sida). Todos estos hechos que se añaden pueden parecer amenazantes. ¿Sin embargo, cómo explicar que un virus, conocido desde hace decenas de años (infesta las comunidades homosexuales desde hace tiempo), pueda súbitamente adquirir tanta virulencia? Nos imaginamos que el citomegalovirus ha seguido una mutación. Pensamos igualmente que fue súbitamente investido por un poder oncógeno capaz de inducir tumores. Ni el estudio genético ni la observación biológicas de virus aislados, han permitido verificar esta hipótesis, lo cual la elimina entonces como causa de la enfermedad. Pero indudablemente juega un rol nefasto en la expresión del Sida. Quizá acelere su evolución provocando erupciones. Puede ser

También que agrave la inmunodepresión. El sarcoma de Kaposi en particular, suscitaría ciertas formas de la enfermedad.

La búsqueda por analogía condujo a la interrogación. ¿Qué conexión puede haber entre un homosexual neoyorquino y un campesino africano? En la investigación de este tema se respondió rápidamente: la hepatitis B, un ataque viral del hígado.

¿Se estaba lejos de la realidad? Quizá no. Algunos emitieron la hipótesis que había de parentesco entre la hepatitis B y el sida. La hepatitis B es contagiosa por vía sanguínea. Esta enfermedad muy temida por el personal de los hospitales que prodiga sus cuidados a los enfermos; se trasmite igualmente, se sabe desde hace poco también por vía sexual. Por este hecho afecta a numerosos homosexuales. En África, esta enfermedad causa trastornos desastrosos, las malas condiciones higiénicas favorecen terriblemente las epidemias. Y nada impide pensar que existe, ahí también, una transmisión sexual. En cuanto a la contaminación sanguínea, podría efectuarse con la ayuda de un vector. El acusado principal es el mosquito. Cuando la hembra succiona la sangre del individuo, inyecta el virus en su saliva. ¿Se transmitiría el sida, como la hepatitis, por un intermediario? Es posible, en todo caso en África. Se sabe desde hace poco el papel de estos insectos en la aparición de la hepatitis B, aunque se necesitaría más tiempo para incrementarlo en el sida. La hipótesis hepatitis B se apoya sobre otros argumentos epidemiológicos. El Sida se manifiesta, en efecto, entre las poblaciones más expuestas a riesgo de esta enfermedad: los homosexuales, los toxicómanos, pero también los africanos para quienes representa un verdadero azote.

El virus responsable de esta forma de hepatitis presenta en ciertos casos, una partícula viral de otro origen: el agente Delta.

Este agente, copia incompleta de un virus, no es peligroso por el mismo, pero cuando está asociado al virus de la hepatitis B,

conlleva nuevas manifestaciones. Puede desarrollar una enfermedad a condición de que la persona a la cual infecte haya ya padecido la hepatitis B. Una partícula comparable al agente Delta, igualmente asociada al virus de la hepatitis B, podría ser el origen del Sida. Tal es al menos la hipótesis que podemos construir a partir del modelo del agente Delta.

Citomegalovirus, virus de la hepatitis B; estamos cerca probablemente de una realidad: la responsabilidad de un virus en el origen del Sida. Las miradas se vertieron sobre los retrovirus. Estos virus particulares son conocidos desde hace más de medio siglo en el reino animal. Ellos provocan tumores. Algunos causan cánceres mamarios cuando afectan a las ratas. Otros desarrollan leucemias en el gato. Crean los mismos problemas en los simios y los primates en general. Buscamos desde hace tiempo un retrovirus asociado esta vez a ciertos cánceres humanos. Tuvimos que esperar al año 198 para que tal descubrimiento fuese hecho. Un equipo norteamericano, el del profesor Gallo, del National Institute of Health, y un equipo japonés, pusieron en evidencia la presencia del retrovirus en ciertos linfomas. Esta forma de leucemia se manifiesta por una multiplicación anormal de linfocitos T que se localizan en la piel. Los americanos han bautizado al virus HTLV Human T cell Leukemia Virus, los japoneses ATL: Adult T cell Leukemia Virus. La enfermedad afecta los linfocitos T, los que justamente son atacados en el Sida. Otra coincidencia: este tipo de retrovirus parece existir en el estado endémico de los caribes: incluso acabábamos de identificar un hogar haitiano con el Sida. Los argumentos hacían del HTLV un acusado a escoger.

Los retrovirus constituyen un mundo fascinante. Como todos los virus, viven y prosperan en detrimento del patrimonio genético de la célula que infectan, y se conducen como "parásitos". Solamente poseen un ácido nucleico. Algunos son virus de ADN

porque están constituidos esencialmente de un ácido desoxirribonucleico: otros sólo poseen el ARN, ácido ribonucleico. Los retrovirus pertenecen a este segundo grupo pero se diferencian de los otros por una enzima especial: la reverse transcriptase (en español la transcriptasa inversa). Esta enzima permite al retrovirus fabricar el ADN a partir del ARN viral. El proceso no es simple y sigue varias etapas. En un primer tiempo, la transcriptasa inversa conduce a la elaboración de un ADN complementario. esta última molécula, al principio de la cadena de transformaciones del virus, penetra en el núcleo de la célula infectada. Ahí se inserta en el ADN celular. La infección puede pararse en este estadio. El ADN producido a partir del virus, se dice pro-viral. Pero es virus puede también utilizar toda la maquinaria celular para reproducir ARN viral inicial. Los virus se multiplican entonces.

El equipo del profesor Gallo pensó que el HTLV podía infectar a los enfermos atacados por el Sida. Los americanos buscaron este virus con la ayuda de una sonda molecular. Pero los resultados conocidos al final del 82, hasta donde nosotros supimos, era desilusionante. Sólo dos enfermos sobre la treintena puesta en observación traía el retrovirus.

Es en este momento que en Francia, también buscamos el famoso retrovirus. Y, como nosotros conocemos los resultados dudosos del estudio norteamericano, adoptamos otro camino. Nuestro análisis era el siguiente. Nuestros colegas quisieron poner al virus en evidencia en las personas afectivamente atacadas. Pero lo que comenzábamos a entrever de la enfermedad dejaba pensar que ella destruiría ciertos linfocitos T.

Pero los virus no viven fuera de las células que infectan. Sin linfocitos T, aunque con mayor o menor número de virus continúan

existiendo, luego entonces no son culpables. Decidimos entonces aislar al virus al principio de la enfermedad. Las dificultades no eran pequeñas, pues nos costaba trabajo apreciar lo que era exactamente la forma inicial del Sida. Escogimos como indicador el síndrome ganglionario. Teníamos más probabilidad de encontrar virus en las células de los ganglios, en estado precoz, que en la forma evolucionada de la enfermedad. Tomamos células de un joven sospechoso de padecer Sida que sufría adenopatías y las pusimos en cultivo.

Seguramente existen en Francia, varios equipos que pueden cultivar los retrovirus, como es el del Instituto Pasteur en París y en Lille. El encuentro con estos especialistas se debe a una serie de peripecias tales, que la historia merece ser contada. Yo daba una conferencia (Dr. Willy Rosenbaum) sobre el Sida frente a una asamblea de congéneres del Instituto Pasteur de París. Era al principio del año 1983. Cuando terminé mi intervención y examinando las diferentes hipótesis de la enfermedad y especialmente la que concernía a los retrovirus, me acuerdo de haber lanzado, un poco por provocación, este llamado: "¿Hay un retrovirólogo en la sala?" Todo el mundo se rió con la puntada a pero nadie me indicó que el especialista que yo buscaba se encontraba en el piso de abajo. No había malicia en esta actitud. Las gentes simplemente no estaban suficientemente convencidas de la hipótesis. Dos meses más tarde me enteré por Françoise Brun, una virologista, que estos especialistas existían y que trabajaban en el Pasteur. Otra coincidencia, el equipo compuesto por el profesor Lue Montagnier y el profesor Jean Claude Chermann se aprestaban a cultivar un retrovirus animal. Toda la infraestructura estaba puesta desde hacía poco. En subsiguientes y largas discusiones, estos investigadores aceptaron buscar un hipotético retrovirus humano en las células ganglionares de nuestro paciente. El Sida no

entraba en sus preocupaciones inmediatas. Además, seguramente no creían que este cultivo pudiese llegar, porque la experiencia demuestra que hacen falta largos años para descubrir este género de virus. Aceptaron sin embargo este trabajo, un poco al margen de su búsqueda principal. Era en junio de 1983. Debo decir que tampoco yo esperaba resultados espectaculares en una primera experiencia, sometida a tantas eventualidades. Al cabo de 20 días, contra toda esperanza, una actividad transcriptasa inversa apareció en el cultivo, signo de la presencia de un retrovirus. Cuando Montagnier y Chermann me informaron mi sorpresa fue real. Ellos habían separado 8 días antes de informarme por lo difícil que las cosas parecían ser. El virus fue muy rápidamente puesto en evidencia por las pruebas biológicas, y lo vimos en el microscopio en las semanas subsiguientes. Tuvimos una suerte extraordinaria al encontrarlo en la primera tentativa. No es seguro que hubiésemos seguido con nuestras búsquedas si hubiésemos fracasado. La manipulación, en efecto, se añadía al trabajo del equipo de Pasteur y exigía, a pesar de todo, un esfuerzo de preparación y de tiempo.

Una toma de sangre efectuada sobre el joven en cuyos ganglios existía el retrovirus, permitió aislar los anticuerpos. Esto probaba que el virus provenía de esta persona, y que no había error de manipulación. A partir de este momento comenzó una verdadera búsqueda. Había que establecer la ficha y a saber si el virus era nuevo. En todo caso era un retrovirus. No pudimos clasificarlo en una familia de retrovirus conocida. Se distinguía por caracteres morfológicos propios. El único retrovirus conocido en el hombre es precisamente el famoso HTLV. Y comparándolos, nos dimos cuenta que tenían un punto en común: la misma transcriptasa inversa. Pero ahí parecen detenerse las coincidencias. NO tienen la misma constitución antigénica. Los anticuerpos del HTLV no reconocen al virus de Pasteur e inversamente se diferencian por sus

proteínas. Sus constituciones esenciales de virus se caracterizan por su peso molecular. Así el HTLV contiene una P19 y una P24 y el virus aislado en farmacia una P25. Este virus fue bautizado como LAV, iniciales inglesas de Lymphadenopathy Associated Virus.

Desde entonces hemos procedido con diversos cultivos de células provenientes cada una de persona de diferentes y esta vez atacadas por el Sida. Estas muestras revelaron la presencia de virus que finalmente fueron llamados IDAV (Inmuno Deficiency Associated Virus). Cada prueba lleva un número, y existen entre ellos fuertes similitudes. Pero desde un punto de vista científico, no podríamos afirmar que el LAVIDAV sea el mismo virus después de largos meses de estudio. Notemos que estos retrovirus tiene un lazo de parentesco muy próximo con el virus del caballo que provoca una enfermedad conocida desde hace tiempo: la anemia perniciosa equina.

Es en mayo de 1983 que se publican oficialmente, en la revista "Science", los resultados definitivos de la búsqueda del HTLV en los enfermos de Sida, que se llevó a cabo el año precedente, en los Estados Unidos; confirmaban las estimaciones preliminares según las cuales sólo dos enfermos sobre 31 tenían el retrovirus en sus células.

Otro equipo americano, dirigido por Mark Essex, permitió reencontrar anticuerpos dirigidos contra el HTLV. En la población general, solamente una persona sobre 100 posee estos anticuerpos. Mark Essex utilizó en estos enfermos varias técnicas de detección. Encontró anticuerpos anti-HTLV en 40 a 50% de ellos, cifras elevadas, aunque por la especificidad de su método es confiable. El estudio no prueba que este retrovirus sea la causa del Sida. Quizá se adapta a la enfermedad como tantos otros; un oportunista.

En Francia, también las búsquedas se precisaron. Los IDAV fueron descubiertos igualmente en los ganglios de los enfermos atacados por un sarcoma de Kaposi y en los glóbulos blancos de un hemofílico. Poseemos un método de despiste que, aunque rudimentario, pone en evidencia los anticuerpos, contra el LAV en el 70% de las personas que tienen los signos de ataques ganglionarios y en el 50% de los enfermos en los cuales el Sida ha sido confirmado. En la población general, solamente se les encuentra en un 1% de los casos. Porcentaje que sube al 15% en los homosexuales a los que se les hizo pruebas en un centro de enfermedades venéreas.

"L'outsider" tuvo que venir de Bélgica. Los médicos dijeron haber descubierto un retrovirus original. Pero solamente dieron como pruebas fotos tomadas en el microscopio electrónico. Esta versión del virus es muy controvertida en la comunidad científica. Pensamos que estos buscadores vieron más bien células constituidas, digamos atípicas. Sin embargo hicieron una constatación muy interesante; encontraron en los enfermos anticuerpos dirigidos contra un retrovirus animal. Este provoca una leucemia bovina. Este hecho sorprendente no significa que los hombres sufran la misma enfermedad que el ganado, pero la reacción sugiere que existen líneas cruzadas entre el virus animal y el virus humano. Deben existir similitudes entre estos dos agentes. Los médicos belgas utilizaron antígenos del virus de la leucemia bovina para descartar la presencia del virus humano. Un estudio norteamericano publicado en febrero de 1983 confirma netamente la hipótesis retrovirus.

En California sucedió la muerte de varios simios a causa de una epidemia de la que no se conoció la causa, 64 simios murieron. Hoy sabemos que esta enfermedad se parece extrañamente al Sida.

Los investigadores la han bautizado como SAIDS (Simian Acquired Immuno Deficiency Syndrom). El retrovirus que es la causa, ha sido aislado. Fue puesto en cultivo, purificado y después inyectado a dos hembras simias. En menos de un mes, ellas desarrollaron un síndrome precoz parecido al Sida. Murieron al cabo de 8 semanas, llevadas por una enfermedad pulmonar debida a infecciones que se presentaron en su oportunidad.

En la actualidad, sólo dos candidatos quedan para determinar la causa del Sida humano: el HTLV y el LAV. Se sospecha que son el origen de la enfermedad. Uno y otro tienen un atractivo muy particular por los linfocitos T. La responsabilidad del HTLV parece, sin embargo dudosa. Provoca linfomas en la piel, tumores conocidos desde hace tiempo, sin que haya demostrado que estaba asociado a un inmunodepresión aislada, como puede ser el caso de ciertos retrovirus animales. En cultivos sobre todo, el HTLV permite una multiplicación indefinida de linfocitos T, pero en el Sida estas células son, a la inversa, destruidas. El HTLV, por lo demás vive en regiones muy precisas, en particular en el Japón donde no existe el Sida.

Por lo contrario, algunos supuestos pesan fuertemente sobre la culpabilidad del virus aislado en el Instituto Pasteur. Ataca a los linfocitos auxiliares y los mata, como lo han demostrado investigaciones del doctor David Klatzmann. Este subgrupo de linfocitos T son el núcleo de predilección del Sida. En la enfermedad, estos glóbulos blancos no se manifiestan, están ausentes o son destruidos o sus funciones permanecen retardadas. Otro argumento incrimina al LAV: La frecuencia elevada de anticuerpos encontrada en los enfermos.

Se detecta la presencia del virus en una persona sobre dos atacada por el Sida y el 70% de las que tienen un síndrome

ganglionario. Hay una explicación inmediata concerniente a esta zona oscura. Disponemos de un método que no es lo suficientemente sensible. La búsqueda de anticuerpos contra el virus de la hepatitis B, por ejemplo, utiliza varias técnicas diferentes. Y sabemos bien que una prueba puede ser negativa con un método y positiva con el otro. Para el LAV, nuestra búsqueda es muy rudimentaria pero va a enriquecerse con otras técnicas y a mejorar sus resultados. Existe otra explicación posible del hecho de que no encontremos anticuerpos en todos los enfermos: algunos pueden sentir dificultades en fabricarlos. Este hecho asevera particularmente en una enfermedad tan compleja como el Sida. Último argumento: el virus podría estar presente, pero inactivo, enmascarado en ciertas fases e la enfermedad, momentos de donde no hubiese más producción de anticuerpos. La única forma fiable de atrapar al virus sería la de poseer la sonda molecular. Esta técnica identificaría sobre seguro al LAV pro-viral en el seno mismo de las células infectadas. Pero todavía no disponemos de ella.

A pesar de la debilidad de nuestros medios de investigación, la presencia bastante frecuente de anticuerpos anti-LAV implica fuertemente el virus en la enfermedad. Otro argumento, más indirecto que éste, respalda todavía esta hipótesis de forma seductora. El Sida presenta analogías por la enfermedad del gato provocada por un retrovirus, el FelV (Felin Leukemia Virus). Este virus es interesante porque cuando infecta al animal, provoca algunas leucemias y un número más grande todavía de inmunodepresiones, ataque de la inmunidad no del todo comparable a la del Sida, pero de la cual pensamos que explica el comportamiento del LAV. En efecto, hemos notado, desde hace poco, que los genes expuestos al riesgo del Sida provocaban linfomas. El número y la frecuencia de esta enfermedad de la sangre se acrecentó notablemente en los últimos años. Podríamos

preguntarnos entonces si el retrovirus facilita la aparición de tumores en ciertos casos y conlleva a una inmunodepresión en los otros, como lo hace el retrovirus del gato. Los retrovirus están sin duda alguna en el origen del Sida. Todos los argumentos que acabamos de enunciar hablan a su favor en ese sentido, aunque por lo contrario, aún carecemos de elementos suficientes para poder determinar su modo de acción. ¿Ellos infectan un organismo, pero cuáles mecanismos desarrollan la enfermedad? No tenemos la llave de esta respuesta y solamente podremos contestar con una serie de hipótesis. La más simple consiste en decir que el virus mata la célula. Se reproduce de preferencia en los linfocitos T auxiliares, los destruye y disminuye por consiguiente sus funciones inmunitarias. Otra hipótesis: las proteínas virales en fracción provocan los mecanismos celulares o los rompen. Podemos imaginar también que ellas perturban el metabolismo de las células y la convierte entonces en tumoral. Aquí no se detienen las suposiciones. Las células parasitarias pueden provocar una reacción autoinmune. El virus en efecto transforma sus caracteres genéticos y el organismo elimina por lo tanto sus propios glóbulos blancos que ya no reconoce.

Parece ser que no cualquier persona puede contraer la enfermedad. Tendría un terreno genético favorable a esta eclosión. Los grupos tisulares son nuestra carta de identidad, firman para cada uno nuestro carácter individual único y comprenden una infinidad de subgrupos. Algunos enfermos pertenecen a grupos tisulares HLA particulares: el HLA Dr5 más a menudo.

El problema actual es el de transigir en favor de uno y otro de los mecanismos y porque sus consecuencias son diferentes. Si se trata de un desarreglo de la función inmunitaria, nosotros tomaríamos a la enfermedad como lo hacemos en ciertos cánceres de la sangre: leucemias, o linfomas. Si el proceso corresponde a una

destrucción celular, el acercamiento sería más próximo al que tendríamos en caso de una enfermedad infecciosa. Descubrir cual de estos mecanismos es la clave que permitiría esclarecer una verdadera estrategia terapéutica.

Hasta que no tengamos una prueba formal actualmente la hipótesis viral, en particular la que implica un retrovirus, es la más válida. Muchos elementos se acumulan en su favor, aunque en el proceso de las investigaciones ninguno fue desmentido.<sup>1</sup>

## **1.2. Naturaleza, Manifestación, Consecuencias**

a) Naturaleza. El VIH ( el virus que causa el SIDA) ataca las defensas del cuerpo. Después de entrar al cuerpo, el virus daña las células que lo defienden contra las infecciones, ( células T y otros glóbulos blancos).

Sin estas células, las defensas del cuerpo ( sistema inmunológico), no pueden funcionar bien. El virus puede también multiplicarse e infectar órganos a través del cuerpo, alterando otros sistemas del cuerpo.

Unas pocas semanas después de infectarse frecuentemente la persona con el VIH desarrolla síntomas similares a los de la influenza o la mononucleosis.

Este periodo de malestar puede durar alrededor de una semana. De ahí en adelante puede llevar hasta diez años para la persona con el VIH desarrolle el SIDA.

---

Sida realidades y fantasmas. Dr. Willy Rozenbavan, Dr. Didier Seux. Annie Kouchner. Serie Ciencia 2 Editorial Katún S.A.

En el interno, puede o no tener síntomas, sin embargo, puede sufrir de fiebres graves o prolongadas, glándulas linfáticas que permanecen inflamadas, fatiga constante, y sudor nocturno persistente.

Una vez que desarrolla el Sida, la persona puede no tener síntomas; sin embargo puede sufrir enfermedades que la gente sana generalmente resistiría, así como dificultades motoras y de memoria, diarrea crónica y pérdida de peso injustificada y debilitamiento general de las funciones del cuerpo.

#### b) Manifestación.

El Sida es el resultado de la infección por VIH. Las personas infectadas por el VIH tienen diferentes signos y síntomas de acuerdo al desarrollo de la infección. La mayoría de los infectados no tienen síntomas en un principio. Pueden ni siquiera saber que están infectados.

Posteriormente algunos pueden tener grave o prolongada;

- *Fatiga*
- *Fiebre*
- *Diarrea*
- *Erupciones en la piel*
- *Sudor nocturno*
- *Pérdida de apetito*

- *Glándulas linfáticas inflamadas*
- *Gran pérdida de peso*
- *Falta de resistencia a las infecciones*
- *Manchas blancas sarrosas en la boca (síntomas de afta)*
- *Dificultades con la memoria y los movimientos*
- *Tos seca o falta de aliento*
- *Manchas rojas o violáceas (Sarcoma de Kaposi) en cualquier lugar de la piel, a través del cuerpo.*

Las personas con el Sida pueden sufrir de una variedad de infecciones oportunistas (muchas de sus enfermedades no atacarían a alguien con el sistema inmunológico sano). Además, la persona con el SIDA puede tener problemas con el funcionamiento de algún órgano: pulmones, hígado, riñones, intestinos, corazón, etc. Cada persona afectada puede mostrar un conjunto de síntomas y signos distintos.

Se deben recordar dos cosas:

- a) Aunque se sientan y se vean saludables, todas las personas infectadas por el VIH pueden contagiar a otros con el virus.
- b) Tener los síntomas o signos pueden indicar infección por el VIH sintomático o el Sida. Solamente un médico puede decirle que indican sus síntomas y signos.

El Sida es el resultado de la infección causada por un virus (VIH). Si usted no tiene síntomas y no ha compartido agujas y jeringas ni ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada, probablemente usted no tiene virus. Y a no ser que usted tenga el virus (VIH), usted no puede desarrollar el Sida.

Sin embargo, si usted ha compartido agujas y jeringas o ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH, usted puede haberse contagiado. El no tener síntomas no significa necesariamente que usted, no tiene el VIH. Mucha gente que tiene el virus no desarrolla inmediatamente síntomas y puede sentirse bien por un largo tiempo. Si usted cree que puede estar infectado por el VIH consulte con un médico, hágase un examen y reciba orientación tan pronto como sea posible.

c) Consecuencias. Además de atacar el sistema inmunológico del cuerpo, el VIH (el virus que causa el Sida) puede infectar o incapacitar células en todo el cuerpo. Por ejemplo el VIH puede infectar células en el aparato digestivo y disminuir la capacidad de una persona para absorber los nutrientes necesarios y también permitir que una serie de agentes patógenos infecten el intestino. El VIH puede atacar el cerebro y el sistema nervioso, causando dificultades en los movimientos y en la memoria. También, el virus puede debilitar el corazón, los pulmones, los riñones y el hígado, así como otros órganos, así es que al dañar muchos de los sistemas vitales del cuerpo y hacer el cuerpo vulnerable a una variedad de infecciones, al VIH puede causar que muchos sistemas del cuerpo funciones mal, cuando una persona ha desarrollado el Sida.

Las personas con el VIH (el virus que causa el Sida) son infecciosas, hayan desarrollado o no el Sida, al comienzo de la infección, el virus penetra en los glóbulos blancos de la persona se

● multiplica. Los glóbulos blancos infectados y los virus que ellos producen circulan por todo el cuerpo y aparecen en ciertos fluidos corporales, especialmente la sangre, el semen, y las secreciones vaginales.

De este modo, mucho antes de manifestar algún síntoma del Sida, la persona puede tener el VIH en estos fluidos y podría infectar a todos a través de relaciones sexuales o del contacto sanguíneo.

### **1.3. Diferencia con otras enfermedades sexuales**

● El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA-VIH), es una enfermedad que afecta la capacidad que tiene el organismo para combatir infecciones. El diagnóstico del Sida, se realiza por evolución clínica cuando la vida de una persona se encuentra amenazada por enfermedades, que por lo general no se presentan en personas que tienen funcionando normalmente su sistema de inmunidad, las dos enfermedades que con frecuencia se presentan en pacientes con Sida son: una forma de neumonía provocada por un microbio llamado *Pneumocystis Carinii*, y/o una forma de cáncer que afecta la piel y al recubrimiento de vasos sanguíneos, llamado Sarcoma de Kaposi.

Estas enfermedades no son causadas por el virus de VIH, este causa la disminución de las defensas que permite el desarrollo de estas enfermedades y que son las últimas causas de muerte en los pacientes con Sida.

Concepto de salud. Ausencia de enfermedad

Concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud. Salud es el equilibrio bio-social del individuo.

Concepto de Enfermedad. Es el desequilibrio bio-psico-social del individuo.

Enfermedad contagiosa. Es una entidad patológica la cual se puede transmitir de un individuo a otro por cualquier vía.

Respecto de las enfermedades transmisibles la Ley General de Salud en su Capítulo II, artículo 134, nos habla de cada una de estas enfermedades:

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

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

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

III.- Tuberculosis;

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

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

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

VII.- Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitida por piojo, otras rickettsiosis, leishamianiasis, tripanosomiasis, y oncocercosis.

VIII.- Sífilis, infecciones gonocóccicas y otras enfermedades de tratamiento sexual;

IX.- Lepra y mal del pinto;

X.- Micosis profundas;

XI.- Helmintiasis intestinales y extraintestinales;

XII.- Toxoplasmosis;

XIII.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y

XIV.- Los demás que determinan el Consejo de Salubridad General y los Tratados y Convenciones Internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieran celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El artículo 134 de la Ley General de Salud, nos indica cuales son las enfermedades transmisibles, y entre las que se encuentra tipificada en la fracción XIII, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida-VIH).

La diferencia entre el Sida, y otras enfermedades sexuales; es que el Sida;

- a) Es una enfermedad nueva.
- b) Es una enfermedad Viral.
- c) Es una enfermedad transmisible, que una vez que se adquiere, se tiene para toda la vida.
- d) Es una enfermedad que puede ser sintomática o asintomática.
- e) Es una enfermedad incurable, ya que hasta la fecha no existe vacuna, terapia, ni medicamentos eficaces que puede combatirla;
- f) Es una enfermedad que suele tener un largo periodo de incubación en algunos sujetos infectados por VIH, y esto le concede peculiaridades que la distinguen sobre las enfermedades de las que habíamos tenido en el pasado;
- g) Es una enfermedad que se propaga a través del contacto sexual; vaginal, oral, anal y del contacto sanguíneo con personas infectadas;
- h) El "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad hasta nuestros días mortal".

A continuación damos una introducción a la venereología para ver una diferencia mayor entre las demás enfermedades sexuales.

Se designa con las siglas EST el conjunto de enfermedades infectocontagiosas bacterianas, vírales o parasitarias cuya transmisión se debe a contactos sexuales. Al contrario de lo que podía esperarse con la aparición de los antibióticos, y a pesar de su utilización creciente, no solamente no han desaparecido las EST, sino que el número de personas afectadas sigue en aumento. Las EST

plantean un problema de salud pública preocupante a causa del creciente costo socioeconómico.

➤ *Diversidad de gérmenes causales*

El panorama etiológico de las EST tiende a ampliarse, y algunas de ellas se han vuelto epidémicas, e incluso hiperendémicas. El cuadro I resume los gérmenes principales que se transmiten por vía sexual y las enfermedades que originan.

▶ La sífilis

Ésta no ocupa ya el primer lugar. Aunque las manifestaciones clínicas clásicas apenas han cambiado, hay que subrayar la frecuencia de las formas atípicas o latentes que la serología descubre. El diagnóstico serológico de la sífilis ha progresado mucho con la aplicación de la inmunofluorescencia. La sensibilidad del *T. pallidum* a la penicilina no se ha modificado.

▶ El gonococo

Este es el germen que se encuentra con más frecuencia, lo que ha convertido la gonococia en una enfermedad pandémica. En Estados Unidos están contaminadas el 5% de las mujeres embarazadas, y el 9% de las mujeres en general. Desde hace algunos años se destaca la aparición de colonias de gonococos secretoras de lactamasas B resistentes a la penicilina, lo cual exige el empleo de antibióticos más caros.

Germen patógeno	Enfermedad o síndrome
Bacterias	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, cervicitis, rectitis, faringitis, conjuntivitis, endometritis, perihepatitis, bartholinitis, síndrome de infección amniótica, infección gonocócica general, parto prematuro y ruptura prematura de las membranas (?), salpingitis, y sus secuelas (esterilidad, embarazo ectópico y salpingitis recurrente).
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis, epididimitis, cervicitis, salpingitis, conjuntivitis de inclusión, neumonía infantil, otitis media, tracoma, linfogranuloma venéreo, neumonía del adulto sometido a un tratamiento inmunosupresor, síndrome de disuria y polaquiuria en la mujer, perihepatitis (?), bartholinitis (?), síndrome de Reiter (?), mortalidad fetal y neonatal (?), endometritis postpartum (?), displasia cervical (?), aborto espontáneo (?) y endocarditis (?).
<i>Mycoplasma hominis</i>	Fiebre en el curso del postparto y salpingitis.
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis, amniocoronitis, bajo peso en el recién nacido (?)
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Haemophilus vaginalis</i>	Vaginitis.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando.
<i>Calymatobacterium granulomatis</i>	Donovanosis (granuloma inguinal).
<i>Shigella species</i>	Shigellosis (transmitida por vía sexual entre los homosexuales masculinos).
Estreptococo del grupo B (?)	Septicemia neonatal y meningitis neonatal.
Virus	
Virus del herpes	Herpes genital primario y recurrente, meningitis de líquido claro, herpes de recién nacido mortal o causante de secuelas neurológicas, carcinoma del cuello uterino (?), aborto espontáneo y parto prematuro (?).
Virus de la hepatitis B	Hepatitis aguda, crónica y fulminante acompañada de fenómenos asociados a la formación de inmunocomplejos.
Cytomegalovirus (?)	Infección congénita (malformaciones graves y mortalidad infantil, deficiencias congénitas, por ejemplo, retraso mental o sordera neurosensorial). Mononucleosis infecciosa heteronegativa, cervicitis y manifestaciones proteiformes en un huésped sometido a inmunodepresión
Virus del condiloma acuminado	Condiloma acuminado y papiloma laríngeo del lactante.
Virus del molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum genital.
Protozoarios	
<i>Trichomona vaginalis</i>	Vaginitis, uretritis (?), balanitis (?)
<i>Entamoeba histolytica</i>	Amebiasis (transmitida por vía sexual, sobre todo en los homosexuales masculinos).
<i>Giardia lamblia</i>	Lambliasis (transmitida por vía sexual, sobre todo en los homosexuales masculinos).
Hongo	
<i>Candida albicans</i>	Vulvovaginitis, balanitis y balanopostitis.
Ectoparásitos	
<i>Phthirus pubis</i>	Contagio por ladilla.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna.

*Cuadro 1. - Górmeses esenciales transmitidos por vía sexual y enfermedades que provocan.*

### *Chlamydia micoplasmas*

Se han descubiertos más recientes y han pasado ha ocupado un lugar cada vez más importante. Los Chlamydia son la causa del 20% al 50% de la uretritis postgonocócicas.

Según los autores, los micoplasmas son los del 20% al 80% de los casos de ONG.

### *Haemophilus ducreyi*

Existen de forma endémica en regiones tropicales y subtropicales. Desde 1968 se observa en París una verdadera epidemia de chancro blando.

Están lejos de hallarse los signos clásicos de esta afección, y la frecuente modificación en la sintomatología del chancro sifilítico dificulta el diagnostico diferencial entre estas dos afecciones debido a la construcción de un cuadro en tanto intermedio.

### *La donovanosis o granuloma venéreo tropical*

Esta afección, que también ha vuelto a surgir en Francia, no debe olvidarse en pacientes que vienen de regiones tropicales.

### *Las treponematosis no venéreas*

Fueron el objetivo de una campaña de erradicación. Una de las consecuencias más sorprendentes es la aparición del Treponema pallidum en territorios en que hasta ahora pareciera que lo habían desplazado otras trepomatosis.

➤ *Los condilomas acuminados*

Son la consecuencia del papiloma viral, asimismo frecuentísimos y plantean el problema de su relación con el condiloma gigante de Buschke Lowenstein que algunos consideran como un estado preepiteliomatoso.

Otras enfermedades virales, como el virus de la hepatitis B y los del grupo de los herpes (CMV, virus Epstein Barr, Herpes simplex) son sexualmente transmisibles.

La mayoría de estos gérmenes no confieren inmunidad o la misma es incompleta, con el riesgo consiguiente de reinfecciones repetidas.

➤ *Las EST no son enfermedades benignas*

Se suele subestimar la gravedad de las EST.

La sífilis, si no se practica un tratamiento precoz, puede evolucionar hacia el periodo terciario en que las lesiones viscerales resultan ya inaccesibles al tratamiento.

Las infecciones por gonococo, Chlamydia o micoplasma pueden producir salpingitis recidivantes, bilaterales a veces, que dan lugar a la esterilidad.

Existe el riesgo de transmisión congénita de las infecciones por *T. pallidum* y citomegalovirus y de transmisión neonatal de las infecciones por *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae*, virus del herpes, CMV, Papilloma virus, *C. trachomatis* y estreptococo del grupo B.

Por último, hay que subrayar el riesgo oncogénico de las infecciones por virus herpes y por Papilloma virus (carcinomas

genitales) así como el de depresión inmunológica y oncogénica de las infecciones de retrovirus (SIDA).

➤ *Aspectos epidemiológicos*

➤ *Modo de contagio*

La ubicación habitual de las lesiones contagiosas a nivel de las mucosas genitales, anales u orofaríngeas demuestra la casi necesidad de un contacto sexual de mucosa a mucosa para que se produzca la transmisión de gérmenes.

Las relaciones libres, el amigo o amiga de paso, se han convertido en la causa principal de contagio. Este problema entraña una importancia epidemiológica inmensa, pues la pareja se despreocupa tanto más del riesgo infeccioso cuanto más desinteresada sea la amistad que le une al o a la amante, y la indagación epidemiológica resulta mucho más difícil de realizar. La prostitución femenina no es ya la primera causa de contagio, y por otra parte un gran número de prostitutas acuden regularmente al médico o al dispensario para someterse a examen.

La homosexualidad masculina, en cambio, alcanza un nivel inquietante en la diseminación de las EST, puesto que estos sujetos desarrollan comúnmente una gran actividad sexual con numerosos compañeros, a menudo anónimos, en el seno de un subgrupo altamente contagioso. Este tipo de relación facilita que se introduzcan nuevos gérmenes en la lista de las EST, particularmente los intestinales.

## ***Factores de diseminación***

La evolución de las costumbres, la difusión de los métodos anticonceptivos y el empleo frecuentes de temas sexuales en la publicidad son la causa de que el mundo actual se encuentre sometido a un impacto sexual importante y a un riesgo venéreo en aumento. Desde hace algunos años la incidencia de las EST es más alta entre los jóvenes de ambos sexos que en el resto de la población.

La duración de la actividad sexual aumenta debido a una maduración sexual más temprana, una menopausia a edad más avanzada y un aumento de la longevidad en los dos sexos. El número de contactos sexuales y por consiguiente la probabilidad de adquirir una infección genital aumentan paralelamente. Las migraciones humanas también influyen decisivamente. Las personas más expuestas al riesgo venéreo son las que la profesión les obliga a realizar viajes internacionales, como guías, tripulaciones de avión, periodistas, marineros ect. Los trabajadores inmigrantes, por las condiciones de su vida social (aislamiento afectivo y sexual), están más expuestos al contagio infeccioso y contribuyen a mantener la endemia.

Todas las circunstancias que conducen a la concentración de personas (turismo, asociaciones de vacaciones, grandes conjuntos de las periferias humanas, festivales juveniles) facilitan las relaciones humanas y los riesgos de contagio.

### ***Los aspectos médicos***

El factor principal en la diseminación de las EST sigue siendo la demora en cuanto al diagnóstico y la terapéutica, lo cual contribuye

a que los enfermos contagiosos diseminen el mal. Hay que señalar varios aspectos:

- ♦ La frecuencia de portadores asintomáticos.
- ♦ La frecuencia de cuadros clínicos atípicos y de localizaciones anales y faríngeas engañosas.
- ♦ La administración abusiva, sin análisis previos, de una antibioticoterapia local o general.
- ♦ La falsa seguridad que confieren análisis de laboratorio
- ♦ La asociación de varias EST en un mismo paciente.

➤ *Imperfecciones en la lucha contra las EST*

La educación y la información sanitarias relativas a las EST resultan insuficientes. Una demora perjudicial en el tratamiento del enfermo procede de que ignora los signos que presenta y tarda en consultar.

Los médicos, por falta de información epidemiológica, se despreocupan a veces de buscar y tratar a las parejas sexuales de sus pacientes.

➤ *Particularidades en las profilaxis de las EST*

La profilaxis de las EST radica en:

- ♦ La lucha contra los gérmenes causales mediante la antibioterapia específica tan pronto como sea posible, «tratamiento inmediato» que rompe las cadenas de contagio. Este método depende de los resultados de una indagación

epidemiológica que descubra a los enfermos, a sus «contactos» y a los portadores asintomáticos. Esto queda garantizado en Francia por una infraestructura medicosocial que comprende documentos (declaración obligatoria, tratamiento, análisis prenupcial y prenatal gratuitos) y personal médico privado o público (dispensario de profilaxis antivenérea).

La educación e información sanitarias de los grupos con alto riesgo, en particular los adolescentes.

La información debe tratar sobre los síntomas principales de estas enfermedades, el riesgo de transmisión a la pareja o parejas sexuales y los medios diagnósticos y terapéuticos.

Es preciso destacar la importancia creciente de las EST como causa de esterilidad masculina y femenina, de morbilidad infantil, y la eficacia de un tratamiento temprano aplicado simultáneamente al enfermo y a las personas con quienes ha tenido contacto.<sup>2</sup>

► *Sífilis y treponematosis endémicas*

*Manifestaciones cutaneomucosas de la sífilis*

Aunque las manifestaciones cutaneomucosas típicas de la sífilis no hayan cambiado desde la época de las descripciones clásicas, en todas las xilografías actuales se observa un número creciente de sífilis atípicas o asintomáticas, cuyo desconocimiento es causa de difusión de la enfermedad.

La sífilis evoluciona espontáneamente por períodos separados, con intervalos cada vez más prolongados, en los que permanece latente a medida que envejece. Según las manifestaciones clínicas y

---

<sup>2</sup> Dra. F. Granier, Clínica Dermatológica, Hospital E. Herriot. Lyon (Francia).

El orden cronológico se diferencia los periodos siguientes; la sífilis primaria, la secundaria y la terciaria.

### Sífilis primaria

La incubación empieza al día mismo del contagio, dura en promedio tres semanas y a menudo se prolonga hasta dos o tres meses a causa de un tratamiento por antibióticos prescrito por una afección paralela. Clínicamente y humoralmente es una fase contagiosa, pero sin manifestaciones.

El chancro constituye la primera manifestación patente de la enfermedad, y surge en lugar de inoculación. A menudo el aspecto inicial de mancha rosada, que la recubre una serosidad, pasa inadvertido.

El aspecto del chancro típico en el hombre es la erosión más insignificante;

Exulceración redonda u oval.

A la altura del tegumento adyacente.

De 0,5 a 2 cm. De diámetro.

De contorno regular.

De superficie lisa, vidriada, de color rojo, de aspecto musculoso, de donde brota una serenidad pura.

Deben notarse dos características importantes;

La lesión es indolora, sin reacción inflamatoria periférica.

- El endurecimiento de la base, muy típico, da una sensación de consistencia acartonada al palparse con protectores.

La adenopatía satélite es precoz y sobreviene al cabo de cuatro o cinco días.

Por lo general la constituyen varios ganglios:

- De tamaño desigual, es más voluminoso en el centro, y todos situados en la ingle.
- Insensibles, sólidos y móviles.
- Sin periadenitis.
- Un cordón de linfangitis puede unir el chancro a la adenopatía.

Sin tratamiento el chancro se epidermiza entre cuatro y ocho semanas, dejando a veces una cicatriz cobriza. La adenopatía y el endurecimiento duran varios meses y se volverán a encontrar en el período secundario.

#### *Formas clínicas sintomáticas*

Según el tamaño, chancro enano poco endurecido, efímero, y el gigante en la piel, poco endurecido y a menudo doloroso.

Según la profundidad, chancro ulceroso e incluso perforante en los habitantes de África del Norte o de África Negra, el palpuloerosivo de las semimucosas y el seudotumoral en los labios y el mentón.

Según la superficie, chancro difteróide, escamoso, localizado en la piel, de superficie purulenta, y los múltiples por autoinoculaciones.

### *Formas topográficas*

#### *Chancros genitales*

En los hombres el de la ranura longitudinal balanoprepucial es el más típico y frecuente, que presenta el aspecto de una hoja de libro.

El subprepucial, muy inflamatorio.

El frenoprepucial, generalmente enano, y el de la base del freno que se prolonga a lo largo del frenillo, en forma de raqueta.

El del meato, que simula una uretritis.

En las mujeres el chancro pasa inadvertido con harta frecuencia .

- Por lo general, se encuentra localizado en la vulva, en los grandes labios, y va acompañado de una infiltración edematosa elefantoide. En los pequeños labios suele ser enano, múltiple y herpetiforme.
- El chancro de la vagina es infrecuente.
- El chancro del cuello uterino, con una frecuencia del 36% según Durel, sólo se puede ver por medio de un espéculo, es papuloerosivo y simula una exocervicitis cuando se halla cerca del orificio. La adenopatía satélite pelviana sólo se observa por medio de un tacto vaginal, en fondo de saco.

▶ Chancros extragenitales

▶ Chancros anorrectales

La frecuencia de los mismos aumenta actualmente en un 10%, a causa de la homosexualidad masculina.

- El anal cutáneo es una erosión endurecida, y hay que detectar la hipertrofia de un pliegue radiado. La adenopatía es inguinocrural.
- El del canal anal sólo se puede reconocer por medio de anoscopio.
- El hemorroidal se localiza encima de un rodete de hemorroide.
- El de la ampolla del recto, poco frecuente, se manifiesta por proctitis (crisis dolorosas con secreción de flemas ensangrentadas).

El restoscopio muestra una lesión erosiva o ulcerada.

La adenopatía se observa de manera intermitente, inguinal en las lesiones de las partes bajas, y retrorectal o laterorrectal en las lesiones de las partes superiores.

▶ Chancros bucofaríngeos

El chancro labial es característico, pues siempre se presenta erosivo en el lado mucoso y escamoso en la región cutánea.

En la lengua, al lado de los chancros erosivos o papulosos evidentes, se puede observar una forma hipertrófica.

En las encías el chancro es superficial, erosivo, sin endurecimiento.

El chancro de la amígdala se asemeja a una angina unilateral sin manifestaciones generales importantes.

#### *Otros chancros extragenitales*

- En el dedo, por razones profesionales (comadrona, médico).
- El chancro de la cara es ulceroescamoso, a menudo vegetante.

#### *Formas complicadas*

- Una fimosis a veces oculta un chancro endoprepucial.
- Una sobreinfección con gérmenes comunes del chancro modifica sus características.
- El fagedenismo es excepcional, y la ulceración continúa ahuecándose, extendiéndose y no se cicatriza.
- El chancro mixto, por inoculación simultánea en el mismo lugar del bacilo de Ducrey y del treponema. Al principio se manifiesta con el aspecto de un chancro flácido, dos o tres días después del contagio, y se modifica posteriormente, al cabo de veinte días, con hundimiento de los bordes y aparición del endurecimiento y de la adenopatía sifilítica típica.

► Sífilis sin chancro

Comprenden las sífilis postransfusionales las decaídas por tratamiento insuficiente y las latentes por nueva infección de un paciente curado de un sífilis anterior que sólo se manifiesta por una brusca elevación de las reacciones serológicas. Todas éstas solamente se confirmarán después de una búsqueda minuciosa de los chancros ocultos.

*Metodología*

En cada caso hay que confirmar el diagnóstico

- Examen con ultramicroscopio de fondo negro para la detección del *Treponema pallidum* a partir de la serosidad que procede de la ulceración.

Los treponemas vivos se identifican por la morfología y la movilidad características de los mismos, y basta un solo treponema para establecer el diagnóstico.

- Paralelamente se practica una serología (absorción de FTA, TPHA).

Las características clínicas y los exámenes humorales pueden eliminar otras erosiones o ulceraciones,

Erosión traumática, herpes genital, chancro escabioso, aftas, balanitis erosiva con secreción mucopurulenta, toxidermia erosiva y epiteloma espinocelular.

El chancro blando se diferencia porque la ulceración es profunda, dolorosa, con borde sanioso, de fondo irregular y purulento. La adenopatía satélite es inflamatoria, dolorosa y puede

convertirse en fístula. El diagnóstico se basa en la identificación del bacilo de Ducrey directamente y en los cultivos, y a veces está asociado a una sífilis.

► *Sífilis secundaria*

Ésta tiene una definición cronológica:

- ♦ La precede un período de segunda incubación caracterizado por una astenia, acompañada de ligero estado febril, que se extiende desde la aparición del chancro hasta la de la roséola. El período secundario puede durar dos o tres años y, sin tratamiento, seguirá una larga fase de latencia antes de que aparezcan los accidentes tardíos terciarios.

*Características esenciales de la sífilis secundaria.*

- ♦ El polimorfismo y la difusión de manifestaciones cutaneomucosas.
- ♦ La máxima contagiosidad de las lesiones abiertas.
- ♦ Reacciones serológicas siempre positivas.
- ♦ La frecuencia de la poliadenopatía y la posibilidad de manifestaciones viscerales (es un período septicémico).

Estas manifestaciones viscerales podrían ser el resultado de depósitos inmunosolubles con producción de reacción inflamatoria.

## *Manifestaciones cutaneomucosas*

Se diferencian tradicionalmente las lesiones secundarias precoces de tipo superficial (la primera aparición) y las secundarias tardías de tipo infiltrado (la segunda aparición).

### *Primera aparición*

#### ➤ *La roséola sifilítica*

- Es la manifestación más precoz de la sífilis secundaria, y empieza seis semanas después del comienzo de un chancro sin tratar. Es muy discreta, a menudo pasa inadvertida y hay que detectarla indirectamente.
- De manera típica, la erupción aparece en dos o tres días con manchas redondas u ovaladas, de 0.5 a 1.5 cm., de diámetro, mal limitadas, de color rosado pálido u oscuro. Las manchas son congestivas, se borran con vitropresión y, característica importante, no son escamosas ni pruriginosas, ni infiltradas. Al principio la erupción se localiza en los costados, y después por brotes sucesivos los elementos se extienden a lo largo del tronco, respetando la cara. En las palmas de las manos la roséola adquiere un aspecto similar a manchas de color rosado camello. La asociación de una roséola y de un síndrome general intenso con alta fiebre provoca un tífus sifilítico excepcional.
- La roséola persiste uno o dos meses, después desaparece espontáneamente y la mayor parte de las veces sin secuelas.

➤ *Localizaciones mucosas secundarias poco frecuentes*

- Las placas mucosas son manchas erosivas, redondas u ovaladas, de tamaño pequeño, de fondo blanco, sin endurecer, indoloras y muy contagiosas.
- Según la localización presentan aspectos particulares:

En la lengua, la cara interna de las mejillas y las encías revisten el aspecto clásico de «placas falsas», redondeadas, con abrasión de las papilas, o una leucoplasia secundaria, o una ragadía lineal.

En las comisuras de los labios simulan una boquera.

Al nivel de la faringe, constituyen la angina roja secundaria (si no hay dolor y la angina persiste, se confirma el diagnóstico, sobre todo cuando se asocia una laringitis que produce ronquera).

Al nivel anogenital el aspecto es el de una fisura.

➤ *Desaparecen espontáneamente en pocos meses.*

- Las alopecias sobrevienen entre el tercero y el sexto mes, y presentan dos aspectos:
- La alopecia local más característica se encuentra en la región temporooccipital y forma placas más o menos lampiñas.

➤ *La alopecia puede ser más generalizada y leve; pero la aparición reciente en un joven puede sugerir la sífilis.*

- Un nuevo crecimiento del pelo, incluso sin tratamiento, ocurre al cabo de tres meses.

## *Segunda aparición*

Se caracteriza por lesiones infiltradas, papulosas, diferentes a las roséolas fundamentalmente congestivas de la primera aparición.

Sobreviene entre el cuarto y el duodécimo mes de la enfermedad, a veces junto con la roséola.

- ♦ Las sífilides papulosas son las más típicas. Son pápulas lenticulares, de tres a diez mm. de diámetro, color rojo oscuro o cobrizo, recubiertas de finas escamas secas y rodeadas de un ribete escamoso, «el collar de Biett», que no es patognomónico. Dos características son primordiales: El endurecimiento de la base y la carencia de prurito.

Son numerosas, diseminadas a lo largo de todo el cuerpo y alcanzan principalmente las regiones palmoplantares y contornos de los orificios (perineo y surco del nacimiento de la nariz).

La evolución por brotes sucesivos explica la coexistencia de elementos de edad diferente. Las lesiones desaparecen espontáneamente en varios meses.

Se pueden encontrar numerosos aspectos atípicos, pero se reconoce siempre la pápula infiltrada mediante un examen:

- ♦ Las sífilides papuloerosivas que se observan en las zonas sometidas a rotamiento y maceración.
- ♦ Las sífilides seborreicas (en la frente, borde del cuero cabelludo, corona veneris).
- ♦ Las sífilides psoriasiformes.

- Las sífilides papuloescamosas que simulan un impétigo en el mentón, el cuero cabelludo y las comisuras labiales.
- Las sífilides acneiformes o varioliformes.
- Las sífilides foliculares, localizadas alrededor del cabello y a menudo agrupadas en corimbos o en placa.
- Las sífilides palmoplantares. Pápulas aisladas profundas, de color rojo, escamosas, evidentes; y otras pápulas dobladas en totalidad o solamente en los bordes y rodeadas de un círculo de epidermis despegada.
- Sífilides ulcerosa, que son poco frecuentes y sobrevienen en una zona debilitada.
- Sífilides papuloescamosas, que evolucionan hacia una ulceración con aspecto de ectima.
- Sífilides a veces ulcerosas de inmediato.
- La sífilis maligna precoz de Queyral hoy día es excepcional. Dentro de un cuadro de alteración del estado general, con fiebre de 39°, síndrome de meningitis y poliadenopatías aparecen lesiones cutáneas ulcerosas, cubiertas de una escama escarrítida y rodeadas de una costra edematosa y roja que constituye la rupia sífilítica. Estas lesiones se observan en caso de déficit inmunitario, y la evolución es variable.
- Sífilides atróficas muy poco frecuentes. Se presentan como manchas atróficas indelebiles, que ocurren después de una sífilis papulosa.

➤ *Lesiones mucosas tardías*

Las placas mucosas de la primera aparición son más tenaces que los elementos cutáneos y persisten más tiempo.

➤ *Lesiones inguinal*

Son poco comunes, y no son patognomónicas. He aquí los dos aspectos más frecuentes:

- Erosiones puntuadas dispuestas en fila a lo largo de una misma línea vertical.
- Estrías transversales, paralelas, onduladas y apretadas (eritema de Millian).

Manifestaciones generales y viscerales durante la sífilis secundaria.

➤ *Signos generales*

En el período de la segunda aparición se suelen observar palidez, adelgazamiento, astenia y ligera fiebre.

➤ *La poliadenopatía*

Es precoz, frecuente y acompaña o precede a la roséola. Los ganglios son pequeños, duros, indoloros, móviles y no supuran. Son dos las localizaciones patognomónicas: una en la epitróclea y la otra cervical posterior.

### ➤ *Afección hepática*

Se presenta a menudo y de manera moderada, sin signos histológicos específicos, y la evolución es favorable bajo tratamiento adecuado, pero la reacción de Hersheimer con frecuencia es intensa.

La afección renal sigue siendo poco común y presenta la mayor parte de las veces una glomerulonefritis extramembranosa.

La hipótesis de una lucha entre antígenos y anticuerpos como origen de las lesiones glomerulares la comprobará la detección en los depósitos glomerulares de anticuerpos que tengan una actividad antitreponémica específica (Gamble) y del antígeno treponémico (Turville y O`Regan).

En 1978 Selling observó complejos inmunes circulantes e insistió en la función de los mismos en la génesis de la nefropatía.

### ➤ *Afección ósea*

Es frecuente y se puede aislar. A veces la revelan los dolores, y mayormente las lesiones óseas localizadas en el cráneo y la tibia.

Se trata de una osteoporosis que sin tratamiento específico evoluciona hacia una osteitis.

### ➤ *Afección neurológica*

En el curso de la sífilis secundaria se puede descubrir una meningitis por medio de un examen sistemático del LCR, y cuya frecuencia es variable. En la mayoría de los casos clínicamente se presenta de manera asintomática.

El estudio serológico del LCR plantea cierto número de problemas que expondremos en el capítulo siguiente.

La evolución generalmente favorable de esta meningitis secundaria bajo tratamiento, no hace necesario un estudio sistemático del LCR.

Sin tratamiento específico esta fase es resolutive espontáneamente, y solamente un 10% de los pacientes desarrollarán una neurosífilis.

➤ *Afecciones viscerales menos frecuentes*

A menudo se detectan afecciones sensoriales de tipo laberíntico, ocular (iridocilcitis), articular y epididimario.

➤ *Aspectos histológicos de la sífilis secundaria*

Al polimorfismo clínico de la sífilis secundaria corresponden diferentes aspectos histológicos, de los cuales sólo algunos presentan un valor de orientación:

- Una infiltración inflamatoria de la dermis papilar, en que predominan linfocitos y plasmocitos de topografía perivascular.
- Alteraciones de los vasos dérmicos: dilatación, engrosamiento de las paredes de los vasos y aumento del volumen de las células endoteliales.

### ➤ *Diagnóstico*

Se basa por una parte en la detección por medio del ultramicroscopio del treponema al nivel de las lesiones cutáneas abiertas o de las lesiones mucosas, y por otra parte en la serología, ya que en esta fase todas las reacciones son positivas.

La dificultad estriba en saber solicitar estos exámenes cuando hay manifestaciones clínicas muy polimorfos.

En las formas engañosas las características clínicas que deben llamar la atención son las siguientes:

- ♦ El endurecimiento
- ♦ El polimorfismo.
- ♦ El agrupamiento arciforme.
- ♦ La falta de prurito.
- ♦ Algunas localizaciones, como surcos nasogénicos, comisuras labiales y sobre todo palmas de las manos y planta de los pies.

### ▶ Sífilis terciaria

Se ha vuelto excepcional, constituye los accidentes tardíos de una infección treponémica sin tratar y sobreviene en períodos variables, que suelen ser de dos o tres años después del chancro e incluso a veces de diez a veinte años.

➤ *Manifestaciones cutáneas*

➤ *Tubérculo sifilíticos*

Generalmente el tubérculo sifilítico es como una pústula redondeada y que sobresale de 1 a cm. de diámetro, de color cobrizo o rojizo característico, profundamente infiltrado, duro, indoloro, sin infiltración lupiforme bajo vitropresión y de superficie lisa o apenas escamosa.

Estos elementos se agrupan y forman figuras circinadas.

La evolución espontánea se manifiesta tanto con hundimiento de las lesiones, como más frecuentemente con reblandecimiento y ulceración que producen sifilides tuberculoulcerosas y tuberculoescamosas.

➤ *Formas clínicas*

- Las que están extendidas comprenden lesiones que suelen tener una progresión centrifuga, aparecen nuevos elementos en el borde de la placa que ponen de relieve el contorno policilico de misma y los signos anteriores se atenúan, dejando una cicatriz central.
- En las hipertróficas a veces los tubérculo convergen y forman una capa infiltrada, roja, pastosa, de superficie amelonada y que termina en un estado elefantiásico (leontíasis sifilítica).
- La fusión rápida de la infiltración puede producir formas mutilantes.

### ➤ *Gomas sifilíticas*

Constituyen el accidente más rápido típico de la sífilis terciaria.

Son lesiones inflamatoria subagudas de la hipodermis cuya evolución característica se realiza en cuatro fases:

- ◆ La de endurecimiento, caracterizada por un nódulo profundo, bien limitado, sólido, indoloro que no se adhiere.
- ◆ La de reblandecimiento, en la cual el nódulo se vuelve fluctuante, con un centro a veces doloroso.
- ◆ La ulceración se produce en el centro del goma a causa de un orificio que se ensancha, por el cual se derrama el contenido. La úlcera gomosa constituida se caracteriza por una forma regular, de bordes salientes y de fondo amarillento y mortificado.
- ◆ La cicatrización se realiza cuando se elimina la más reblandecida, dejando una cicatriz indeleble.

Por orden de frecuencia los gomas están localizados en los miembros inferiores, los superiores, la cabeza, la cara y el tórax.

El eritema circinado terciario es una erupción de manchas rosadas amarillentas, extendidas, lisas y policíclicas.

### ➤ *Mal perforante plantar*

Esta ulceración profunda, átona, indolora, sin tendencia a la cicatrización espontánea entra dentro del tabes con artropatías.

### ➤ *Manifestaciones mucosas*

Los gomas pueden encontrarse en cualquier punto del revestimiento mucoso.

### ➤ *Glositis esclerosas*

La esclerosis puede manifestarse en la lengua por medio de:

- Las glositis esclerosas superficiales que atacan solamente la mucosa.
- Las glositis esclerosas profundas, en las cuales la esclerosis se extiende a los músculos y segmenta el órgano con surcos.

Mientras que los gomas reaccionan bien al tratamiento específico, la esclerosis persiste y constituye una secuela irreversible.

Leucoplasias (sobre todo en la boca)

Hay que temer una degeneración cancerosa en forma espinocelular.

### ➤ *Diagnóstico*

El Treponema pálido nunca se detecta con el ultramicroscopio. Lo que revela la histología son las imágenes de vascularitis y la existencia de una infiltración abundante en plasmocitos. En esta fase tardía se puede disociar la serología. Las reacciones no treponémicas pueden ser negativas, aunque los exámenes treponémicos (TPHA,IF; Nelson) son positivos.

La sífilis congénita es una enfermedad infecciosa adquirida.

Al feto lo contagia la madre infestada por medio de la placenta.

A pesar del aumento de las enfermedades venéreas, la sífilis congénita es hoy día muy poco frecuente en los países que disponen de infraestructura legal o medicosocial antivenérea conveniente, que implica la practica obligatoria de la serología prematrimonial y prenatal.

➤ *Modo de contagio en el niño*

- El contagio intrauterino es el más corriente.

En general la transmisión de la enfermedad al feto ocurre entre el quinto y el noveno mes, cuando se adelgaza la membrana celular de las vellosidades coriales que separan el depósito sanguíneo materno del capilar de la placenta.

- El contagio obstétrico, caso muy poco frecuente, se produce en ocasión del parto si la madre tiene una sífilis genital reciente.
- Siempre es posible un contagio posnatal.

➤ *Aspectos clínicos*

Según la fecha de aparición de las manifestaciones clínicas, podemos diferenciar:

▶ Sífilis fetal

Después de penetrar en la circulación fetal, los treponemas se extienden a todos los tejidos y se multiplican, provocando reacciones inflamatorias. Son posibles varios casos según la intensidad y la precocidad de la infección: aborto de un feto muerto, o parto prematuro de un niño en quien se encuentran exteriorizadas lesiones sifilíticas difusas, o muerte del niño al nacer. El aborto sifilítico ocurre al cabo del quinto mes de gestación.

El aspecto de la placenta es variable: pálido, edematoso, hipertrofiado o normal. Puede presentar una infiltración lifoplasmocitaria y a veces se encuentra el treponema.

El hidramnios es consecuencia de la hepatitis sifilítica del feto o de una flebitis de la vena umbilical.

▶ Sífilis congénita precoz (SCP)

En muchos casos la infección sifilítica demasiado tardía o menos masiva es compatible con el nacimiento de un niño viable, pero con lesiones que se manifiestan tan pronto como nace o en los primeros meses.

➤ *Las manifestaciones cutaneomucosas son inconstantes: pero ofrecen gran interés diagnóstico y son sumamente contagiosas. Presentan el polimorfismo de la sífilis secundaria adquirida.*

- ♦ Lesiones mucosas. La coriza es un síntoma capital precoz (entre la segunda semana y el cuarto mes), que se inicia con una obstrucción nasal bilateral y después sobreviene una rinitis sifilítica.

Esta coriza puede traer como consecuencia el hundimiento del cartílago e incluso de los huesos de la nariz. El niño está apirético.

A veces las placas mucosas están localizadas en labios, boca y mucosas genitales.

- Lesiones cutáneas. El pénfingo palmoplantar es poco corriente, pero característico. La erupción que se observa a partir del nacimiento se encuentra de modo simétrico en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Si se trata de máculo pápulas de color rojo mate, redondas que se cubren de ampollas. Hay solamente un brote, y la cicatrización deja secuelas pigmentarias.

Otras erupciones aparecen con frecuencia algunas semanas después del nacimiento, como la roséola fugaz y las sofilides papulosas y pauloescamosas que mayormente se localizan en las palmas de las manos y plantas de los pies, nalgas o región genital.

- Lesiones de la fanera. En el cuero cabelludo se encuentran placas de alopecia aisladas. En la uña se produce onixis con perionixis.

#### ➤ *Manifestaciones óseas*

Son frecuentes, precoces u muy importantes para el diagnóstico. Las lesiones son difusas, bilaterales y simétricas, y predominan en las extremidades de los huesos largos. Las manifestaciones clínicas son excepcionales.

En la mayor parte de los casos se descubren las lesiones por medio de un examen redilógico del esqueleto, que debe ser

completo y sistemático en todos los niños en los que se sospeche una sífilis congénita.

Los tres aspectos radiológicos que se encuentran son osteocondritis, periotitis y osteomielitis.

➤ *Lesiones viscerales*

▶ Adenopatías frecuentes:

- El bazo a menudo está hipertrofiado.
- La hepatitis sifilítica congénita, frecuente, precoz (desde las primeras semanas) puede manifestarse tanto por una hepatomegalia aislada, como por signos de hipertensión.
- Las lesiones renales son asintomáticas.
- La afección pulmonar poco frecuente, presenta sobre todo infecciones posteriores.
- La afección pulmonar poco frecuente, presenta sobre todo infecciones posteriores.
- Las manifestaciones hematológicas sobre todo constituyen una anemia normal o hipocromática asociada a una hiperleucocitosis.
- La orquitis sifilítica y la ovaritis nunca evolucionan hacia la esterilidad a causa de las células germinales.

### ➤ *Formas clínicas de la SCP*

Según la intensidad y el agrupamiento de las lesiones, se pueden diferenciar:

- La SCP mayor, polivisceral y de diagnóstico fácil.
- La SCP paucisintomática, de localización aislada o predominante y que plantea el problema de una erupción ampollosa o de una hepatitis infecciosa.

### ▶ Sífilis congénita tardía (SCT)

Es más frecuente que la SCO, en la mitad de los casos carece de síntomas visibles desde un punto de vista clínico, y el diagnóstico se realiza por serología. Las manifestaciones clínicas se deben a lesiones evaluativas de sífilis terciaria, con afecciones sensoriales de primer plano.

### ➤ *Signos oculares*

La queratitis intersticial es el signo más frecuente, generalmente aparece hacia la pubertad, empieza con una opacidad corneal y secundariamente algunos vasos sanguíneos penetran las capas profundas de la córnea. Las lesiones retroceden en un período de seis meses a dos años.

### ➤ *Las afecciones del oído interno*

De manera progresiva se presenta una lesión ósea que conduce a una sordera de transmisión. La más característica es la de los ramos terminales del nervio coclear que produce una laberintitis (de ocho a diez años).

## ➤ *Lesiones óseas*

Son menos frecuentes que las que se presentan en el curso de la SCP, y principalmente atacan la tibia, los huesos del cráneo y las fosas nasales.

Las reacciones óseas se manifiestan por una periostitis osificante engrosante y una osteitis gomosa metaepifisaria pseudotumoral.

- Signos articulares. La hidartrosis de la rodilla es la más típica.
- Las gomas cutaneomucosas son parecidas a los de la enfermedad adquirida.
- Afección neurológica (del 6 al 15 % de los casos) que se manifiesta de la manera siguiente:

Lesión meningótoa con parálisis de los nervios craneanos.

Lesión vascular (trombosis arterial cerebral o espinal).

- Otras lesiones viscerales menos frecuentes: esplenomegalia, hepatitis esclerosa o esclerogomosa, afección renal y cardiovascular.

### ▶ Distrofias y cicatrices

La infección sifilítica puede extenderse espontáneamente o bajo tratamiento, después de desarrollarse discretamente en el feto o en el niño muy pequeño. Entonces deja secuelas que ocasionan disturbios del desarrollo de los tejidos lesionados:

- Las malformaciones dentales son las más típicas y afectan solamente a la segunda dentición.
- Distrofias ungulares, consecuencia de la onixis de la erupción precoz, lesionan la raíz de la uña.
- Ragadías: cicatrices lineales de las comisuras labiales.
- Deformación de la cara: la nariz se deforma a modo de silla de montar.

La distrofia del maxilar superior afecta la constitución de la bóveda palatina ojival. La mandíbula inferior se vuelve prominente.

- La queratitis intersticial puede dejar opacidades al nivel de las capas profundas de la córnea y de los residuos vasculares.
- Los gomos osteoperiósticos dejan secuelas clínicas y radiológicas, deformación de la garganta, perforación de la bóveda del paladar y del tabique nasal.
- La sordera nerviosa: transmisión ósea y aérea.

#### ➤ *Diagnóstico*

Es muy importante establecer en seguida el diagnóstico a fin de evitar que se presenten las secuelas y de poder iniciar un tratamiento.

Para confirmar el diagnóstico hace falta:

- Detectar el treponema con un ultramicroscopio, a partir de diferentes muestras, placenta, lesión cutánea, eyeccción nasal, ampollas...
- Practicar una serología en la madre y el niño.
- Los argumentos para establecer un diagnóstico de sífilis tardía son:
- Clínicos, siendo el más sospechoso la tríade de Hutchinson (anomalías dentales, queratitis intersticial y sordera).
- Serológicos. A menudo hay disociación en las reacciones cardiolípídicas; pero el Nelson y el IF son positivos por regla general.
- Anamnésticos (confrontación epidemiológica con los padres).

➤ *Tratamiento de la sífilis congénita*

Ante todo es preventivo

Detección, tratamiento y vigilancia de las mujeres en encintas que sufren de sífilis evolutiva.

Las mujeres encintas que no presenten una alergia a la penicilina, deberían tratarse con dicho antibiótico, sea cual fuere el período de gestación en que se encuentren. El plan terapéutico es el mismo que el de las sífilis recientes (quince días de penicilina retardada).

Si se toman algunas precauciones, este tratamiento lo tolerarán bien la mujer y el feto, y consiste bajo corticoterapia general.

➤ **Anamnésticos (confrontación epidemiológica con los padres).**

➤ **Tratamiento de la sífilis congénita**

Ante todo es preventivo

Detección, tratamiento y vigilancia de las mujeres encintas que sufre de sífilis evolutiva.

Las mujeres encintas que no presenten una alergia a la penicilina, deberían tratarse con dicho antibiótico, sea cual fuere el período de gestación en que se encuentren. El plan terapéutico es el mismo que el de las sífilis recientes (quince días de penicilina retardada).

Si se toman algunas precauciones, este tratamiento lo tolerarán bien la mujer y el feto, y consiste en reposo en cama durante las primeras inyecciones aplicadas bajo corticoterapia general.

Se completa con una encuesta epidemiológica.

➤ **Tratamiento de la sífilis congénita precoz**

La SCP es una afección grave, polivisceral, y para evitar una reacción de Herxheimer se requiere lo siguiente :

- ◆ Corticoterapia general (1 ó 2 mg/kg al día de prednisona).
- ◆ Y penicilinoterapia en dosis de aumento progresivo.

Se utiliza la penicilina acuosa en dosis de 5 U/kg el primer día, 10 U/kg el segundo día, 100 U/kg el tercer día, 1.000 U/kg el cuarto día ; y entonces la dosis de 30.000 U/kg se puede inyectar al quinto día y repetirla hasta alcanzar una dosis total de 300.000 U/kg en un período de diez a veinte días. En caso de alergia a la penicilina (excepcional) hay que administrar una dosis de espiramicina de 5 eg/kg durante quince días.

Muchos especialistas indican un solo tratamiento para el recién nacido, y otros prefieren dos o tres tratamientos durante dos años.

➤ *Tratamiento de la sífilis congénita tardía*

Es el mismo que el de la sífilis terciaria adquirida, es decir, prudente, bajo corticoterapia y prolongado. La queratitis intersticial requiere una asociación de dosis altas de penicilina con una corticoterapia local.

Las afecciones del VIII par craneano también exigen altas dosis de penicilina asociadas a una corticoterapia general.

Los controles Serológicos se practican cada tres, seis y doce meses, y posteriormente una vez al año, durante tres años.

La punción lumbar debe ser sistemática antes de indicar el tratamiento. En caso de, neurosífilis, el tratamiento consiste en perfusiones intravenosas de penicilina G cristalizadas (60.000 U/kg al día, en cuatro dosis) durante diez días. El control del LCR se realiza cada seis meses hasta que se obtenga una normalización de los resultados.

Las reacciones serológicas de la sífilis se basan en la detección de anticuerpos que la infección treponémica produce. Son

indispensables para comprobar la enfermedad. A pesar de los progresos técnicos realizados, no existe criterio serológico de cura.

➤ *Diferentes reacciones serológicas*

Reacciones de tipo clásico por antígenos no treponémicos.

Detectan las reaginas, que son anticuerpos dirigidos contra un antígeno cardiolípido, elemento habitual del treponema pálido, pero que también se encuentra en la superficie de los otros treponemas (saprófitos y patógenos) y otras células vegetales o animales, por lo que es específico del treponema pálido. Hay dos tipos de reacciones:

- Las de desviación del complemento, procedentes de la reacción de Bordet-Wasserman actualmente abandonadas.
- Las de aglutinación (VDRL. RPR) de técnica sencilla y carácter económico, se suele emplear sobre todo para la detección.

➤ *La reacción cuantitativa ayuda a seguir la evolución.*

Los inconvenientes estriban en la inespecificidad y en la positividad tardía de la misma con respecto al contagio.

➤ *Reacciones que utilizan un antígeno treponémico*

- El test de Nelson o TPI (treponema pallidum immobilization) facilita la detección en el suero del paciente de la presencia de anticuerpos (IgG) dirigidos contra el antígeno poliódido de la periferia del germen.

Las ventajas de la misma consisten en la sensibilidad y la especificidad ante las treponematosis. Se trata de una reacción de control y comprobación, pero es un examen costoso y de técnica difícil, puesto que exige que se mantenga un cultivo vivo de treponemas. Por otra parte, la positividad se manifiesta tardíamente, unos treinta días después del chancro, y se mantiene después en todas las fases e incluso posteriormente a un tratamiento, presentando un falso examen de control.

➤ *Reacción de hemaglutinación o TPHA*

Este examen consiste en detectar la aglutinación de los glóbulos rojos de carnero sensibilizados por un ultrasonido de treponema pálido, en presencia del suero del enfermo.

Los resultados pueden ser cualitativos o cuantitativos, pero el número de anticuerpos cambia poco durante la evolución. Es un examen poco costoso, de fácil realización, lo cual lo convierte en una satisfactoria prueba de detección de adecuada especificidad.

Los inconvenientes son la positividad un tanto tardía (quince días después del contagio), casi indefinida si se realiza un mal examen de control, y la existencia poco frecuente de falsas reacciones positivas.

- Prueba de inmunofluorescencia FTA (fluorescent test antibody). Es un examen indirecto que utiliza el treponema pálido, matado, como antígeno. La especificidad se ha mejorado con la absorción previa del suero a partir de un ultrasonido de treponemas que no son patógenos, lo cual elimina algunos anticuerpos inespecíficos o (anticuerpos de

grupos), presentes en pacientes sanos. El FTA absorbido (FTA-ABS) es una reacción simple, de positividad precoz.

➤ *Investigaciones actuales en materia de serología*

Se basan en un mejor conocimiento de la reacción inmunitaria en el curso de la sífilis. La determinación del tipo de inmunoglobulina (IgG e IgM), como sucede con otras enfermedades virales y parasitarias, puede facilitar el conocimiento de la evolución de la misma y orientar el proceso terapéutico. La reacción inmunológica a la primera infección treponémica la constituye una síntesis de IgM, seguida rápidamente de la IgG.

Algunas pruebas (que no se practican corrientemente) pueden detectar los IgM.

- El FTA-ABS-IgM revela la presencia aislada de anticuerpos antisifilíticos de tipo IgM, y tiene particular interés para el diagnóstico de la sífilis congénita.
- El 19 S IgM-FTA. La técnica anterior se ha perfeccionado por medio de la filtración en gel, con lo que antes de la prueba se pueden separar fracciones de inmunoglobulinas del suero. La fracción (IgM) 19 S aislada se utiliza en esta prueba, y aparece que no provoca reactividad inespecífica ni falsa reacción negativa, inconvenientes del FTA-ABS IgM.
- La prueba 19 S IgM- PHA. Se ha llevado a cabo un examen de adsorción sanguínea en fase sólida (SPHA), que utiliza un suero de inmunidad específico anticadena y los reactivos del TPHA (Schmidt, Sexually Transmitted Diseases 1980, 7. 53-58) y está hoy día en estudio.

Teniendo en cuenta los trabajos ya efectuados (Schmidt, Müller, Lefèvre), podemos pensar que la producción de anticuerpos IgM dirigidos contra el treponema pálido dura tanto como el antígeno se encuentre presente en el huésped y desaparece después del tratamiento.

➤ *Utilización práctica de las reacciones serológicas*

Las serologías cardiolipídicas principalmente detectan los anticuerpos de tipo IgM, el TPHA y el FTA-ABS corrientes de los anticuerpos de tipo IgG. Las reacciones serológicas dan resultados diferentes según la fase de la sífilis.

Diagnóstico serológico de las diferentes fases de la sífilis

- Sífilis primaria. Ante un chancro hay que detectar sistemáticamente el treponema pálido por medio de un examen directo.

Es posible que se empiece tempranamente en una fase pre-serológica, y entonces habrá que repetir los exámenes con una semana de intervalo.

Las pruebas serológicas de confirmación las representan el FTA-ABS, el primero en dar reacción positiva y contemporánea del chancro, y a continuación el TPHA o el VDRL (quince días después del chancro).

En esta fase la prueba de Nelson siempre es negativa.

- Sífilis secundaria. Todas las serologías suelen ser positivas en proporciones elevadas.

- ♦ Sífilis terciaria. Generalmente todas las serologías son positivas. En algunas localizaciones viscerales se puede observar una disociación de las reacciones treponémicas que son positivas y de las cardiolípídicas que son negativas.
- ♦ Durante la sífilis congénita una madre con serología positiva puede dar a luz un niño sin signos clínicos de sífilis, pero con reacciones serológicas positivas. En este caso puede tratarse tanto de una transferencia pasiva de los anticuerpos maternos a través de la placenta, y el tratamiento resulta innecesario, como de una infección evidente del organismo del recién nacido, lo cual exige un tratamiento urgente.

Con la prueba de inmunofluorescencia FTA-IgM en la sangre del recién nacido se puede solucionar este problema, pues las inmunoglobulinas M (contrariamente a las IgG) no atraviesan la placenta. La presencia de anticuerpos IgM treponémicos en la sangre del niño confirma una infección fetal activa.

#### *Problemas de la interpretación de una serología positiva aislada*

Son diferentes las circunstancias de detección, pero en general se realiza por medio de un examen sistemático preventivo: prematrimonial, prenatal, donación de sangre, hospitalización... La actitud que hay que tomar depende de una encuesta anamnésica (raza, modo de vida, antecedentes de sífilis, gestaciones), clínica y humoral, pues la serología de reagina (Kline, VDRL) hay que controlarla por lo menos una vez, y las reacciones treponémicas específicas (FTA,TPHA, Nelson) deben solicitarse en todos los casos por medio de determinaciones cuantitativas que conduzcan a una interpretación adecuada.

Se pueden presentar diferentes casos:

- ◆ Falsa serología positiva, en la que una reacción única no treponémica es positiva o una reacción única resulta escasamente positiva, y que se debe a un error de técnica, o a una enfermedad paralela aguda o crónica (infección bacteriana, viral, parasitaria, vacunación, gestación o enfermedad autoinmune).
- ◆ El TPHA y el IF son positivos, es una infección treponémica y se da en tres casos:
- ◆ Verdadera sífilis que requiere un tratamiento serológico total.
- ◆ Treponematosi exótica no venérea que no se puede distinguir de una sífilis serológica y exige un tratamiento.
- ◆ Sífilis anterior adecuadamente tratada, y se puede prescindir de la terapéutica.

Finalidad de la observación serológica de un paciente sometido a un tratamiento adecuado

La observación serológica carece de interés por lo que se refiere a saber si el paciente es aún «sifilítico».

La reacción negativa total en un período de doce a dieciocho meses después del tratamiento de las sífilis primaria y secundaria se consigue generalmente por medio de una serología cardiolipídica, menos frecuentemente por la prueba de Nelson y en una minoría de casos por el FTA-ABS y el TPHA.

Se pueden presentar diferentes casos:

- Falsa serología positiva, en la que una reacción única no treponémica es positiva o una reacción única resulta escasamente positiva, y que se debe a un error de técnica, o a una enfermedad paralela aguda o crónica (infección bacteriana, viral, parasitaria, vacunación, gestación o enfermedad autoinmune).
- El TPHA y el IF son positivos, es una infección treponémica y se da en tres casos:
- Verdadera sífilis que requiere un tratamiento serológico total.
- Treponematosi exótica no venérea que no se puede distinguir de una sífilis serológica y exige un tratamiento.
- Sífilis anterior adecuadamente tratada, y se puede prescindir de la terapéutica.

Finalidad de la observación serológica de un paciente sometido a un tratamiento adecuado

La observación serológica carece de interés por lo que se refiere a saber si el paciente es aún «sifilítico».

La reacción negativa total en un período de doce a dieciocho meses después del tratamiento de las sífilis primaria y secundaria se consigue generalmente por medio de una serología cardiolipídica, menos frecuentemente por la prueba de Nelson y en una minoría de casos por el FTA-ABS y el TPHA.

En caso de sífilis visceral o serológica, el resultado negativo de la prueba de Nelson, del TPHA y del FTA es excepcional. Se puede utilizar la serología para comprobar la eficacia terapéutica, por medio del empleo de reacciones cuantitativas. En el curso de cada examen hay que seguir la evolución cuantitativa de la misma reacción serológica (absorción de FTA, por ejemplo). La cura se confirma por la disminución regular del número de anticuerpos.

Es imprescindible para detectar una recaída o una nueva infección en quienes corren un riesgo elevado, y que se manifiestan por otra subida de número de anticuerpos.

#### ➤ *Interpretación de las reacciones sobre el LCR*

Los métodos clásicos del diagnóstico de la neurosífilis por medio de un examen del LCR son los siguientes: prueba de VDRL, recuento de las células y determinación de las proteínas entre el 30 y 57% de las muestras procedentes de enfermos atacados de neurosífilis. La reactividad a las pruebas que utilizan los antígenos treponémicos, sobre todo el examen FTA-ABS así como TPHA, puede ser consecuencia del paso de inmunoglobulinas G específicas del treponema pálido, a partir del suero de un enfermo sometido a un tratamiento eficaz, y por ello no es forzosamente el signo de una afección evolutiva del sistema nervioso.

En cambio, la falta de reactividad del LCR a estas pruebas indica la exclusión del diagnóstico de neurosífilis. Luger opina que el mejor reflejo de una neurosífilis es la presencia de un anticuerpo antitreponémico de tipo IgM en el LCR detectado por medio de la Técnica de adsorción sanguínea en fase sólida (19S IgM SHPS). Esta prueba, asociada al índice TPHA (título de TPHA en el

LCR/cociente de albúmina) puede detectar un fallo de la permeabilidad de la barrera sangre/LCR.

➤ *Tratamiento de la sífilis*

Hoy día los tratamientos de la sífilis están relativamente bien clasificados y unánimemente aceptados. La selección de los antibióticos no suscita muchas objeciones (penicilina o en caso de contraindicación tetraciclina o eritromicina): pero el modo de administración y las posologías se discuten todavía.

- ♦ Terapéuticas antiguas

Ya no se emplea mercurio, arsenobenzol ni bismuto.

- ♦ Tratamientos actuales de la sífilis

Las penicilinas siguen siendo el tratamiento de elección.

➤ *Diferentes tipos de penicilina.*

La penicilina G sódica, penicilina acuosa, se ha desechado, ya que la eliminación demasiado rápida de la misma en algunas horas obliga a multiplicar las inyecciones.

➤ *Las penicilinas retardadas*

La PAM es una penicilina G a base de procaína en aceite al que se le añade monoestereato de aluminio.

El efecto retardado mantiene una cantidad de penicilinemia suficiente durante un período de setenta y dos a noventa y seis horas después de una inyección de 600,000 U.

- Penicilina G procaina acuosa, que produce concentraciones adecuadas cuando se administra en inyecciones diarias de 600,00 U.
- La benzatina penicilina tiene un efecto retardado prolongadísimo que podría producir una penicilinemia conveniente durante quince días (1,200,00 U):

➤ *Penicilinas mixtas*

Asocian una penicilina G de acción rápida a una sal de penicilina de efecto retardado. Se indican sobre todo en las sífilis recientes y las más usadas son Biclinocilline<sup>a</sup>, Bellocilline<sup>a</sup> y Bipenicilline<sup>a</sup> dosificadas a 1 M de U, y Extencilline y Bipenicilline<sup>a</sup> dosificadas a 1.2 millones de unidades.

Algunas penicilinas retardadas o mixtas contienen procaína y se prohíben en los recién nacidos y en los pacientes alérgicos «del grupo para» (parafenilena diamina).

➤ *Accidentes de la penicilina*

Son consecuencia de la acción del antibiótico sobre el treponema (y sobre los tejidos lesionados) y de reacciones alérgicas.

La reacción de Herxheimer consiste en signos generales más o menos graves con fiebre de 40<sup>a</sup> y en signos focales con exageración transitoria de los fenómenos congestivos a nivel de los núcleos de la enfermedad.

Esta reacción, sin inconveniente tratándose de núcleos cutáneos, puede ser grave y aun mortal en las sífilis tardías, en las cuales es de temer una activación de los núcleos viscerales.

La prevención de este accidente exige:

- O la administración simultánea de antibistamínico o de una corticoterapiageneral, de 20 a 30 mg., de prednisona durante tres días.

La paradoja terapéutica es la denominación de otra variedad de accidentes debidos al retroceso demasiado rápido de las lesiones sífilíticas, como por ejemplo la rotura de aneurismas hasta entonces protegidos por formaciones esclerogomasas.

Accidentes de intolerancia.- Son las reacciones alérgicas inmediatas (choque anafiláctico, urticaria) o retardadas (fiebre penicilínica, enfermedad sérica) y las erupciones cutáneas polimorfas.

#### ➤ *Otros antibióticos*

Casi todos los antibióticos, excepto los aminósidos, la rifampicina y las sulfamidas, son activos contra el treponema, pero sólo se deben utilizar en caso de contraindicación específica a la penicilina.

Ampicilina: resultados comparables a los de la penicilina.

Eritromicina: en dosis de 2 gr., al día durante quince días, es el antibiótico indicado para la mujer encinta alérgica a las betalactaminas.

➤ *Tetraciclinas*

- El clorhidrato de tetraciclina en dosis de 2gr. al día por vía oral durante por lo menos quince días (dosis total de 30g)
- La oxitetraciclina retardada se usa en dosis de 250 mg. por vía intramuscular, dos veces al día durante quince días. Las cápsulas hay que tomarlas entre las comidas. El calcio y el hierro inhiben la absorción digestiva. Ningún antibiótico del grupo de las ciclinas para la mujer encinta ni el niño pequeño.

➤ *Cloranfenicol*

Parece ser activo en dosis de 60mg/Kg., al día durante ocho días.

Estreptomicina.- Aunque es el menos activo de los antibióticos treponemicidas, no deja de producir algún efecto a altas dosis (un gr., al día).

➤ *Cefalosporina*

El interés de la misma radica en el parentesco químico con las penicilinas, cuyas ventajas comparten sin correr el riesgo de contraindicaciones.

Según Oller (1967) un equilibrio sanguíneo eficaz sólo se puede obtener a base de 1 gr. IM cada doce horas durante diez días.

- Planes terapéuticos

### *Tratamiento de una sífilis reciente primaria y secundaria*

Generalmente se utiliza el siguiente plan:

- Penicilina mixta en dosis de un millón de U al día, durante quince días.
- O eritromicina (y no estolato) en dosis de 500 mg., cuatro veces al día, por quince días.

Los planes que recomienda la OMS se resumen en el cuadro 1.

La conveniencia de un tratamiento complementario está muy discutida:

- Según algunos autores basta una sola cura de penicilina.
- Según otros es necesario un tratamiento complementario que exige la repetición de las curas de penicilinas, tres o cuatro por año, según un plan idéntico al tratamiento inicial.
- Entre estas dos posiciones extremas, la actitud de numerosos especialistas depende de la fase de la sífilis:
  - Durante la sífilis primaria preserológica o seropositiva, un único tratamiento de 15 millones de U de penicilina mixta es suficiente.
  - En la sífilis secundaria generalmente es necesario un tratamiento complementario de uno a tres años, según la antigüedad de la sífilis y los plazos requeridos para conseguir una seronegatividad.

### Tratamiento de una sífilis serológica sin signo clínico visible:

- ◆ En las sífilis que son aún seropositivas al cabo de un año después de un tratamiento a corto plazo, hay que aplicar una terapéutica a base de penicilina, que durará de tres a cinco años, según los especialistas.
- ◆ En las sífilis tratadas anteriormente y que presentan todavía una serología positiva, la actitud depende de los factores siguientes:
  - Apreciación del valor de los tratamientos anteriores.
  - De la comparación con las serologías anteriores cuantitativas.
  - De la edad del paciente
  - De un examen completo (cardioaórtico, ocular, neurológico).
- ◆ En las sífilis serológicas que se han detectado casualmente (exámenes prematrimoniales y prenatales) sin antecedentes conocidos de sífilis después de haber eliminado una falsa positividad, hay que iniciar un tratamiento. Si no se conoce la duración evolutiva, habrá que prescribir un tratamiento con penicilina en dosis progresivas y bajo corticoterapia general. El tratamiento se continúa por un período de tres a cinco años.

PLANES RECOMENDADOS PARA UNA TERAPÉUTICA CON PENICILINA DE LA SÍFILIS VENEREA (OMS 1982)				
SÍFILIS	BEZARTINA Y PENICILINA G		PROCAÍNA Y PENICILINA G ACUOSA	
	DOSIS TOTAL (EN MILLONES DE UNIDADES)	NÚMERO TOTAL DE INYECCIONES (UNA POR SEMANA)	DOSIS TOTAL (EN MILLONES DE UNIDADES)	NÚMERO TOTAL DE INYECCIONES (UNA POR DÍA)
Reciente	2.4	1	6	10
Latente tardía benigna	7.2	3	9	15
Cardiovascular y neurosífilis	-	-	12	20
Planes recomendados en caso de alergia a la penicilina				
SÍFILIS	HIDROCLORURO DE TETRACICLINA (500 MG. CUATRO VECES AL DÍA POR VÍA ORAL)		ERITROMICINA (500 MG. CUATRO VECES AL DÍA POR VÍA ORAL)	
	DOSIS	DÍAS	DOSIS	DÍAS
De una duración máxima de 2 años	30 g.	15	30 g.	15
De una duración superior a 2 años	60 g.	30	60 g.	30

- Tratamiento de la sífilis tardía con afección visceral

Sífilis aórtica. Muchos cardiólogos recurren a la penicilina únicamente en tratamientos de 12 a 20 M de U, repetidas tres o cuatro veces al año durante varios años. El temor de una reactivación de las lesiones exige una gran prudencia en la prescripción del tratamiento. Un examen más profundo indicará si conviene o no prever una cirugía cardiovascular.

Neurosífilis.- El tratamiento por penicilina es el que mejor se adapta.

Como en la sífilis cardiovascular se utiliza la procaína penicilina G (tratamientos de 20 a 30 M de unidades subordinados a una corticoterapia general repetidos tres o cuatro veces al año).

La reacción de las neurosífilis asintomáticas meningovasculares es muy llamativa; pero en los casos de parálisis general y de tabes

resulta inversamente proporcional a la gravedad de los síntomas y a la duración de la enfermedad.

Los casos de atrofia del nervio óptico y de sordera retrococlear pueden seguir evolucionando a pesar de una terapéutica a base de antibiótico.

Después del tratamiento es muy conveniente realizar varios exámenes del LCR, antes de comprobar una «cura completa».

En cuanto a la sífilis congénita y de la mujer encinta, véase el capítulo correspondiente.

*La encuesta epidemiológica* la realiza el médico o la asistencia social, y consta no solamente del tratamiento del enfermo, sino también del examen y tratamiento de las personas con las que ha mantenido relaciones sexuales.

Es obligatoria la declaración simple y anónima.

Sin embargo, si el paciente contagioso rechaza o interrumpe el tratamiento, la declaración puede volverse nominal, y la hospitalización obligatoria es la norma impuesta por la ley cuando el enfermo rechaza el tratamiento.

*Vigilancia postterapéutica de sifilíticos* (en todas las fases)

Las sífilis recientes tratadas adecuadamente deberán someterse por lo menos a un examen clínico y serológico tres meses después del tratamiento. Un segundo control realizado de seis a doce meses después del tratamiento sirve para establecer el estado del enfermo y detectar una infección nueva y casual. A los pacientes que se tratan

con otros antibióticos que no sean la penicilina hay que someterlos a controles más frecuentes.

El control posterapéutico de los pacientes que hayan tenido una sífilis cardioaórtica o una neurosífilis debe prolongarse durante varios años.

En los países en vías de desarrollo varias treponemosis (pian, bejel y pinta) hacen estragos y presentan aspectos clínicos diferentes de la sífilis venérea, probablemente por la influencia del terreno, el medio ambiente y las diferencias entre los gérmenes. El contagio, sobre todo familiar, es precoz y ocurre entre niños pequeños por contacto directo o indirecto con las lesiones contagiosas y, por consiguiente, de un modo que no es venéreo.

La promiscuidad y la falta de higiene son factores favorecedores, y no parece que haya transmisión congénita. El número de casos evolutivos y latentes ha disminuido como consecuencia de las campañas de tratamientos de masa que fueron instituidas en las décadas de 1950 y 1960.

#### ➤ *Distribución geográfica*

El pian de frambesia causa estragos en las zonas húmedas calientes y rurales de los países tropicales, sobre todo en las regiones selváticas de la costa oeste de África, pero también en Asia, América del Sur (Haití, Jamaica, Guayanas, Brasil) y en Oceanía (Nueva Guinea, Islas del Pacífico Sur).

La sífilis endémica o bejel ataca a las poblaciones nómadas de las regiones áridas de África y de Asia del sureste.

El carate o pinta se encuentra en numerosas regiones calientes y húmedas de baja altitud de América central (México, Venezuela y Colombia).

➤ *Etiología*

La estructura o ultraestructura de las diferentes especies de treponemas patógenos para el hombre se distinguen difícilmente, y desencadenan las mismas reacciones serológicas en el paciente infestado. Algunos especialistas han llegado a sostener que sólo existía una especie única de treponemas, ya que las variedades clínicas y epidemiológicas solamente están relacionadas con el ambiente (Hudson). Sin embargo, algunas diferencias aparecen por lo que se refiere a los comportamientos de los treponemas respecto a las especies animales, y de este modo se distinguen el *Treponema pertenue* (pian) y el *Treponema carateum* (pinta). Es posible que todos estos treponemas procedan de una mutación a partir de un pasado común de origen terrestre, el *T. Zuelzeræ*.

➤ *Clínica*

Como es la sífilis venérea. Se pueden describir algunos accidentes precoces contagiosos, que sobrevienen en el niño, y otros tardíos poco contagiosos, pero a veces mutiladores. Las formas latentes son frecuentes y se descubren por medio de serología.

➤ *El pian*

El chancro piánico, del tipo de ulceración sin endurecer o de ectima a veces recubierto de elementos frambesiformes (mamapián), ocurre de tres a cuatro semanas después del contagio, en el punto de inoculación.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

La erupción secundaria aparece de seis semanas a dos meses después del contagio y es polimorfa.

La roséola, difícil de ver en una piel pigmentada, es excepcional y efímera. Los pianides, a menudo pruriginosos, se parecen a las sífilides secundarias y se presentan como lesiones secas, papulosas, escamosas, psoriasiformes, seborreicas, pustulosas y de aspecto circinoso.

Los pianomas característicos de la enfermedad y más tardíos son lesiones que sobresalen, rojas, y se parecen a una frambuesa de superficie vegetante, papilomatosa, húmeda, cubierta por un exudado fibroso y cortezas duras. Estas capas condilomatosas invaden todos los contornos de los orificios. En las plantas de los pies el aspecto se asemeja a una botriomicosis que sobresale por encima de los surcos de la capa córnea engrosada (pian cangrejo). Todas estas lesiones están repletas de treponemas.

- La erupción secundaria, en forma de un brote completo, se extiende por todo el cuerpo y retrocede al cabo de algunos meses, sin dejar cicatrices.
- Los accidentes tardíos se manifiestan como erupciones cutáneas leucomelanodérmicas «pintoides», una queratodermia en la planta de los pies y sobre todo como nódulos gomosos y lesiones tuberculoulcerosas. Más específicas del pian son las lesiones yuxtaarticulares el punto final de un proceso gomoso.
- Las lesiones óseas y articulares son graves cuando no hay tratamiento.

Se trata de osteoperostitis dolorosas, precoces y tardías, con deformación de las tibias en forma de hoja de sable o de los maxilares superiores (gundu).

➤ *El bejel*

La lesión de inoculación se observa pocas veces, los primeros signos se manifiestan hacia la edad de dos a diez años y recuerdan la sífilis secundaria venérea.

La afección es sobre todo mucosa (bucal y genital) consiste en placas mucosas planas o vegetantes y a veces condilomatosas. Con frecuencia se observa una boquera unilateral. Las lesiones cutáneas variables y discretas, en forma de elementos papilomatosos, principalmente se localizan en los pliegues de flexión. La evolución se presenta como un solo brote durante un período de dos o tres meses, y después la cura es espontánea, sin dejar secuelas.

Se mantiene el estado general y normalmente no hay manifestación visceral. A veces se observa una poliadenopatía o una osteoperiostitis. Al cabo de un periodo de latencia de cinco a quince años, pueden producirse accidentes terciarios cutáneos (gomas, placas tuberculolucerosas, queratodermia en las plantas de los pies) y óseos (goma, mutilación del conjunto centrofacial):

➤ *La pinta*

Es una afección estrictamente cutánea y benigna, que se convierte en crónica cuando no hay tratamiento.

Una erupción de pápulas liquenoides aparece al principio y se forman después unas manchas eritematoescamosas que se extienden

y convergen en placas anchas policíclicas de color gris violáceo «plomizo».

Al cabo de algunos meses o años, la evolución conduce a perturbaciones pigmentarias (manchas acrómicas y pigmentadas). La fase tardía se manifiesta por capas coloreadas extendida, aspectos vitiligoides e hiperqueratosis sobre todo en las palmas de los pies.

Hacia el tercer mes la serología se vuelve positiva.

> *Diagnóstico*

> *Diagnóstico diferencial*

Ante un pian habrá que considerar las otras dermatosis vegetante y ulcerosas: micosis, lepra, kishmaniasis, verruga y piodermatitis. La pinta puede sugerir psoriasis, epidermomicosis, vitiligo, lepra acrómica y eccemátides. La detección de una serología sifilítica positiva, sin signo clínico, en un paciente procedente de zonas de endemia no basta para diferenciar la sífilis de la endémica. Un tratamiento se impone después de las determinaciones cuantitativas.

> *Diagnóstico positivo*

Lo confirma:

- La detección del treponema con un microscopio de fondo negro, a partir de las muestras de las lesiones abiertas.

➤ *La serología sifilítica.*

➤ *Tratamiento*

En las regiones de endemia se limita a una inyección única de bezantina penicilina IM: 600,000 U en el niño pequeño, y 2.4 millones de unidades en el adulto.

Fuera de los países de endemia, el tratamiento es el mismo del de la sífilis venérea: cura de penicilina semirretardada, un millón de unidades al día, durante quince días. En caso de alergia a la penicilina, hay que administrar ciclinas o eritromicina (2 gr., al día, durante quince días).

▶ **Chancro Blando**

El chancro blando o chancroide, confundido desde el siglo XVI con el chancro sifilítico, lo individualizó Bassereau en 1852 basándose en argumentos clínicos y experimentales (autoinoculación). Ducrey en 1889 pudo afirmar definitivamente la individualidad de esta enfermedad mediante el hallazgo del germen específico del chancro blando. Es una enfermedad venérea de declaración obligatoria.

➤ *Epidemiología*

El chancroide se encuentra en estado endémico en algunas regiones subtropicales y tropicales y sobre todo en Oriente y en África.

Desde hace algunos años, se viene observado un incremento de esta enfermedad en numerosos países en Europa y en Turquía, sobre todo en los puertos de mar.

- El fondo es sucio y está recubierto de un pus amarillento mezclado de pequeños mamelones rojos, que sangran fácilmente, y de boquetes amarillentos correspondientes a microabscesos.
- La base empastada, adematosa es relativamente blanda en contraste con la induración acartonada del chancro sifilítico.
- La evolución espontánea es lenta. Después de cuatro, cinco o seis semanas el chancro se seca y se epidermiza dejando una cicatriz deprimida.

➤ *La adenopatía*

Inconstante, aparece en un tercio de los casos.

Sobreviene durante las dos primeras semanas de la enfermedad, favorecida por la fatiga.

La adenopatía se localiza en el lado del chancro, en el grupo superointerno de los ganglios superficiales de la ingle. El comienzo es brusco, caracterizado por dolor vivo que dificulta el andar y cambio de temperatura.

Rápidamente, el bubón adquiere un aspecto característico con una inflamación monoganglionar que forma una masa empastada, dolorosa y que se adhiere a la piel difícil de movilizar y paralela al pliegue de la ingle. La piel se vuelve roja y tensa con puntos de reblandecimiento que a continuación forman una fluctuación difusa la cual constituye el bubón chancroso.

Cuando no hay tratamiento de reblandecimiento va seguido de la abertura de la piel, por la que va a emanar un pus de tinte

Por regla general el contagio es venéreo, fundamentalmente por medio de la prostitución (el 89% según Nayyar). Es una enfermedad muy contagiosa que se transmite al depositarse al material virulento en la más pequeña escoriación.

La afección es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer. La relativa infrecuencia de la enfermedad en la mujer y la imposibilidad de relaciones sexuales a causa del dolor durante el período de estado del chancro hacen pensar que el chancro blando podrían transmitirlo portadoras sanas.

➤ *Diagnóstico clínico*

➤ *Incubación*

Es muy corta, clásicamente de uno a tres días, aunque Nayyar señala una duración a veces mayor, de dos días a tres semanas.

➤ *Clínica*

Aspecto típico del chancro blando de la cara profunda del prepucio.

Es una ulceración profunda y dolorosa que se presenta a continuación de una pustulita efímera:

- De 3 a 15 mm., de diámetro, redondeada u ovalada.
- Los bordes son nítidos y forman un saliente en brocal, a menudo necrosados formando un reborde amarillento que exteriormente recubre un punteado fino purpúrico, lo que constituye el signo del doble reborde.

- ◆ El fondo es sucio y está recubierto de un pus amarillento mezclado de pequeños mamelones rojos, que sangran fácilmente, y de boquetes amarillentos correspondientes a microabscesos.
- ◆ La base empastada, adematosa es relativamente blanda en contraste con la induración acartonada del chancro sifilítico.
- ◆ La evolución espontánea es lenta. Después de cuatro, cinco o seis semanas el chancro se seca y se epidermiza dejando una cicatriz deprimida.

### ➤ *La adenopatía*

Inconstante, aparece en un tercio de los casos.

Sobreviene durante las dos primeras semanas de la enfermedad, favorecida por la fatiga.

La adenopatía se localiza en el lado del chancro, en el grupo superointerno de los ganglios superficiales de la ingle. El comienzo es brusco, caracterizado por dolor vivo que dificulta el andar y cambio de temperatura.

Rápidamente, el bubón adquiere un aspecto característico con una inflamación monoganglionar que forma una masa empastada, dolorosa y que se adhiere a la piel difícil de movilizar y paralela al pliegue de la ingle. La piel se vuelve roja y tensa con puntos de reblandecimiento que a continuación forman una fluctuación difusa la cual constituye el bubón chancroso.

Cuando no hay tratamiento de reblandecimiento va seguido de la abertura de la piel, por la que va a emanar un pus de tinte

hemático, rosa marrón o chocolate. La evolución varía entonces hacia la cicatrización o la ulceración chancroide que adquiere los caracteres del chancro.

➤ *Formas clínicas*

➤ *Formas topográficas*

Los chancros del pene, los más frecuentes, se localizan pocas veces en las mucosas (glande o meato). El del frenillo puede provocar una hemorragia por perforación. Los del reborde del prepucio son múltiples, en corona. A nivel del surco balanoprepucial se extiende hacia el prepucio.

Los chancros vulvares, infrecuentes, se localizan en los labios mayores y la horquilla. Suelen ser múltiples y se diseminan hacia el muslo y el ano.

El chancro blando del ano se manifiesta por ulceraciones fisurarias, en ragadia, que la hipertrofia de un pliegue radial oculta. Pueden propagarse al canal anal.

Los chancros extragenitales son excepcionales (lengua, labio superior, mama, dedo).

➤ *Formas sintomáticas*

Según el tamaño, chancro enano (herpetiforme) o gigante.

Según el tiempo de la evolución, los chancros fugaces, chancroide volante.

Según el aspecto, las variedades ulcerocostrosas, que recuerdan un ectima, o papilomatosas: el chancro papuloso del prepucio y el

chancro blando nodular, ulceración excavada en sacabocados en el centro de una masa prominente indurada.

El dolor no existe en ocasiones.

Los chancros múltiples frecuentes por inoculación simultánea, o con mayor frecuencia por autoinoculación secundaria.

➤ *Formas complicadas*

La linfangitis chancroide une el chancro con el bubón y se manifiesta por un empastamiento del dorso del pene, que puede supurar y chancrelizarse.

El fagedenismo es excepcional.

➤ *Asociación*

Chancro mixto debido a la inoculación simultánea del treponema y el bacilo de Ducrey. El aspecto inicial es el de un chancro blando que se modifica el decimoquinto día, se indura y se vuelve limpio y regular. Las adenopatías adquieren caracteres sifiloides, indoloras y sin periadenitis.

➤ *La sobreinfección por piógenos comunes.*

La asociación al granuloma ulceroso de los órganos genitales no excepcional en los países de endemia.

Se ha señalado la existencia de bubones mixtos, como el chancro blando y la tuberculosis o el chancro blando y la enfermedad de Nicolas-Favre.

➤ *Diagnóstico humoral*

El diagnóstico se basa en el hallazgo de *Hacmophilus ducrey* en las extensiones y en los cultivos efectuados a partir de las lesiones genitales o del pus de la adenopatía. Es fundamental una buena calidad de la toma.

➤ *La extensión*

El chancro se limpia en primer lugar, y después se frota con un vacinostilo sin que sangre la zona de desprendimiento periférico del chancro. El exudado purulento se extiende en un porta objeto en una sola dirección con el fin de mantener la integridad morfológica y los agrupamientos característicos del bacilo.

Este se colorea con azul de metileno o Giemsa.

El H, Ducreye es un bacilo Gram negativo de pequeño tamaño con un extremo redondeado de coloración bipolar que recuerda un imperdible. Aparece intra o, más a menudo, extracelular, aislado o a pares. Es menos frecuente observar agrupamientos en «bancos de peces» (la coloración bipolar produce un aspecto discontinuo). En la mitad de los casos el examen directo es negativo, siendo necesaria la identificación por cultivo.

➤ *Los cultivos*

La técnica es muy exacta, y consiste en el aislamiento del *H. ducreyi* en medio del cultivo líquido preparado con suero de vaca fetal esterilizado. Los tubos de cultivo se someten a incubación durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas a 35°.

El bacilo puede identificarse al cabo de cuatro o cinco días en forma de largas cadenas con aspecto de «las de bicicletas» en medio líquido.

➤ *La autoinoculación*

Tiene lugar por vía subepidérmica en la cara externa del brazo con un vaccinostilo cargado de material purulento y recubierto de un cristal de reloj para evitar una diseminación. Al cabo de cuarenta y ocho horas vesiculopústula que recubre una ulceración y que contiene bacilos de Ducrey fácilmente visibles.

➤ *Diagnóstico diferencial*

Es el de una ulceración genital

El chancro sifilítico se diferencia por tratarse de una exulceración limpia, indolora, con un fondo limpio, sin elevación en el borde, con la base indurada y cuyas adenopatías son duras y sin periadenitis. El diagnóstico lo confirma la presencia del treponema en el examen al ultramicroscopio y la serología.

El granuloma ulceroso de los órganos genitales (donovanosis) se observa en las regiones tropicales y subtropicales. La ulceración presenta unos bordes prominentes en brocal de pozo y tiene dos caracteres distintivos: la falta de dolor y de adenopatías. El diagnóstico se basa en la detección de los cuerpos de Donovan que se encuentran en el interior de grandes macrófagos.

La aftosis genital puede simular los chancros blandos en «corona» cuando se localiza en el prepucio. La falta de bubón orientará el diagnóstico.

La herpes genital se distingue por la presencia de erosiones de contornos policíclicos, agrupados en ramillete, sangrantes y sin supuración. El citodiagnóstico muestra la degeneración de las células de Unna que se hinchan.

Se descartaran fácilmente los chancros escabioso, una toxidermia y una ulceración traumática.

Las ulceraciones tuberculosas se asemejan al chancroide por los dolores y los caracteres de sus bordes y fondo; pero el tinte lívido y el terreno en que asientan facilitan el diagnóstico.

Cuando haya un bubón habrá que considerar lo siguiente:

El bubón supurado por piógenos comunes consecutivo a una infección cutaneomucosa.

La enfermedad de Nicolas-Favre, masa de ganglios hundidos en una ganga de paradenitis, movilizados en masa, que ascienden hasta los ganglios ilíacos y se reblandecen, dando lugar a múltiples fístulas.

La linforreticulosis benigna de inoculación de Mollaret (enfermedad de los arañazos de gato).

#### ➤ *Tratamiento*

El tratamiento del chancro blando se basa en la antibioticoterapia.

Sulfamidas, entre las que se prefiere la asociación de sulfametoxaly trimetoprima a la dosis de dos gramos diarios durante

quince días. Pueden producirse efectos secundarios como neutropenia y toxidermia.

La estreptomicina, en caso de alergia a las sulfamidas, a la dosis de un gramo al día en inyección intramuscular. Si la dosis total no excede de 15 ó 20 gramos, el riesgo de daño auditivo es moderado.

La canamicina puede utilizarse a las mismas dosis durante el mismo lapso de tiempo, así como la asociación de sulfadiacina y estreptomicina (Lykke-Olesen).

En un estudio de P. Morel, se trataron sin éxito dos pacientes con gentamicina a razón de 160 mg., al día en inyección muscular.

Los antibiótico destinados a tratar un chancro blando no deben tener una acción treponemicida, y desde luego la penicilina carece de actividad contra el bacilo de Ducrey.

Los chancros mixtos se tratarán con la asociación de estreptomicina (1 gr., al día) y penicilina retardada (un millón de unidades al día) durante quince días.

#### ➤ *Evolución con tratamiento*

La curación se suele obtener en un plazo de diez a veinte días; pero cuando el tratamiento se emprende tardíamente, no impide el reblandecimiento del bubón, y entonces la fistulización de éste se evita casi siempre mediante una punción con una gruesa repetida dos o tres días a continuación si es preciso.

Por medio de estas funciones se puede evitar un drenaje quirúrgico causante de un retraso en la curación.

## ► Condilomas venéreos

Los condilomas o vegetaciones venéreas, también denominadas vulgarmente «crestas de gallo», son tumores epiteliales benignos de los pliegues anogenitales de origen viral, muy frecuentes sobre todo en los jóvenes, contagiosos y autoinocurables, que suelen plantear problemas terapéuticos a causa de la gran cantidad de recibidas.

### ➤ *Etiología*

Los condilomas los provocan virus del grupo PAPOVA ( PA de papiloma, PO de polioma y VA de vacuorización). El Human papilloma virus ( HPV) es un agente ADN de 55 nm., de tamaño, incultivable, cuya morfología es idéntica a la del virus de las verrugas vulgares; pero ambos no son antigénicamente idénticos. Esta familia es muy heterogénea y se describen unos treinta serotipos de virus PAPOVA, subdivididos a su vez en subtipos. El HpV 6 se suele considerar como la causa principal de los condilomas; pero en realidad puede que estén involucrados otros tipos de HPV, en particular los HPV 11, 16,18. Probablemente esta lista es tan sólo provisional.

### ➤ *Epidemiología*

La mayor parte de las veces el contagio es venéreo, como lo demuestra la máxima frecuencia en las edades comprendidas entre los veinte y los treinta años, es decir, cuando la actividad sexual es máxima. El contagio es menos frecuente en los circuncisos (¿factor de maceración?) y resulta posible en el adulto al margen de las relaciones sexuales, así como en el niño.

Como en el caso de todas las enfermedades sexuales transmisibles, el riesgo aumenta con la frecuencia y la precocidad de las relaciones, la falta de higiene y sobre todo la cantidad de personas con las que se ha tenido contacto carnal. La anticoncepción también podría constituir un factor favorecedor, aunque tal vez de una manera indirecta al facilitar la actividad sexual.

Por último, la aparición de condilomas lo favorecen el embarazo (¿factor de inmunodepresión fisiológica?), los tratamientos inmunosupresores y la quimioterapia. En cambio, ni el origen racial ni las condiciones socioeconómicas parecen causar ningún efecto patente.

#### ➤ *Clínica*

El período de incubación puede ser de tres semanas a ocho meses con una media de dos a ocho meses.

#### ➤ *Topografía*

Las lesiones se desarrollan electivamente en los tegumentos cutáneos y mucoso de la región genitoperineal.

En el hombre, se localizan en el surco balanoprepucial, corona del glande, frenillo y meato uretral y aveces se extienden hasta el pubis, los pliegues inguinales y la cubierta del pene.

En la mujer, la topografía es ante todo vulvar (labios menores); pero puede invadir la porción inferior de la vagina e incluso el cuello uterino.

En ambos sexos se pueden observar lesiones perianales aisladas o asociadas a los genitales, a veces con extensión al canal anal (que se han de comprobar por medio del anoscopio).

En todos los casos, habrá que realizar una cuidadosa exploración para descubrir la inclinación de condilomas mínimos, fuentes de recidiva, y que tantas veces pasan inadvertidos.

➤ *Aspecto morfológico*

Al principio, los condilomas están constituidos por pequeñas excrescencias rosadas como micropapulas, o elementos filiformes, o crestas minúsculas implantadas verticalmente en la mucosa. Algunas de estas lesiones minúsculas pueden pasar inadvertidas.

Con bastante frecuencia el paciente consulta ya en una fase más evolucionada. Los tumores exuberantes, múltiples, forman por coalescencia masas mamelonadas en coliflor, blandas, de base estrangulada. La superficie es granulosa, a veces erizada con salientes cuyo vertice estrechado y dentado semeja la cresta de un gallo. A consecuencia de la maceración puede sobrevenir una sobre infección, causa de exudados. Estas lesiones son blandas, sin filtración en la base e indoloras. En la piel los condilomas adquieren un aspecto diferente parecido al de una verruga seborreica.

Los condilomas cervicales son de más reciente conocimiento y se presentan en dos formas particulares: planos e invertidos. Son asintomáticos e invisibles a simple vista. El diagnóstico se suele llevar a cabo por medio de la citología en las extensiones cervicales de detección.

Por lo general, el tumor de Buschke Lowcentein se localiza en el glande; pero en ocasiones también en la vulva o alrededor del ano. Forma vegetaciones pediculadas que se extienden y confluyen para formar una masa mamelonada, indiltrada y dura. El tumor presenta una evolución invasora que alcanza en profundidad el cuerpo cavernoso, la uretra o las fosas isquiorrectales.

Se discute el origen viral de este tumor. Algunos autores consideran que se trata de una lesión preepitelimatosa, y otros opinan que consiste en un forma particular de condiloma venéreo.

#### ➤ *Evolución*

Espontáneamente, las lesiones se multiplican por autoinoculación, pero esta propagación es variable según los enfermos. Puede darse el caso de la desaparición espontánea, pero es mucho menos frecuente que en las verrugas vulgares.

Las recidivas tras el tratamiento son frecuentísimas, y se deben o a la reafección por un nuevo contacto con quien no estuviese tratado o por el desconocimiento de pequeñas lesiones.

La transformación maligna en epiteloma espinocelular es excepcional, pero indiscutible. Varios autores han subrayado la frecuente asociación de condilomas cervicales y de una displasia que puede evolucionar por su cuenta. Algunos estudios epidemiológicos muestran que el 20 ó 30% de los carcinomas (in sit) podrían sobrevenir en casos con antecedentes conocidos de condilomas, lo que requiere un aumento de la vigilancia y control citológico y ginecológico.

➤ *Diagnóstico*

➤ *Diagnóstico histológico y ultraestructural*

El aspecto histológico lo caracteriza una hiperplasia epidérmica a veces importante, bien delimitada, que rechaza la dermis subyacente. La acantosis y la papilomatosis son considerables, originando a menudo un aspecto pseudoepiteliomatoso. La degeneración cavitaria (vacuolización) de las células de la parte superior del cuerpo mucosos de Malpighi, característica de las células epiteliales es más abundante de lo normal, claro, con un núcleo pequeño intensamente teñido. No se encuentran las granulaciones intracitoplásmicas ni intranucleares de origen viral visibles en las verrugas vulgares.

Cuando no hay desorganización de la arquitectura normal de la epidermis ni anomalías nucleocitoplásmicas y hay conservación de la basal, se puede descartar un tumor maligno.

La microscopia electrónica ha servido para confirmar la naturaleza viral de estas proliferaciones. Los virus del grupo PAPOVA se encuentran en el núcleo de las células de las capas del cuerpo mucosos de Malpighi.

➤ *Diagnóstico diferencial*

En la mayoría de los casos el diagnóstico es fácil. Se pueden descartar sin dificultad:

Las sifilides vegetantes, placas papilomatosas de superficie irregular aunque erosivas y exudativas, localizadas sobre todo en la vulva o el surco interglúteo. La exploración clínica descubre las localizaciones típicas de las sifilides papulosas del período

secundario, y las reacciones serológicas confirmarán el diagnóstico.

El epiteloma espinocelular de tipo vegetante, más consistente y con base infiltrada.

La enfermedad de Bocen.- La aparición de vegetaciones constituye la expresión de una invasión dérmica, y por tanto su transformación más o menos afilados, pero separados por surcos ulcerados y purulentos muy dolorosos.

Las formas de comienzo del tipo de micropápulas son diagnóstico más difícil. En el hombre se puede pensar en una hiperplasia común de las papilas de la corona del glande, el liquen plano de disposición anular y la psoriasis.

#### ➤ *Tratamiento*

A menudo es decepcionante, y las recidivas son frecuentes. En todos los casos hay que examinar y tratar a la pareja para evitar un nuevo contagio. Asimismo, habrá que tratar las causas favorecedoras mediante desinfección de la región si es preciso, tratamiento de una uretritis (o balanitis, o vulvovaginitis) candidiásica por tricomonas, gonococos o inespecífica.

#### ➤ *Diferentes técnicas*

La resina de podofilino se utiliza en forma de diversos preparados a la concentración 10 al 30% en propilenglicol, tintura de benjuí o aceite de parafina o de vaselina. Se aplica durante tres o cuatro horas, y después hay que practicar un lavado con agua jabonosa sin falta. Se repetirán las aplicaciones cada tres o

cuatro, cinco o seis días. Este método tiene la ventaja de ser sencillo, facilitar el tratamiento de lesiones extendidas en superficie y destruir los condilomas de pequeño tamaño, pero está contraindicado en caso de sobreinfección o de embarazo (riesgo de malformación fetal). Puede dar origen a una neuropatía periférica o a un acceso confusional. Debe limitarse el tiempo de aplicación a causa del riesgo de irritación. Este tratamiento tiene el inconveniente de ser largo (aproximadamente un mes), y el enfermo sigue siendo contagioso durante este período.

La aplicación de otros productos cáusticos da resultados menos constantes (ácido nítrico, tricloroacético, nitrato de plata o permanganato de potasio en polvo o en solución concentrada).

La crioterapia, nieve carbónica o preferentemente nitrógeno líquido) da buenos resultados en aplicación directa sobre las lesiones sin anestesia previa, la cicatrización es rápida y carece de contraindicaciones.

La electrocoagulación se practica bajo anestesia local e incluso general si las lesiones son muy extensas. Está contraindicada en los condilomas anales a causa del riesgo de explosión de los gases intestinales de fermentación.

El 5-fluoruracilo (5 FU) se utiliza en forma de crema al 5% (Efudix<sup>a</sup>) durante dos, tres o cuatro semanas. La aplicación bicotidiana proporciona mejores resultados. Frecuentemente se produce una irritación o una ulceración dolorosa.

El 5 FU está contraindicado durante el embarazo.

El láser con CO2 todavía poco extendido parece constituir una modalidad terapéutica interesante en los casos difíciles. Sus ventajas son el control de la profundidad de la destrucción tisular y la calidad de la cicatrización.

## **Indicaciones**

En los casos condilomas acuminados pequeñas y diseminados, la resina de podofilino en aplicaciones repetidas siendo la mejor indicación.

Los condilomas acuminado más gruesos, múltiples y diseminados se tratan por crioterapia y después por resina de podofilino para evitar las lesiones residuales y las de incubación.

Los condilas voluminosos, localizados y tumorales requieren una electrocoagulación bajo anestesia local.

El tumor de Buschke Louwentein precisa una exéresis quirúrgica.<sup>3</sup>

### **1.4. Formas de transmisión**

El SIDA (el resultado de la infección por el VIH) es causado por un virus (VIH) que se propaga a través del contacto sexual sanguíneo con alguien que tiene el virus. Las formas principales en que las personas se infectan con el VIH son;

- a) Compartiendo agujas y jeringas contaminadas con una persona que tiene el SIDA.

---

<sup>3</sup> PRAXIS Médica. Edición Latinoamerican Enciclopedia

- b) A través del contacto sexual, vaginal, oral, o anal con una persona que tiene el virus.
- c) Exponiendo a un bebé durante el embarazo o el nacimiento a la sangre de la madre infectada, o en muy raras ocasiones, a través de la leche materna.
- d) A través de transfusión de sangre, de componentes de la sangre o de factores coagulantes de la sangre, o de trasplantes infectados con el virus. (Esto es muy raro desde que comenzaron las pruebas en 1985).

Es difícil contraer el VIH, el virus no se transmite de persona a persona por contacto social. No se propaga a través del aire ni del agua.

Los centros para el control de enfermedades (CDC) y otras instituciones siguen los casos del SIDA por grupos. Hasta octubre de 1989 ésta era la estructura de casos de SIDA por grupos entre adultos y adolescentes en los Estados Unidos;

a) Hombres que mantienen contacto sexual con hombres	61%
b) Personas que se inyectan drogas	21%
c) Hombres que tienen contacto sexual con mujeres, y mujeres que tienen contacto sexual con hombres	5%
d) Personas que reciben transfusiones de sangre, de sus componentes o trasplantes de tejidos	2%
e) Personas con hemofilia y desórdenes de coagulación	1%
f) Indeterminadas otros	3%

(Un 7% de los casos demostró una combinación en su exposición al virus, como por ejemplo, hombres que tienen contacto sexual con hombres y que se inyectan drogas).

Estas estadísticas parecen sugerir que solamente las personas en ciertas categorías de riesgo contraen el SIDA (el resultado de la infección por el VIH).

Recuerde, sin embargo, que el SIDA es causado por el virus (VIH), y que las personas se infectan por lo que hacen, no por lo que son. Las personas se infectarán más comúnmente a través del contacto sexual o de compartir agujas y jeringas con una persona infectada por el VIH.

Las estadísticas acerca del SIDA no incluyen a las personas infectadas por el VIH pero que aún no han desarrollado el SIDA. Pasa un tiempo largo entre la exposición al VIH y el desarrollo del SIDA.

Una división detallada por categorías de personas recientemente infectadas sería diferente a las estadísticas de más arriba. Por ejemplo, los casos de infección por el VIH causados por transfusiones o por factores coagulantes son ahora muy escasos. Desde que los bancos de sangre comenzaron en 1985, a analizar toda la sangre y sus componentes para detectar anticuerpos del VIH. La proporción de casos de SIDA debido al uso de drogas inyectadas también está aumentando, mientras que la proporción debido al contacto sexual entre hombres esta disminuyendo.

<b>HASTA OCTUBRE DE 1990,</b>	
Hombre que tienen contacto sexual con hombres	60%
Personas que se inyectan drogas	22%
Sexo entre hombres y mujeres	5%
Personas que reciben transfusiones de sangre, de sus componentes, o transplantes de tejidos	2%
Personas con hemofilia y problemas de coagulación	1%
Indeterminados/otros	4%
Hombres que tienen contacto sexual con hombres y que se inyectan drogas	7%

<b>HASTA DICIEMBRE DE 1991</b>	
Hombres que tienen contacto sexual con hombres	58%
Personas que se inyectan drogas	23%
Hombres que tienen contacto sexual con mujeres, y mujeres que tienen contacto sexual con hombres	6%
Personas que reciben transfusiones de sangre o de sus componentes, o trasplante de tejidos,	2% (sin cambio)
Personas con homofilia y desórdenes de coagulación	1% (sin cambio)
Indeterminadas/otros	4% (sin cambio)
Hombres que tienen contacto sexual con hombres y se inyectan drogas	7% (sin cambio)

*Fuente: Centers For Disease Control HIV/AIDS Surveillance Report November 1990. Report January 1992.*

La categoría Indeterminados/otros cubre a los adultos y adolescentes con el SIDA (el resultado de la infección por el VIH) que no actúan clasificados bajo las categorías corrientes de riesgo.

Otros, actualmente se refiere sólo a una persona: un trabajador de salud que desarrollo el SIDA después de infectarse por el VIH con un pinchazo de una aguja contaminada. Los centros para el control de enfermedades (CDC) investigan los casos donde los medios de transmisión son indeterminados. Hasta octubre de 1990 habían 6,262 de estos casos.

Después de una mayor investigación, los investigadores encontraron que;

- a) Cerca del 4% podría ser reclasificado dentro de las categorías corrientes de riesgo.
- b) Cerca del 11% habían muerto, se negó a ser entrevistado, o se perdió para fines de seguimiento.
- c) Cerca del 5% no tenían un riesgo identificado.

- d) Cerca del 41% estaba todavía bajo la categoría de indeterminados/otros.

Para diciembre de 1991, otro se refiere a cuatro personas que desarrollaron el SIDA después de haberse expuesto a sangre infectada del VIH en un medio de servicio de salud. En ese entonces, habían 13,993 casos bajo la categoría indeterminados/otros.

- a) Aproximadamente el 45% podría ser reclasificado dentro de las actuales corrientes de riesgo.
- b) Aproximadamente el 13% había muerto, se negó a ser entrevistado, o se perdió para fines de seguimiento.
- c) Aproximadamente el 4% no tenía ningún riesgo identificado.
- d) Aproximadamente el 38% estaba aún bajo investigación.<sup>4</sup>

Cualquier persona, independientemente de su orientación sexual, puede infectarse a través del contacto sexual con alguien que tiene el VIH. Hasta octubre de 1989, habían 5,242 casos registrados de SIDA entre adultos y adolescentes por contacto sexual hombre-mujer, o 5% del número total de casos. Las estadísticas no incluyen a las personas con el SIDA que tienen relaciones sexuales hombre-mujer pero que también tienen otros factores de riesgo.

El número de personas con el SIDA, infectadas a través del contacto sexual hombre-mujer en los Estados Unidos, es mucho más pequeño que el de personas infectadas a través de las relaciones

---

<sup>4</sup> Fuente Centers For Disease Control HIV/AIDS Surveillance Report November 1990. Report January 1992.

Sexuales hombre-hombre. Los científicos no están seguros del por que, sin embargo, la tasa de nuevas infecciones por el VIH entre los hombres que tienen contacto sexual con hombres está bajando, mientras que la tasa para las personas que tienen contacto sexual hombre –mujer está aumentando. Aún más, en muchos otros países el VIH se propaga principalmente a través del contacto sexual hombre-hombre.

Indudablemente, el número de mujeres en estos países que tiene el VIH es casi igual al número de hombres que lo tiene. Para evitar la infección tanto de hombre como las mujeres, sea cual fuere fuere su orientación sexual, deben evitar tener relaciones sexuales (oral, vaginal o anal) a menos que sepan con seguridad que sus parejas no tienen el VIH, deben evitar compartir agujas y jeringas, porque al compartir las agujas se permite la transmisión del VIH si la pareja está infectada.

El SIDA (el resultado de la infección por VIH) es causado por el virus (VIH). Al igual que los hombres, las mujeres (y los adolescentes ) pueden infectarse por el VIH al;

- a) Compartir agujas y jeringas con alguna persona que tiene el virus.
- b) Mantener relaciones con alguna persona que tiene el virus.
- c) Recibir una transfusión de sangre o de un componente de la sangre que tiene el virus (muy raros en estos días).

Desde 1981 (cuando los centros para el control de enfermedades comenzaron a seguir los casos del VIH/SIDA) hasta octubre de 1989, las mujeres y muchachas adolescentes infectadas

por el VIH que desarrollaron el SIDA, se infectaron de la siguiente forma:

- a) El 52% contrajo el virus a través del uso de drogas inyectadas.
- b) El 31% contrajo el virus teniendo relaciones sexuales con una pareja infectada por el VIH.
- c) El 10% contrajo el virus mediante transfusiones de sangre, sus componentes o tejidos infectados por el VIH.
- d) El 7% no ha sido clasificado por categoría de conductas de riesgo.

El 10% que contrajo el VIH a través de transfusiones de sangre, de sus componentes o de transplantes de tejidos, se infectó antes de la prueba de sangre para detectar el VIH estuviera disponible en 1985, como los bancos de sangre ahora analizan toda sangre para detectar los anticuerpos contra el VIH, el riesgo de recibir transfusiones de sangre o de sus componentes infectados es muy bajo.

Hasta octubre de 1990, las mujeres y muchachas adolescentes que desarrollaron el SIDA, se infectaron de la siguiente forma:

- a) El 51% contrajo el virus a través del uso de drogas inyectadas.
- b) El 32% contrajo el virus teniendo relaciones sexuales con una pareja infectada por el VIH.

c) El 9% contrajo el virus mediante transfusiones de sangre, sus componentes, o tejidos infectados por el VIH.

d) El 7% no ha sido clasificado por categoría de conducta de riesgo.

Hasta diciembre del 1991, mujeres y muchachas adolescentes infectadas por el sida se infectaron de las siguientes formas:

a) El 50% contrajo el virus a través del uso de las drogas inyectadas.

b) El 3% contrajo el virus teniendo relaciones sexuales con una pareja infectada por el VIH.

c) El 8% contrajo el virus mediante transfusiones de sangre, sus componentes, o tejidos infectados por el VIH.

d) El 7% no ha sido clasificado por categoría de conducta de riesgo.<sup>5</sup>

#### **1.4. Antecedentes de epidemia y Pandemia**

La epidemiología, o estudio de las epidemias, ha empezado a cambiar el rostro de la medicina desde el amanecer de la historia, las enfermedades fueron aceptadas como males inevitables de la vida, y la investigación médica se ha dedicado a buscar curaciones en lugar de causas.

---

<sup>5</sup> Fuente: Centers For Disease Control HIV/AIDS Surveillance, Report January 1992.

Las autoridades sanitarias están convencidas de que la medicina curativa jamás podrá ser algo más que una aproximación tímida a las enfermedades y que el futuro de la medicina reside en la prevención de las enfermedades mediante la eliminación de sus causas. Este concepto surgió por vez primera en los insalubres y superpoblados barrios bajos de Londres en el siglo XIX.

► Hipócrates

Año 400 a.C.: Precursor de la epidemiología.

En aires, aguas y lugares, una de las grandes obras que se le atribuyen a este médico griego (hacia 460-377 a.C.) es haber señalado que el paludismo y algunas otras enfermedades estaban relacionadas con determinadas localidades o condiciones climatológicas. Su perspicacia convierte a Hipócrates en el padre de la epidemiología, ciencia que busca las causas y las fuentes de la enfermedad, al investigar el proceso de su aparición.

Si un número anormalmente elevado de personas que viven en una zona pantanosa sufren paludismo, es evidente que existe alguna relación entre el medio y la enfermedad.

► Epidemia

Las epidemias son un fenómeno ampliamente conocido por la humanidad. Los efectos devastadores de ellas, han sido experimentados generación tras generación; sus repercusiones han trascendido las fronteras geográficas, transformándose en pandemias y su impacto social difícilmente podemos evaluarlo.

México como la mayoría de los países en el mundo, ha padecido estos flagelos infecciosos y de alguna forma han presentando reguladores ecológicos de la población mexicana.

Las epidemias representan una emergencia epidemiología que ha provocado que el medio científico, político y social amalgamen esfuerzos con la finalidad de lograr, el control y evitar la difusión de los agentes infecciosos.

En las ultimas décadas el avance científico de la medicina, la vigilancia epidemiología, la sofisticación tecnológica y la relativa facilidad para identificar a los microorganismos capaces de provocar brotes epidémicos, nos puede conducir a premisas falsas y deducir que las epidemias forman parte del contexto histórico de la humanidad.

Lejos estamos de este objetivo ideal, por el contrario, el riesgo de presentarse brotes epidémicos en nuestro país esta favorecido por el intercambio poblacional con el resto del mundo.

A lo anterior debemos agregar, algunos factores predisponentes como los socioeconómicos, deficientes servicios públicos y acceso a los centros de salud principalmente en zonas marginadas, deficiente educación sanitaria en nuestra población y tal vez, alguno de los aspectos mas trascendentes que frecuentemente olvidamos, es que los microbios son organismos vivos que continuamente evolucionan para adquirir nuevos mecanismos de sobrevivencia, agresión al huésped, y resistencia a los antibióticos.

En un mundo ideal, la problemática de las epidemias pudiera dejar de tener importancia epidemiología si existieran vacunas contra todos los microbios capaces de producir enfermedad en el

hombre. Este sería el sueño de la medicina verdadera, es decir la medicina preventiva.

En algunas enfermedades este sueño lo hemos alcanzado en nuestro país, como es el caso de la viruela y la poliomielitis. En otros casos es razonable suponer que en pocos años podremos erradicar otros padecimientos que aún en la actualidad se presentan.

Sin embargo, otros microbios generadores de brotes epidémicos mantendrán su vigencia como problemas de salud por carecer de vacunas específicas, o bien porque las existentes son poco protectoras o no son aplicables en el ser humano.

Aunado a lo anterior, debemos añadir los nuevos microbios que se han adaptado al hombre para producir enfermedad o bien aquellos que han adquirido nuevas características de agresión o resistencia a los antibióticos, los cuales han resurgido con características epidémicas, como sería el caso de la tuberculosis, la cual durante muchos años pensamos tenerla bajo control.

En los últimos años nuestro país ha padecido brotes, algunos de ellos con repercusiones sociales que afectan seriamente hasta el núcleo familiar, como es el caso del SIDA, cuya progresión preocupa a toda la sociedad en su conjunto y sin que exista la posibilidad de vacuna o tratamiento específico en un tiempo razonable.

Las hepatitis infecciosas de tipo viral representan un gran problema, principalmente la tipo C, el resurgimiento de la tuberculosis resultado de la selección de bacterias altamente resistentes a los antibióticos y provenientes de pacientes inmunodeprimidos, el dengue clásico y el hemorrágico también

representan problemas epidémicos vigentes. Situación similar debemos considerar, la epidemia de cólera que afecta actualmente a la población de nuestro país.

Como podemos observar, las epidemias representan un reto vigente para la medicina y su importancia actual o el riesgo potencial en el que se desarrollen, constituyen una realidad de gran trascendencia social.

► *Pandemia*

La pandemia del VIH/SIDA comenzó a propagarse no sólo en determinadas zonas geográficas como pudiera pensarse, sino en diferentes continentes como América, Europa y África.

La aparición del Sida oficialmente data de junio de 1981, cuando se notificaron en los Ángeles California, cinco casos de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* en hombres jóvenes homosexuales. Este microbio usualmente sólo afecta a personas con deficiencia a respuestas inmunológica. Un mes después, se reportaron 26 casos de Sarcoma de Kaposi asociado a una neumonía por *P. Carinii* en hombres homosexuales de N.Y., y California. La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en un nuevo factor de inmunodeficiencia de etiología desconocida.

Para mediados de 1982, se tenía la fuerte sospecha de que la causa de la inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales.

En septiembre de ese mismo año, los Centros para el Control de enfermedades de los Estados Unidos formularon la primera

definición operacional de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para fines de notificación epidemiológica. Entre 1982 y 1983, se sospechó que este virus también se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, drogadictos intravenosos y receptores de transfusión. Los casos de infección en recién nacidos confirmaron la transmisión de tipo perinatal.

En el Instituto Luis Pasteur de París, Francia; en mayo de 1983, el grupo de Luc Montagnier logró aislar el agente del SIDA, identificándolo como virus asociado a la linfadenopatía (LAV, siglas en inglés). A finales de 1983, se habían reportado 3000 casos a nivel mundial.

En mayo de 1984, en el Instituto de Cáncer de los Estados Unidos, el Dr. Roberto Gallo y colaboradores aislaron de pacientes con SIDA un virus al que denominaron HTLV-III (virus linfotrópico T humano tipo-III). Previamente este grupo había aislado otros dos retrovirus humanos (HTLV-I y HTLV-II). Para esta etapa, ya se sospechaba la transmisión del virus en las relaciones heterosexuales.

En 1985 las pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra VIH en los bancos de sangre de Estados Unidos. Cuando terminó ese año, ya sumaban más de 24000 los casos.

En 1986, un comité de toxicómanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar una sola denominación para el causante del virus del SIDA: virus de inmunodeficiencia humana, cuyas siglas en español son VIH. Este nombre sustituyó a los anteriores (LAV, HTLV-III y otros). A diciembre de 1987, se habían notificado 73747 casos de SIDA en 129 países del mundo.

La historia del SIDA en México, se puede resumir de la siguiente manera:

Los primeros casos fueron diagnosticados en 1983, en extranjeros residentes en este país. En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986, se publicó la norma técnica que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes cerró en 134 casos detectados de SIDA.

Para diciembre, ya eran 226 los casos detectados. El Consejo de Salubridad General estableció entonces que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487. Entonces se hicieron notificaciones a la Ley General de la Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos del SIDA y seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre.

Las personas que padecían la enfermedad continuaron incrementándose durante los años de 1989-1993. Por otra parte, la ciencia médica sigue investigando el modo de detenerla, de prevenirla o de curarla si esto pudiera ser posible, no importando el tiempo pero sí el remedio a esta desenfrenada enfermedad que de seguir aumentando devastará al mundo entero.

De lo hasta aquí expuesto se demuestra que para el SIDA no existen fronteras, en la actualidad afecta a todos los grupos sociales, sin distinción de edad, sexo, raza, clase social o religión.

Como resultado de las investigaciones realizadas hasta ahora, para que el virus pueda transmitirse es indispensable que se reúnan ciertas condiciones:

- ♦ Que la secreción contaminante o agente causal contuviera una cantidad suficiente del virus en sangre, semen y secreciones vaginales.
  - ♦ Que las condiciones medio-ambiente y/o de contacto permitan al microorganismo pasar de la persona infectada a la sana, es decir, que el virus penetre al organismo para poder sobrevivir a una temperatura específica, ya que de lo contrario, al contacto con el aire pierde su capacidad infectante, por ende se requiere de un contacto directo y/o íntimo con la persona u objeto contaminado.
  - ♦ Que la persona sana sea un receptor susceptible, es decir, que permita al agente producir la infección, ya que depende del estado de salud de cada persona para que permita o no alojarse el virus.
- El estudio actual de la epidemia con base en las estadísticas realizadas

En marzo de 1987, la Organización Mundial de la Salud reportó 4380 casos de Sida, declarando a su vez que por lo menos en 91 países del mundo se había hecho presente la epidemia, arrojando un promedio de 400 mil casos, teniendo como promedio aproximado entre cinco y diez millones de portadores del virus.

Simplemente en Italia, por ejemplo, se calcula que la población enferma se duplica cada ocho meses.

A continuación se mencionarán algunos datos proporcionados por la Dra. Gloria Ornelas Hall y el Dr. Omar Rubí Campos, obtenidos del fondo para la Salud Comunitaria.

En los Estados Unidos, Canadá, Europa Occidental y Oceanía la infección se ha dado en forma mayoritaria por la vía hemática, a través de la drogadicción intravenosa y por transmisión principalmente entre homosexuales.

En E.U.: se han reportado cerca de 200 mil casos y es la primera causa de muerte en jóvenes en N.Y. y California.

En los Estados que colindan con México se han notificado un gran número de casos y hasta un 60% de estos se manifiesta en grupos minoritarios de negros y latinos.

En el África el patrón de transmisión difiere, a pesar de el gran subregistro de casos, los estudios serológicos han demostrado que hasta un 40% en algunas poblaciones como Zaire están infectadas. Se estimó que 2 millones de personas fallecerán en el año de 1993, nada más en la región del SubSahara.

En el Asia, se reportaron casos de SIDA hasta mediados de los 80, principalmente en las comunidades donde la afluente migración es cotidiana. Aun hay países que no han notificado casos, quizá por falta de infraestructura y recursos médicos para su detección, o por motivos sociales, culturales o políticos, pero preocupan que en localidades como Bangkok hasta un 45% de las mujeres acuden a atención prenatal están infectadas.

En México, existe un patrón epidemiológico muy parecido al del Caribe y otros países latinoamericano. En un principio, la población afectada fue la de varones con prácticas homosexuales,

pero esto ha ido cambiando rápidamente debido al alto porcentaje de transmisión sanguínea y al comportamiento bisexual de muchos varones, el 70% casados; de manera que la transmisión sexual en heterosexuales y principalmente en mujeres está en franco aumento.

En un año de 1986 se comercializó la prueba de detección de anticuerpos anti VIH y en ese año en México, se impuso la prueba obligatoria para todo paquete sanguíneo que se fuera a utilizar para transfusión o para obtención de hemoderivados.

En 1992, la proporción de casos hombre-mujer era de 25 a 1; ahora es de 4 a 1 y curiosamente ocurre con mayor frecuencia entre mujeres casadas que entre aquellas que se dedican a la prostitución. Lo anterior lo puede explicar la gran cantidad de transfusiones que se hacen durante el parto, además de que en diferentes ocasiones los maridos tienen contactos sexuales con personas distintas de su pareja.

En nuestro país el SIDA empieza a ser una enfermedad que puede atacar a todos por igual, a la fecha existen más de 9,000 casos reportados, con un subregistro estimado del 50%, lo que nos da un total de 14,500 casos aproximadamente.

Se estima que existen entre 50 y 100 infectados por cada enfermo, esto significa al rededor de 500 mil infectados por cada enfermo, que no lo saben, ya que no tiene síntomas pero si pueden transmitir la infección. Esta cifra puede triplicarse para el año 2000.

Es necesario hacer notar la variación en las cifras, pues generalmente los datos estadísticos cambian constantemente.

Las estadísticas referentes a los casos de SIDA en América, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas, incorporado al Sistema Nacional de Salud, nos permite observar la panorámica de 1993 a 1994.

Hasta diciembre de 1993, cuarenta y cinco países de América Latina notificaron a la Organización Mundial de la Salud 435,978 casos de SIDA, según estimaciones de esta organización se calculó que el número de casos es de 750,000.

De acuerdo a los casos registrados, México ocupa el tercer lugar después de Estados Unidos y Brasil mostraremos algunos de los países en América con mayor frecuencia con casos de SIDA en 1993.

En México, el panorama general de la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia, a finales de 1986 el incremento fue lento, sin embargo se tenían registrados en nuestro país alrededor de 250 casos. De 1987 a 1990 el crecimiento fue exponencial, aumentó de esta última cifra hasta llegar a 3,167 casos notificados y a partir de 1992 el crecimiento se amortiguó con una tendencia a la estabilización. Sin embargo, el comportamiento de la epidemia es la conjunción de varios tipos de epidemias, en donde las diferentes velocidades de crecimiento están determinadas en las distintas localidades, municipios o entidades, atendiendo a los siguientes factores: a) antigüedad de los primeros casos autóctonos, b) modos de transmisión preponderantes; c) disponibilidad de susceptibles; y d) adopción de medidas preventivas específicas en cada población.

Lo anterior quiere decir que el crecimiento o la disminución de esta enfermedad se vería afectada por la información manejada en ese sector de la población, es decir a mayor información y conscientización del ser humano en el ejercicio de su sexualidad, menor propagación del virus que provoca el Sida.

A continuación, claramente podremos observar la evolución de la pandemia de manera anual, a partir de su conocimiento en México, hasta el año de 1994.

Aunado a lo anterior y tratando de esquematizar la distribución geográfica en la República Mexicana, creímos conveniente dar a conocer algunos datos comparativos sobre casos de Sida en el interior de la República. Durante el mes de enero, el Distrito Federal y los Estados de Nuevo León, Jalisco, Puebla y Veracruz notificaron en conjunto el 65.6% de los casos. Al comparar los casos en 1992 y 1994, se aprecia que en dieciséis Estados el número de casos notificados en 1994 es mayor al notificado en 1992, en once Estados es menor y cinco entidades permanecieron sin cambio. Del total de los casos, 9,955 (56.3%) se acumulan en el Distrito Federal, México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal (622 casos); Jalisco (392 casos) y Morelos (345 casos). Las entidades con menor incidencia son Chiapas, Zacatecas, Hidalgo, Tabasco y Guanajuato.

De manera más clara y específica, la gráfica que a continuación se transcribe por regiones, contiene datos, hasta el 31 de enero de 1994; no sólo nos presenta la situación de los casos de Sida en la República Mexicana, además, nos da a conocer los grupos de personas que la adquiriesen y a través de que medio.

Un dato interesante que podemos conocer a través de la siguiente estadísticas son los casos de Sida en la población en general, pero en mayores de 15 años; encuadrándose bajo este rubro a Estudiantes, Profesionales, desempleados, obreros, comerciantes, etc.

► Población en riesgo

Sobre la base de la dinámica de transmisión del VIH, es posible clasificar a la población en 4 grupos:

1. Aquéllos que realizan prácticas de alto riesgo:
  - a) Hombres y mujeres con varios compañeros sexuales independientemente de su preferencia sexual.
  - b) Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual y;
  - c) Compañeros sexuales de:
    - \*personas con VIH/Sida.
    - \*Personas que a su vez tengan varios compañeros sexuales.
    - \*Transfundidos entre 1980-1987.
    - \*Usuarios de drogas intravenosas.
    - \*Hemofílicos.
2. Usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.
3. Aquellos expuestos a condiciones de alto riesgo:
  - \*Hemofílicos y transfundidos entre años de 1980 y 1987.
  - \*Personas transfundidas después de 1987 con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
  - \*Hijos nacidos de madres ya infectadas con VIH/SIDA.

4. Quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo; como son;

- \*Personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones adicionales con agujas contaminadas o salpicadura de sangre o secreciones.
- \*Personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas por sangre; como las usadas en acupuntura y tatuajes.

En resumen, toda persona expuesta a algún factor de riesgo está propensa a adquirir la infección del VIH; pero ¿qué se entiende por factor de riesgo? . Los factores de riesgos son aquellos que incrementan la posibilidad para que una persona adquiera o transmita el virus en cuestión. Para fines prácticos dividámoslas en actividades de riesgos y situaciones o condiciones de alto riesgo:

### ***Actividad o situación de riesgo***

1) Actividad (Vía sanguínea )

- a) Homosexual
- b) Bisexual
- c) Heterosexual
- d) Prostitución
- e) Drogadicción intravenosa
- f) Personas que vendieron su sangre entre 1980-1987.

## 2) Situación

- a) Hemotrasfundidos (después de 1980)
- b) Hemofilias
- c) Hijo de madre infectada

Ya dijimos que nadie está exento de contraer el virus que provoca el SIDA, sin embargo, hay factores de riesgo o prácticas de riesgo que determinan a un grupo específico.

1. La promiscuidad sexual es uno de los factores de riesgo más constante, pues al aumentar el número de compañeros sexuales, se incrementa la posibilidad de contraer el virus, tal y como se explicó en su oportunidad.
2. Por su parte, las relaciones sexuales anónimas como lo es el caso de la prostitución, son unas de las prácticas que presentan una mayor incidencia de infección. Estas prácticas son frecuentes entre algunos grupos de homosexuales y de heterosexuales y, por ende la posibilidad de contagio es aun más riesgosa por encuadrarse en el terreno de la promiscuidad.
3. La existencia de heridas provocadas por instrumentos estimulantes sustitutos de cualesquiera de los órganos genitales del hombre y la mujer o úlceras genitales debido a alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), aumentan las posibilidades del contagio.
4. El intercambio de líquidos corporales como lo son el semen y/o las secreciones vaginales en las relaciones sexuales,

facilitan la incorporación del virus en el organismo humano.

Los grupos específicos cuya situación es de VIH/SIDA en México, son los siguientes: a) Homosexuales; b) Heterosexuales; c) Bisexuales; d) Prostitutas; e) Hemofílicos; f) Prisioneros; y g) Toxicómanos por vía intravenosa, entre otros.

## **CAPITULO II EL SIDA Y LA LEGISLACION MEXICANA**

### **2.1.EL SIDA. ASPECTOS LEGALES**

Como el caso de cualquier otro problema, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de su consecuente enfermedad, el síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA); han tenido también su lado positivo al poner en tela de juicio principios y conceptos médicos, morales, sociales, éticos y jurídicos, que empezaban a convertirse en dogmas y que al tener que ser nuevamente revisados, han condicionado grandes avances en todos estos aspectos del conocimiento humano, a nivel mundial.

En Función del propósito de esta investigación, que es analizar el VIH/SIDA desde el punto de vista jurídico, se describirán inicialmente los principales conceptos legales que deben ser tomados en cuenta para abordar el problema, para posteriormente comentar algunas particularidades de la legislación mexicana vigente, que actualmente son objeto de estudio para decidir si son necesarios algunos cambios.

#### **Principios Generales**

En primer lugar no se debe olvidar que la legislación es siempre un medio y nunca un objetivo en sí misma. Esto implica que al legislar es necesario tomar en cuenta todo el contexto de un país; factores culturales y religiosos, aspectos sociales, nivel educativo recursos financieros, tradiciones y política, son algunos

de los elementos más importantes que deben ser considerados para desarrollar adecuadamente esta tarea. Por otra parte, aunque estos elementos explican los diferentes tipos de legislación que existen en el mundo; en el área de la salud se puede afirmar que todos ellos tienen los mismos dos objetivos básicos: promover y mejorar el nivel de salud individual y colectivo; así como proteger y encontrar el equilibrio entre los derechos humanos de la sociedad con los del individuo; de tal manera que de acuerdo a estos antecedentes se puede considerar que hay seis principios comunes que deberían normar cualquier acto legislativo; mismos que se describen a continuación.

- a) Igualdad ante la ley. Los derechos y obligaciones deben ser similares para todos los individuos.
- b) Relevancia. Sólo debe legislarse en los casos en que sea absolutamente necesario hacerlo, para evitar elaborar reglas que se hagan obsoletas en corto tiempo o que se refieran a cuestiones intrascendentes.
- c) Equilibrio. Cualquier medida normativa debe tener una relación justa entre las limitaciones a los derechos humanos individuales y las ventajas sociales que potencialmente representaría su aplicación.
- d) Efectividad. Aunque éste es uno de los aspectos menos considerados durante la elaboración de cualquier normatividad, sus posibilidades reales de contribuir a modificar o prevenir una conducta es algo que debe ser analizado "a priori" para garantizar la utilidad de las medidas legislativas en la práctica.

- e) **Factibilidad.** Esta es otra característica esencial que no debe olvidarse durante la etapa de diseño de cualquier norma, ya que la existencia de problemas que impiden o dificultan su aplicación con frecuencia constituye una limitante que, de no tomarse en cuenta, la convierte en algo inútil en la realidad.
- f) **Aceptación Social.** Además de los anteriores cinco conceptos, las características tanto particulares del VIH/SIDA hacen imperativo que se tome en cuenta lo que la sociedad puede considerar como aceptable o no, en cuanto a las normas que rigen su conducta.

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

- ♦ **Respeto a la persona:** Constituye uno de los principales derechos humanos y se refiere al respeto de la dignidad, autonomía e intereses individuales, con la única limitante de no lesionar los de la colectividad.
- ♦ **Justicia:** El respeto a las personas debe ser similar en todos los casos para que realmente exista valor en ese respeto.
- ♦ **Beneficencia:** Es la constante búsqueda de aliviar el sufrimiento, de satisfacer las necesidades y de enaltecer la condición humana, que puede verse también como el viejo principio hipocrático de "no dañar".
- ♦ **Responsabilidad:** Otro de los derechos humanos esenciales es el respeto a la autonomía de cualquier persona para tomar

decisiones relativas a su salud, con todas las consecuencias implícitas en dichas decisiones.

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

► Principales características de la Legislación Mexicana relativa al VIH/SIDA

La situación médico-legal de los individuos afectados por el VIH/SIDA en nuestro país es muy similar a la que estas personas tienen en otras partes del mundo. Las características propias de los grupos sociales más afectados y de mayor riesgo (que generalmente son personas socialmente reprimidas, censuradas e incluso rechazadas), sumado al temor general producido por la poca o deficiente información que sobre la enfermedad difunden constantemente los diferentes medios de comunicación, han condicionado respuestas y actitudes negativas por parte de la sociedad, que sólo han contribuido a agravar este creciente problema de salud pública.

Una de las facetas menos exploradas y prácticamente desconocidas de este padecimiento, es precisamente su aspecto jurídico. A pesar de que aproximadamente un 80% de los afectados están entre los 25 a 64 años de edad y de que sería lógico esperar una alta frecuencia de problemas legales de tipo laboral, familiar, penal, etc.; en realidad se carece de datos estadísticos formales y

Confiables sobre los factores condicionantes de esta problemática, su frecuencia evolución, consecuencias y otras características (situación que incluso dio lugar a una investigación iniciada recientemente por el Comité de Aspectos Jurídicos del CONASIDA, en el que están encuestando a personas seropositivas y con SIDA, para obtener esta información).

Sin embargo, durante la corta existencia de este Comité, que prácticamente está iniciado sus actividades, se han podido identificar algunas situaciones y problemas legales importantes e interesantes que han sido analizados y resueltos a la luz de la legislación vigente, generando experiencias e inquietudes que se brevemente a continuación.

## **2.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

Siendo la Constitución, el fundamento último de todo orden jurídico, en ella vamos a encontrar los límites y directrices para la actuación del poder público, respecto al problema que nos ocupa.

Así tenemos, que el artículo 4º Constitucional eleva en el ámbito de garantía social el derecho a la protección de la salud, que tiene toda persona y que es una norma programática que rige la actividad del gobierno en cuanto a que queda obligado a la permanente prosecución del mismo.

Uno de los problemas que se han generado en relación con el SIDA, han sido las campañas de educación relacionadas con el mismo, que han originado severo cuestionamiento de diversos grupos sociales, los cuales consideran que las mismas van en contra

de la moral pública y que favorecen la promiscuidad. Debe indicarse que simultáneamente, otros grupos sociales y de opinión pública han manifestado que las campañas de educación requieren una mayor profundidad.

En este aspecto, se encuentra latente la convivencia de contar con una definición clara y precisa de los alcances de derecho a la información, así como de la libertad de expresión.

Resulta conveniente hacer mención a la facultad otorgada en el artículo 73, fracción XVI, Base 2ª. De la Constitución, a favor del consejo de Salubridad General, en el sentido de que es el órgano facultado de dictar medidas preventivas preventivas indispensables, de carácter inmediato, en caso de epidemias graves, las que posteriormente deberán ser sancionadas por el Presidente de la República.

Por último, en caso de que fuere indispensable tal medida, el artículo 29 Constitucional prevé la suspensión de garantías.

En términos generales, debemos concluir que por imperativo constitucional, en el combate del SIDA, deberán ser respetados los derechos públicos subjetivos de toda la población considerada esta en forma colectiva e individualmente, esto es, deberá ser salvaguardar toda gama de garantías individuales.

### **2.3. Código Penal**

En esta rama del Derecho en donde el SIDA presenta mayores dificultades, considerando sus peculiares características, en cuento al prolongado periodo de incubación del VIH.

Hay quienes han considerado conveniente determinar en que delito incurre aquel sujeto que teniendo conocimiento de estar infectado por VIH, contagia en forma dolosa a otras personas.

Tal conducta no puede ser tipificada como homicidio, toda vez que difícilmente la muerte se producirá dentro de los setenta días siguientes a la comisión del hecho, circunstancia que es exigida por el artículo 303, fracción II, del Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal.

Por lo que hace al delito de lesiones, es menester que médicamente se determine si la infección asintomática de VIH, por sí misma puede ser considerada como una alteración de la salud, o si es necesaria la aparición del SIDA, para que se estime que se ha producido la alteración en la salud.

De lo anterior dependerá el momento en que se produce la lesión, quedando pendiente de resolver la calificación de la misma. Al respecto algunos estudiosos de la materia, opinan que se trataría de lesiones que ponen en peligro la vida, pudiéndose dar el caso de que operara la presunción de premeditación, cuando la infección se transmitiera por contacto venéreo. Sin embargo, y para el supuesto de que se estableciera de que la lesión se produce hasta el momento en que se presente sintomatología de SIDA, podría suceder que al momento en que la misma hiciera su aparición, el sujeto activo haya muerto a consecuencia de SIDA, o que la acción penal se encuentre prescrita.

También se ha sostenido que la transmisión dolosa de VIH encuadra en el tipo penal del delito de peligro de contagio, establecido en el artículo 199 bis, del código que nos ocupa. Sin

embargo, tal delito requiere que el sujeto activo, sabiendo que está enfermo de sífilis o un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otra persona, mediante relaciones sexuales. Debe indicarse que difícilmente el SIDA puede ser clasificada como una enfermedad venérea, ya que la transmisión del VIH no se da exclusivamente por vía sexual. Además, quedarían excluidas del presente tipo delictivo, las personas infectadas por VIH asintomáticas.

No han faltado propuestas en el sentido de que se establezca un tipo especial, con la finalidad de sancionar las conductas de las personas que en forma dolosa transmitan el VIH. Sin embargo, tal decisión implica tomar en cuenta numerosos aspectos criminológicos, relacionados con la conveniencia o inconveniencia de encarcelar a personas, que dado el estado actual de la ciencia médica, están indefectiblemente destinados a morir a causa del SIDA.

Por otro lado, es conveniente señalar que no ha faltado nunca quien haya opinado que, tratándose de mujeres embarazadas infectadas por el VIH, se actualiza una excluyente de responsabilidad penal, si éstas abortan. En tal sentido, se ha sostenido que opera el aborto terapéutico o necesario, previsto en el artículo 334 del Código Penal antes citado. Sin embargo, en este caso encontramos que el peligro de muerte no se deriva del embarazo, sino del mayor desarrollo del SIDA.

En cuanto al peligro de contagio que corre el producto de la concepción, se requeriría que nuestra legislación permitiera el aborto eugenésico, para que tal acto no fuese punible.

Respecto a los últimos descubrimientos médicos, en el tipo de que el VIH no necesariamente ataca el sistema inmunológico del

Individuo, sino que también puede afectar el sistema nervioso central, sea considerada como inimputable para efectos del Derecho Penal.

Para concluir la presente investigación consideremos que es importante señalar que las personas contagiadas por el VIH, reciben protección del Derecho Penal, por conducto de diversos tipos delictivos, tales como la responsabilidad médica (artículo 228), abandono de enfermos (artículo 335) y difamación (350).

#### **2.4. Derecho Civil**

Destacan tres cuestiones que merecen ser comentadas en el campo del Derecho Civil. Una de ellas consiste en la posibilidad de que en un futuro cercano, se establezca como parte integrante de los análisis prenupciales un examen de detección de VIH o de sus anticuerpos, lo cual a su vez traería consigo la posibilidad de que se estableciera como cumplimiento para contraer matrimonio, el hecho de estar infectado por VIH.

Otro aspecto consistiría en dilucidar si el estar infectado por VIH, o por haber desarrollado el SIDA, constituye una causal de divorcio, en los términos del artículo 267, fracción VI, del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, el cual dispone que es causal de divorcio el padecer cualquier enfermedad crónica o incurable que sea además, contagiosa o hereditaria.

Finalmente, es conveniente mencionar la responsabilidad civil en que pueden incurrir trabajadores de salud y las instituciones en donde se prestan servicios de salud, en aquellos casos en que una persona es infectada por el VIH, como

Consecuencia de una falta de cuidado, culpa o negligencia, en la atención médica.

## **2.5. Ley Federal del Trabajo**

Es necesario diferenciar diversos casos, al tratar de los efectos del SIDA en el ámbito laboral.

Primeramente debe distinguirse entre los oficios o profesiones en donde el desempeño del trabajo no entraña riesgos de adquisición o transmisión del VIH y entre aquellas profesiones en donde existe un riesgo definido de adquirir o transmitir el VIH.

Tratándose del primer supuesto, la Organización Mundial de la Salud en asociación con la Organización Internacional del Trabajo, emitió una declaración de consenso en junio de 1988 en donde se señala que los trabajadores infectados por el VIH que se encuentren sanos, deben ser tratados exactamente igual a cualquier otro trabajador, en tanto que los que hayan desarrollado el SIDA, deben ser tratados como si tuvieran cualquier otra enfermedad.

Debido a lo anterior, resulta pertinente analizar el alcance que tiene el artículo 42, fracción I, de la Ley Federal del Trabajo, en donde se establece que es causa de suspensión laboral, la enfermedad contagiosa del trabajador, así como el artículo 45, fracción I, de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, el cual dispone que es una causa de suspensión temporal de los efectos del nombramiento de un trabajador, el hecho de que este contraiga alguna enfermedad que implique un peligro para las personas que trabajan con él.

Consideramos que la disposición de la Ley Federal del Trabajo antes citada, debe ser interpretada en el sentido de que no es

suficiente la enfermedad contagiosa del trabajador, sino que debe concurrir la circunstancia de que exista una posibilidad de contacto real de contacto. En cuanto a la Ley Burocrática, ésta es más explícita al respecto, toda vez que necesariamente la enfermedad del trabajador debe implicar un peligro para las personas que laboran con él.

Cualquier suspensión de donde no se satisfagan los requisitos que han sido mencionados, deberá ser considerada injustificada.

En tratándose de la terminación de la relación laboral, resultan aplicables las reglas contenidas en los ordenamientos aludidos, en cuanto a que sólo procede ante la incapacidad permanente del trabajador, sea física o mental, que impida el desempeño de sus labores, teniendo los trabajadores con SIDA los mismos derechos que los restantes trabajadores en cuanto a prestaciones e indemnizaciones. En caso de que no se compruebe la incapacidad permanente del trabajador enfermo de SIDA, este tendrá derecho a demandar ya sea la reinstalación o la indemnización correspondiente.

Lo antes expuesto no sería aplicable a las profesiones en donde existe un riesgo definido de transmisión o adquisición del VIH, siendo necesario determinar en qué casos podría darse un tratamiento diverso. Creemos que en este grupo quedan incluidos los profesionales, técnicos y auxiliares de la medicina, ya que la propia naturaleza de su ocupación hace que sea mayor el riesgo de adquirir diversas enfermedades, entre las que se encuentra el SIDA.

Sin embargo, tales trabajadores no quedarían desprotegidos, dado que la adquisición del VIH vendría a constituir una enfermedad profesional, gozando en tal caso de los beneficios y

Prestaciones que para esos efectos establecen las leyes correspondientes.

Cabria hacer una segunda distinción entre las personas que ya tiene un empleo y aquellas que lo están solicitando, en cuanto hace a la aplicación de exámenes de detección del VIH, ya que su obligatoriedad solo podrá llegar a justificarse en aquellos empleos en donde este definido el riesgo de adquisición o transmisión del VIH. A este respecto tal como lo señaló el Dr.Valdespino, tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Internacional del Trabajo han declarado su desacuerdo con la realización de ese tipo de exámenes como requisito de ingreso.

Un aspecto que reviste singular importancia es el relativo a la prevención de riesgos del trabajo, debiéndose destacar que la Norma Técnica 324 que ya ha sido mencionada, en forma especificase refiere a la prevención y control de la infección por VIH, respecto al personal de salud. Por otra parte, encontramos que los reglamentos de seguridad e higiene deben contemplar está problemática.

Asimismo, resultan aplicables las disposiciones contenidas en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley Burocratica, por lo que hace a los riesgos profesionales, y al seguridad e higiene en el trabajo.

## **2.6. Ley General de Salud**

Es la Ley General de Salud, el ordenamiento a quien compete establecer los lineamientos esenciales en materia sanitaria, así como delimitar la concurrencia de la Federación y de las entidades Federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud establece las bases del Sistema Nacional de Salud, el cual está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presenten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

Es menester señalar que entre otros objetivos, el Sistema Nacional de Salud tiene el de proporcionar servicios de Salud tiene el de propugnando por el mejoramiento cualitativo de los mismos, mediante la atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daño a la salud, con especial interés en las acciones preventivas y coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actividades relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

En tales términos, encontramos que en 1986 fue creado el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), mismos que en 1988 se transformó en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

El CONASIDA, entre otras funciones, tiene por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Sida, impulsar las medidas que al efecto se establezcan, así como proponer y promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores público, social y privado, que realicen tareas relacionadas con los programas de investigación, prevención y control del Sida. Mención expresa requieren las facultades del CONASIDA para apoyar y realizar la difusión de información sobre

prevención y tratamiento del Sida, en el marco de los programas de educación para la salud. Por último, también compete al CONASIDA el sugerir medidas de prevención y control del Sida.

El ordenamiento legal antes citado, precisa la competencia sanitaria entre la federación y las entidades federativas, las cual tiene tres modalidades, a saber:

- a) La salubridad general que se reserva la Federación;
- b) La salubridad general que corresponde, de manera coordinada con la autoridad sanitaria federal, a las entidades federativas; y,
- c) La salubridad local, que compete a las entidades federativas.

La materia de salubridad general se rige por la Ley General de Salud, así como por sus diversos reglamentos, en tanto que la salubridad local es regulada por la legislación de cada una de las entidades federativas. Debe indicarse que la prevención y el control de enfermedades transmisibles es materia de salubridad general concurrente, en donde corresponde al gobierno federal su reglamentación y normatividad técnica, en tanto, que los gobiernos estatales les toca la ejecución de los programas, con la aportación de recursos de ambas esferas.

De conformidad con la ley que nos ocupa, las autoridades sanitarias son: El Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas.

En cuanto al ámbito local, de acuerdo con las leyes respectivas, son autoridades sanitarias estatales el gobernador, la Dependencia de la Administración Pública Estatal competente y los Ayuntamientos.

Al Consejo de Salubridad General, además de la facultad que fue mencionada anteriormente, le corresponde adicionar las listas de las enfermedades transmisibles prioritarias y formular propuestas de adiciones o reformas a las mismas.

Por otra parte, la Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Salud, coordina los programas y servicios de salud de las dependencias y entidades que conforman dicho Sistema, emitiendo las normas técnicas a que debe quedar sujeta la prestación de los servicios de salud en las materias de salubridad general y vigilando su cumplimiento.

A los gobiernos estatales corresponde, en materia de salubridad general, planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, programas locales de salud y vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, así como reglamentar la salubridad local, la cual se encuentra regulada por las leyes respectivas.

Por lo que hace a los ayuntamientos, su competencia está determinada por las leyes locales, las que les otorgan diversas facultades en materia de salubridad local. Es relevante la facultad de que gozan los ayuntamientos para expedir los bandos de policía y buen gobierno, ya que en ocasiones es en esos ordenamientos en donde se regula la prostitución.

Al ser reformada la Ley General de Salud en 1987, se estableció en el artículo 134 que el SIDA, como enfermedad

transmisible está sujeta a vigilancia epidemiológica y a actividades de prevención y control de la misma. Por otra parte, en el artículo 136 se estableció como obligatoria la notificación inmediata a la autoridad más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del VIH o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona. Lo anterior es reforzado por la obligación que en el mismo sentido señala el artículo 137, a cargo de las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines. Siendo extensiva dicha obligación de dar aviso de los casos en que se detecte el VIH a cualquier persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de un caso de SIDA por disposición del artículo 138.

Ahora bien, las medidas que pueden ser utilizadas para la prevención y control de las enfermedades que requieren vigilancia epidemiológica, entre las que se encuentra el SIDA, y cuya observancia es obligatoria para los particulares, son entre otras, las siguientes:

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

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

III. La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;

IV. La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos;

V. La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes; y,

VI. Las demás medidas que determina la propia ley, sus reglamentos y la Secretaría de Salud.

Dada la peculiar naturaleza del VIH consideramos que en términos generales, resulta inaplicable el aislamiento, toda vez que se traduciría en una separación permanente e indefinida.

Por lo que hace a la sangre, que es considerada por la ley como un tejido, tenemos que compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Con el fin de reducir el riesgo de que el VIH se transmita a personas transfundidas, fue reformado el artículo 332 de la ley, para establecer que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y que en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

Como consecuencia de lo anterior, también fue reformado el Reglamento de la Ley en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, con el fin de que el material utilizado para la obtención, conservación y aplicación de sangre, componentes o derivados es ésta, sea desechable (artículo 42); estableciéndose la obligación de que los bancos de sangre cuenten con los reactivos necesarios para la realización de análisis de detección de VIH o sus anticuerpos (artículo 43), siendo obligatoria la prueba para la detección de VIH o de sus anticuerpos, en los disponentes de sangre humana (artículo 48 y 51).

Es conveniente señalar que la Ley General de Salud otorga a los usuarios de los servicios de salud (independientemente de que estos sean prestados por los sectores público, social o privado), el derecho a obtener dicha prestación en forma oportuna y de calidad idónea, recibiendo atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares (artículo 51).

Para concluir lo relativo a la Ley General de Salud, debe manifestarse que es materia de salubridad general la sanidad internacional, sin que hasta la fecha se hayan impuesto restricciones de ingreso al territorio nacional a los portadores del VIH.

Cabe hacer notar que la Secretaría de Salud expidió la Norma Técnica 324 para la prevención y control de la infección por VIH, en donde se pretenden uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, en las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por VIH, estableciéndose diversas medidas tendientes a tal fin.

Dentro del ámbito del Derecho Sanitario, nos resta hacer mención del problema relacionado con la prostitución.

En efecto, dado que una de las formas de transmisión del VIH es el contrario sexual, debemos analizar la regulación jurídica existente respecto a la prostitución. Encontramos básicamente tres corrientes que han sido asumidas por el Estado en relación con el problema que nos ocupa, mismas que a continuación se explican brevemente.

En primer término, debemos hablar del régimen reglamentarista, en donde se considera que el ejercicio de la prostitución debe ser reglamentado por el Estado, mediante el

otorgamiento de autorizaciones y tarjetas de salud, que implican se lleve a cabo un control sanitario de los establecimientos y de las personas que se dedican al ejercicio de la prostitución.

Un segundo sistema está constituido por el régimen abolicionista, se busca la supresión del sistema reglamentarista de la prostitución, criticando la expedición de las autorizaciones y permisos para el ejercicio de la prostitución, así como el control sanitario de tal actividad. Más que suprimir la prostitución, se pretende la supresión del reglamentarismo.

Un tercer sistema corresponde la régimen prohibicionista, que como su denominación lo indica, pretende prohibir la prostitución.

Ahora bien, señalarse que en nuestro país se ha considerado que la prostitución incide en la esfera de la Salubridad Local, razón por la cual compete a las entidades federativas, debiéndose mencionar que los Estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Querétaro, Sinaloa y Zacatecas que regulan la prostitución expresamente.

### CAPITULO III

## EL SIDA EN EL SISTEMA DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

### 3.1. "Status" Psicológico de Enfermos

Pabellón número 8, Penitenciaría del D.F. para internos infectados por el virus del SIDA. Hay 42 internos en este centro de reclusión y cuatro internas madres solteras del centro femenino de Tepepan que padecen esta enfermedad, algunos cumplen sentencias más largas de los años que les quedan por sobrevivir; por robo, 35 años por homicidio, 15 años por violaciones a menores.

En el edificio de un solo piso conviven los heterosexuales, los homosexuales, transexuales y los de la tercera edad, también los clasifican en portadores y fase terminal.

Santa Martha Acatitla es la única prisión de la capital del país destinada a recibir a los delincuentes varones con SIDA/VIH. Ni en Almoloya de Juárez, ni en los CEFERESOS, ni en las Islas Mariás son aceptados.

Al ingresar a la Penitenciaría los internos se les practica una serie de estudios que consiste en lo siguiente ;

- a) Estudio Criminológico. Sirve para conocer la peligrosidad del interno.
- b) Estudio Psicológico. Sirve para conocer la personalidad del interno.

- c) Estudio Pedagógico. Se realiza para conocer el nivel de escolaridad y las habilidades del interno.
- d) Estudio Médico. Se le practica para conocer y valorar su estado de salud y las condiciones en las que se encuentre al llegar a la Penitenciaría.
- e) Estudio Social. Este estudio sirve para conocer la estructura familiar, el nivel económico, el nivel cultural y el modo de vivir del recluso.

También existe el área de capacitación en el reclusorio que se divide en:

- I. Área de Ingreso.
- II. Área de Servicio Médico.
- III. Información Básica.
- IV. Platicas Inductivas.

En Santa Martha, los seropositivo y los enfermos sintomáticos o terminales de SIDA, tienen un privilegio: una celda para cada uno de ellos, a diferencia del resto de la población que comparte espacios de con tres o cuatro internos.

Las rejas permanecen abiertas durante el día, sus ocupantes practican deportes y realizan actividades similares al resto de los infractores, pero éstos tienen prohibido visitar este pabellón que fue adaptado para reos "especiales".

A través del tiempo surge la etapa del aclopmiento y adaptación de los internos con SIDA que se van integrando con los demás internos sanos para una mejor convivencia dentro de la Penitenciaria.

Los estados de ansiedad y estrés son inevitables para quienes padecen la enfermedad del SIDA/VIH. Los estrés que afronta cualquiera en una situación que pone en peligro la vida son múltiples y con frecuencia muy complejos, no necesitan surgir simplemente de la forma en que se sienten las personas sobre su salud; en ocasiones, otros generarán o contribuirán al estrés por la naturaleza de sus reacciones personales. Por ejemplo, ya se ha comentado como el temor y el rechazo pueden contribuir de una manera inmensurable a las cargas prácticas, físicas y emocionales de los internos seropositivo identificados.

Los internos con SIDA/VIH que se les conoce sobre sus ansiedades manifestaron los siguientes puntos:

- I. El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.
- II. Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico y sexual.
- III. Ser abandonado y quedarse solo con su dolor.
- IV. Incapacidad para modificar sus circunstancias.
- V. La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas.
- VI. La capacidad de su amado, compañero, familiares, amigos, etc. para afrontar sus problemas.

VII. Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo.

VIII. La disponibilidad de tratamiento médico, dental o ambos.

IX. Ser identificado como homosexual o toxicómano.

X. Su futura aceptación social y sexual.

El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes las sufren piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones.

La sintomatología que manifiesta un interno con SIDA en un estado de ansiedad, donde la conducta normal se altera es la siguiente:

I. Agitación y nerviosismo: Sentirse "tieso", irritable e inquieto.

II. Gran preocupación: Algunas veces se enfoca en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir.

III. Síntomas físicos: Tensión muscular, que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago "anudado".

- ♦ Agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.
- ♦ Náuseas, y en ocasiones vómitos, y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.

- Aumento de la sudación.
- Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón.
- Vértigos, atolondramiento y posiblemente hormigueo en manos y pies.
- Cierta visión borrosa y "embotada".
- Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.
- Rubores, manchas, exantemas, o ambos.
- Sensación de falta de aliento.
- Boca seca.
- Ganglios linfáticos crecidos (en la ansiedad crónica).

VI. Dificultades en el sueño: Problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más alterado (tal vez incluyendo pesadillas).

V. Fatiga física: Pérdida del vigor y letargo frecuente, en ocasiones con largos períodos de falta de energía.

VI. Dificultades cognoscitivas: Problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad, incluso con labores en apariencia sencillas.

VII. Cambios del ánimo: Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro por ejemplo; de la risa al

llanto, algunas personas se tornan extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en especial exigentes con quienes aman.

VIII. Pérdida del impulso sexual: Una pérdida temporal del deseo o la función sexual.

Algunas veces el interno siente que la depresión se ha hecho más regular, dura más tiempo y puede ser muy intensa, los antibióticos causan en ocasiones depresión:

- a) El suicidio de pacientes de SIDA puede ocurrir en formas muy sutiles, por ejemplo: no comiendo, permaneciendo en cama y no vistiéndose y por lo general dejando de cuidar de sí mismo y de lo que les rodea.
- b) Es inevitable la depresión de cuando en cuando y lo mejor que debe hacerse es eliminarla tan pronto como sea posible, porque es destructiva para uno mismo física, moral y emocionalmente.

Igual que el estrés y la ansiedad, la depresión es uno de los estados más comunes del enfermo, ha sido parte de las experiencias humanas registradas desde la época de los antiguos egipcios y las estimulaciones actuales sugieren que entre 2 y 15% de los adultos sufren depresión en algún año determinado.

La mayoría de las personas admitirán tener períodos en que se sienten opacados y tristes, pero para algunos esta experiencia será más intensa y prolongada, sin embargo, casi todos los estados de depresión desaparecen de manera espontánea y la mayoría de las personas mejoran por sí mismas, a medida que los problemas que condujeron a su depresión mejoran o se sufren otros factores.

La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en seropositivo VIH, en especial en el período siguiente al descubrimiento de la infección.

A continuación veremos algunas de las reacciones más comunes entre los internos que padecen esta enfermedad:

I. La "inevitabilidad" aparente de la declinación física y la futura mala salud.

II. La falta de una curación, que originan un sentimiento de desesperanza e impotencia.

III. Las limitaciones que la infección, la enfermedad, o ambas, pueden causar en el estilo de vida de una persona; por ejemplo, con la disminución del funcionamiento físico, menor aceptabilidad social, restricciones profesionales y las limitaciones que la infección coloca en la expresión sexual.

VI. Rechazo social, profesional, emocional o sexual, actual o anticipado.

Cuando estos problemas se consideran en el contexto del enorme cataclismo que origina conocer la infección o enfermedad, es fácil imaginar por qué se deprimen las personas, algunos podrían decir que es inevitable, sin embargo la depresión grave puede determinar que sea más difícil o tome más tiempo lograr ajustes al hecho de conocer la infección o la enfermedad, ello es problemático en sí, porque, la noticia de la infección requiere que el paciente tome decisiones importantes sobre su conducta futura y en algunos casos tendrá que ser con rapidez.

Antes de considerar las formas en que pueden superarse o arreglarse los efectos de la depresión, es importante poder reconocerla y así mismo a algunas de sus consecuencias.

Los internos deprimidos sufren los siguientes tipos de alteraciones:

I. Depresión de ánimo.

II. Pérdida de interés o de placer en actividades que antes disfrutaban.

III. Sentimientos de inutilidad y culpa.

IV. Baja autoestimación.

V. Desesperanza.

VI. Pensamientos suicidas.

VII. Ansiedad.

VIII. Dificultades del pensamiento.

IX. Obsesiones y Paranoia.

X. Otros síntomas.

Además de estos síntomas psicológicos, la depresión también se acompaña de varios síntomas físicos:

XI. Pérdida de energía.

XII. Retardo y Agitación.

XIII. Pérdida del apetito y el peso.

XIV. Trastornos del sueño.

XV. Pérdida del impulso sexual.

XVI. Síntomas corporales.

Es importante recordar que si bien todas las personas pueden experimentar algunos de estos síntomas, es muy raro que tengan todos ellos, si se supone que la mayoría de las personas con infección o enfermedad del SIDA que sufren depresión la tienen directamente como resultado de conocer su situación, o de las acciones (o falta de ellas), otros conocidos (amigos, familiares, patrones etc.), es útil considerar la depresión como una reacción.

Es un rasgo importante, por que la depresión reactiva es muy diferente de la "endógena", más grave y crónica (e incapacitante), que suele ocurrir en personas de edad avanzada y requiere de tratamiento farmacológico.<sup>61</sup>

### **3.2. Postura de los Demás Internos**

Uno de los problemas más graves que se presentan con la epidemia del Sida, es la discriminación por parte de los internos de los Centros de Readaptación Social, en contra de los internos afectados por el virus.

El argumento más utilizado para justificar esta discriminación, es pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no

---

<sup>61</sup> Miller, Viviendo con SIDA y HIV. Editorial Manual Moderno, México 1982

infectada y los de las personas o internos con VIH o enfermos de Sida. Ante este aparente enfrentamiento y bajo el resguardo de la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se violan sus derechos.

Esta discriminación entorpece los esfuerzos de las políticas de salud penitenciaria debido a que aleja a las personas afectadas por el virus de los servicios de salud, asistencia y educación necesarios para prevenir la expansión de la epidemia; ocasiona una división en la sociedad penitenciaria entre enfermos y sanos, fomentando la intolerancia hacia determinados grupos que, en forma errónea, han sido percibidos como la representación de la enfermedad.

En el caso del sida, el problema de la discriminación se complica debido a que frecuentemente los afectados a quienes los internos sanos ya marginaban con anterioridad, con lo que se agrava su condición de indefensión.

La discriminación constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de los internos con VIH o que han desarrollado Sida al negar, restringir o suspender los derechos que tiene todo ser humano, frustrando su acceso a la igualdad y la justicia social.

La discriminación de que son objeto los portadores del VIH se ha manifestado de diversas maneras y presenta particularidades según el país de que se trate; la negativa a otorgarles educación, vivienda, servicios funerarios, etc.; la realización de exámenes de detección, sin contar con el consentimiento del interesado; la pretensión de aislarlos en albergues especiales; la prohibición de viajar a determinados países, o al menos, el impedimento de que obtengan la calidad de inmigrantes o residentes; el despido de los trabajadores infectados, así como el rechazo de sus solicitudes de

empleo, la mala atención de algunos profesionales, y en ocasiones, la negativa de éstos de atender al enfermo; la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegando a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de hacer público su estado de salud, entre otras formas de discriminación.

La postura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos ante esta problemática, es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos.

Con base en el principio de igualdad establecido en el artículo I; de la Declaración Universal de Derechos Humanos

"todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Los Derechos Humanos y el Sida tienen diversos e importantes puntos de contacto. El principal se manifiesta en la discriminación que junto a la marginación y violación de derechos propicia y aumenta el riesgo de contraer el virus, la discriminación relacionada con VIH/Sida no es útil para promover la salud pública y si, por el contrario, pone en peligro a la sociedad.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Entrevista realizada a la Psicóloga Elizabeth García Pérez, Coordinadora de Actividades Culturales de la Dirección General de Reclusorios del Departamento del Distrito Federal. y al Ar. Jorge González Meriam, Jefe de la Unidad de Unidades Médicas de la Dirección Generales de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

### **3.3. Responsabilidad Legal y Moral de las Autoridades**

Lic. Gonzalo Moctezuma Barragán

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se presenta como la epidemia de nuestro tiempo, por su trascendencia se ha considerado como un problema de salud pública.

La enfermedad es relativamente nueva en México, se tiene conocimiento de que sus primeros brotes tiene lugar a principio de la década pasada. Sin embargo, el rumor y la formación de prejuicios se difunden ampliamente, tergiversando, de esta manera, la realidad sobre el problema.

La desinformación actúa incluso en algunas instituciones de salud, naturalmente en perjuicio de los pacientes infectados con el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), algunas veces por el ignorancia del problema y otras más por negligencia del personal auxiliar y paramédico que presta sus servicios en dichas instituciones.

El resultado es obvio, nos enfrentamos a la negativa de prestación de servicios médicos que va desde el traslado en ambulancias hasta los beneficios oftalmológicos, dentales, quirúrgico, etc.

Esta situación, lejos de ayudar a resolver el problema lo mantiene latente y lo que más, trae consigo la pérdida de la confianza médico-paciente.

Ante esta situación el Sistema Nacional de Salud y la Dirección General S.M.D.D.F. se esfuerzan en brindar servicios oportunos,

eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de salud, consecuentemente, se ha venido impulsando la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes, principalmente relacionados al SIDA. Se promueve y acrecienta el uso de servicios médicos, de la educación para la salud y se da preferencia a la prevención de esta enfermedad, dentro de un marco de dignidad, legalidad y trato humano.

Cabe agregar, sin embargo, que la participación de los usuarios en este tipo de tareas es determinante para cumplir con los objetivos trazados, pues en la medida que éstos conozcan sus derechos y obligaciones ante las diversas instituciones de salud, se avanzará en el control de esta enfermedad.

El Derecho es el medio idóneo para regular las relaciones de los individuos entre sí y de éstos con las autoridades representantes del Estado. Dentro de esta rama de estudio se encuentran normas de carácter privado y de orden público; las primeras obedecen al ámbito de los particulares, las segundas actúan en función de éstos y el Estado.

El Derecho como conjunto de normas, cumple la función de encauzar la vida del hombre en beneficio de la sociedad.

La ciencia jurídica, por ende, no es una creación caprichosa del Estado, surge de la vida diaria, toma en consideración la realidad de las cosas y las necesidades del gobernado. Es la vida misma elevada a la categoría de norma; no es la norma la que impone la vida, es la vida la que crea la norma. Entonces, adecuar el derecho a todas aquellas situaciones que se presentan en la vida social y que tienen relación con el SIDA, será objeto de la norma.

En todo régimen de Derecho, se parte de la existencia de normas jurídicas que confieren un derecho en favor de alguien e imponen, en un mismo tiempo, una obligación a cargo de otro. Las obligaciones que se derivan de dicha relación jurídica consisten en un hacer algo, dar algo o no hacer ese algo.

En este contexto, el Estado otorga derechos, dentro de los que se encuentra el derecho a la salud, cuya tutela y vigilancia le corresponde.

Esta garantía social referida a la salud, coincide con los derechos humanos desde el momento en que se dirige al hombre en general buscando mejorar la calidad de la vida y procurando el desarrollo social, teniendo como base el disfrute de mejores condiciones de salud.

En el ordenamiento jurídico mexicano, el derecho a la salud se presenta como un derecho subjetivo público; es un derecho porque tiene como correlativa la obligación a cargo del órgano estatal de prestar atención médica al gobernado que la solicita. Es subjetivo porque constituye una facultad conferida al gobernado para reclamar la prestación del servicio médico y es público porque el objeto que se persigue (la prestación de dicho servicio) tiene tal carácter.

Naturalmente aquellos servicios de salud que proporciona el Estado a través de sus organismos, se encuentran regulados dentro de estas normas de orden público.

No se puede abordar el tema de la salud en relación con la Responsabilidad moral y legal de las autoridades desde el punto de vista normativo sin mencionar en qué consisten los servicios de

salud, quiénes son prestadores de los mismos y quienes más usuarios.

La Ley General de Salud clasifica los servicios de salud en: atención médica, salud pública y asistencia social y los define como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

En cuanto al tema que nos ocupa, la misma ley contempla como servicios básicos de salud aquellos que persiguen como fin la educación para la salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo además la atención de urgencias. En este sentido, el paciente portador de VIH, tiene el derecho de que se le otorgue la totalidad de dichos servicios.

Los servicios básicos de salud son prestados por un conjunto de instituciones que teniendo una diferente naturaleza, persiguen la misma finalidad. La Ley citada engloba al conjunto de éstas dentro del Sistema Nacional de Salud, clasificándolas de la siguiente manera:

I. Servicios públicos; que son aquéllos que se prestan a la población en general, independientemente de quien los solicite y se realiza en establecimientos públicos de salud.

II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social; que son prestados a personas que cotizan o las hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios.

III. Servicios de salud de carácter social; que se prestan directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos por parte de organizaciones sociales, y

IV. Servicios de salud privados; que prestan personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, pudiendo ser contratados en forma directa o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos.

Precisa señalar que la prestación de estos servicios se rige por las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las mismas instituciones, y por los contenidos de la Ley General de Salud y sus reglamentos específicos. No escapa a ello la prestación de servicios de salud privados, aún cuando las modalidades de acceso y el cobro de los mismos se sujete a ordenamientos legales civiles y mercantiles.

El usuario de los servicios de salud es toda aquella persona que requiere y obtenga dichos servicios, cuando estos sean prestados por las instituciones señaladas con anterioridad, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezca en las leyes y disposiciones aplicables. Es evidente que las mencionadas instituciones tienen la obligación de prestar el servicio requerido; correlativamente los usuarios tienen el derecho de obtener las prestaciones de salud oportunas, con la calidad idónea requerida y la ética profesional que ello implica.

En relación usuario-prestador de servicios, los derechos y obligaciones tienen un carácter recíproco, pues así como el primero adquiere derechos, también se obliga a dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipo médico que se ponga a su disposición, así como la debida

observancia y el cumplimiento de la reglamentación interna de las instituciones prestadores de servicios.

Cabe aclarar que en materia de prestación de servicios, la Ley General de Salud es la que establece las bases y modalidades para el acceso a los citados servicios de salud, así como la organización, control y vigilancia en la prestación de los mismos, salvo los que las instituciones de seguridad social presten a derechohabientes y los servicios médicos privados, pues a pesar de que en dicha ley se reglamenta el derecho a la protección de la salud conforme al texto del artículo Constitucional, las instituciones citadas gozan de leyes especiales, que regulan su organización y funcionamiento por lo que hace a las de seguridad social y las privadas se regulan en su administración por la legislación común. Sin embargo, en ningún momento se apartan de los principios generales en materia de salud.

Según la clasificación de los servicios de salud, decimos que la atención médica desarrolla una función primordial al tener por objeto proteger, promover y restaurar la salud mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Con la prestación de estos servicios, se pretende prolongar y mejorar la calidad de vida de todos los sectores de la sociedad y consecuentemente coadyuvar a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo armónico de la colectividad. Es por ello que para lograr dicho bienestar así como para encauzar el mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, ha sido preciso el reforzamiento de las actividades preventivas más que la atención a enfermedades consecuentes, es por ello que la política en materia de salud se orienta hacia la investigación de las causas y efectos de los

padecimientos como es el SIDA, procurando con ello la satisfacción oportuna de las necesidades de la población en riesgo.

La educación para la salud complementa el esquema al fomentar en la población conductas que le permitan detectar oportunamente las enfermedades, tanto individuales como colectivas, con la intención de brindar la debida protección de los riesgos que pongan en peligro la salud.

Esta orientación y capacitación realizada por personal idóneo de la Secretaría de Salud se logra, muchas de las veces, en coordinación con otras dependencias y organismos del sector público, sobre todo cuando se pretende que estas conductas sean adoptadas por la población joven de nuestro país.

La educación para la salud de esta forma, realiza una doble función, pues además de fortalecer actitudes y conductas, previene, para lograr un mejor control de las enfermedades.

Atendiendo a este criterio, prevenir para controlar las enfermedades es un derecho que tiene todo ser humano para preservar la salud, cuya responsabilidad corresponde al Estado al ser el encargado de realizar actividades de carácter epidemiológico, no sólo en el marco de las disposiciones de la legislación interna, sino atendiendo a los tratados y convenciones internacionales en los que México sea parte. A manera de ejemplo, cabe citarse la posición de la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Organización Internacional del Trabajo, adoptada por México y que textualmente establece:

"La protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluidos los que padecen el Síndrome de la Inmunodeficiencia

Adquirida, es esencial para la prevención y el control del VIH/SIDA".

En el caso del SIDA, como una enfermedad que amerita particular atención tanto en asistencia médica como en evaluación para la salud, se han establecido obligaciones en materia de prevención y control, concretamente en el caso de la notificación obligatoria de la detección de casos a las autoridades sanitarias por considerar que esta enfermedad se ubica dentro de aquéllas que constituyen un problema real y potencial para la salud en general.

Por cuanto hace a la salud ocupacional, se ha dicho que el trabajo o las actividades, sean consideradas industriales, profesionales o de otra índole, se ajustarán, por lo que a la proyección de la salud se refiere, a las normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias. La finalidad de este control sanitario es precisamente buscar efectos que trasciendan dentro de los programas de educación y prevención en materia de salud.

Tratándose de atención médica para los trabajadores, ésta les debe ser otorgada en los términos que prevengan las leyes secundarias, tratando al SIDA como cualquier otra enfermedad por prestadores de servicios públicos, sociales, privados y de seguridad social, pues en materia laboral, éste es un derecho que se otorga a todos los trabajadores y en muchos de los casos a sus familiares. Para abundar en este punto, cabe citar otro párrafo de la posición que mantienen la OMS y la OIT, que es avalada por México:

"Los internos con infección por el VIH que sean saludables, deben ser tratados como cualquier otro interno. Los que padecen enfermedades relacionadas con el VIH, incluido el SIDA, deben ser tratados como cualquier otro interno enfermo".

Debe quedar claro que este principio no sólo opera en el ámbito panitenciarario sino en cualquier materia, principalmente tratándose de atención médica.

► Usuarios y prestaciones

La Ley General de Salud, prevé que la vigilancia y el control de la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud se hará con sujeción a las normas que en la misma se fijen y cuya aplicación corresponde a la Secretaría de Salud. Baste citar como ejemplo que los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos económicos, en la proporción y términos que señalen sus reglamentos específicos.

En términos generales, es la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, quienes establecen los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos, a los servicios sociales y privados, pero al mismo tiempo corresponde a las propias instituciones de salud establecer los procedimientos de orientación y asesoría sobre el uso de servicios de salud que se requieran, así como los mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten quejas o reclamaciones respecto de la prestación de los servicios en relación al incumplimiento de las obligaciones en materia de salud.

Es del conocimiento general que el SIDA se ha convertido en un problema de salud pública. Las presunciones que se generan en torno a él contribuyen a estigmatizar a todos aquéllos que de manera infortunada han contraído la infección del VIH.

El desconocimiento de las particularidades de la enfermedad, de las medidas preventivas y sus consiguientes perjuicios, trascienden en muchas de las veces a una negativa de servicios, el caso de los servicios de salud no se considera como excepción. Sin embargo, es claro que la conducta en que incurran los prestadores de servicios origina incumplimiento en las obligaciones, consecuentemente atentan contra los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

Ante la negativa, se considera que es absolutamente válido que toda aquella persona que se vea menoscabada en sus intereses, puede hacer uso de las acciones previstas en los ordenamientos jurídicos aplicables que le permitan reclamar el ejercicio de sus derechos.

En la legislación que se ha mencionado, se contemplan preceptos e incluso capítulos completos referentes a sanciones que generan el incumplimiento de las obligaciones en materia de salud, más aún, en forma extraordinaria, se puede acudir a normas jurídicas que en forma directa no se relacionan con la administración de servicios médicos, pero sí con la responsabilidad de prestar servicios médicos, pero sí con la responsabilidad de prestar servicios públicos oportunos. Es el caso del artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que sirve de soporte a la Ley Federal de Responsabilidades de los Servicios Públicos, que en forma general establece que el desempeño de las obligaciones debe realizarse con imparcialidad y eficiencia, pues de lo contrario el incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan según la naturaleza de la infracción en que se incurra. Este ordenamiento en forma específica establece que los servidores públicos deberán cumplir con la máxima diligencia el servicio que les sea encomendado, absteniéndose de cualquier acto y omisión que cause la suspensión o deficiencia de

dicho servicio, estableciendo sanciones que van desde el apercibimiento y la amonestación hasta la suspensión y destitución del puesto, según el procedimiento previsto en la misma.

Por su parte, las violaciones a la Ley General de Salud serán en forma administrativa por las autoridades sanitarias sin perjuicio de las penas que correspondan al infractor cuando dichas violaciones sean constitutivas de delitos. Estas sanciones pueden consistir en multa que vayan de 20 a 500 veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate; clausura del establecimiento en que se realice la infracción en forma temporal o definitiva y arresto hasta por 36 horas a quien se oponga a las disposiciones de la autoridad sanitaria, provocando con ello un peligro para la salud.

Por su parte, la Ley del Seguro Social ha establecido que ante el incumplimiento de sus disposiciones, las personas que desempeñen algún cargo en el Instituto, quedarán sujetos a los artículos 210 y 224 del Código Penal para el Distrito Federal, que se refieren a la penalidad para la revelación de secretos y sobre el enriquecimiento ilícito.

Para concluir, cabe comentar que en el Código Penal se contemplan disposiciones cuya tipicidad previene el ejercicio de conductas antisociales, aplicando para ello penas privativas de libertad en la mayoría de los casos.

Lo anteriormente descrito nos muestra que no obstante que el SIDA desde su aparición se ha constituido como una epidemia de complejas manifestaciones y de alcance mundial, la legislación sanitaria de México se encuentra a la altura de sus exigencias y sus retos.

Por lo tanto, los internos con VIH/SIDA en nuestro país no se encuentran desprotegidos, por el contrario tienen a su alcance servicios médicos idóneos plenamente asegurados por la ley General de Salud, de tal forma que sus derechos en materia de salud se ven conculcados, pueden actuar en consecuencia, debido a que es imparcial en cuanto a los derechos y las obligaciones que consigna.

### **3.4. Consecuencias Sociales y Familiares**

La intranquilidad social acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es mucho más profundo de lo que la gente puede admitir, superficialmente parece haber cierta complacencia, derivada de la creencia de que la población normal está a salvo de la enfermedad; pero en el fondo todos estamos preocupados, algunos a grado risible e ilógico. Se dan casos de gente que se niega a tener toda clase de trato social e incluso estrechar las manos de personas consideradas como sospechosas de padecer el terrible síndrome; se han reportado de los Estados Unidos, que también es un país, existe una verdadera psicosis, un miedo que raya casi en lo cerval, tan así, que las autoridades sanitarias de ese país, han recibido información de que se han dado casos crueles de aislamiento de niños y adolescentes que se ven obligados a recibir instrucción escolar a través de la televisión; y tanto en ese país como en el nuestro existen múltiples casos de personas que evitan el concurrir a sitios frecuentados por homosexuales, drogadictos y prostitutas (OS).

Lugares de recreo público como lo son las albercas, cines, discoteques, teatros, etc., que se han visto de pronto con una carencia alarmante de clientela.

Otra de las formas en que la sociedad ha reaccionado, en relación a este síndrome, ha sido combatir el SIDA en forma oficial y organizada; esto surgió a raíz de un incidente que conmovió tanto a las autoridades sanitarias como a los particulares, cuando a mediados del año de 1984, un negro de nacionalidad haitiana, escapó del Hospital de Nutrición, ubicado en Tlalpan; este haitiano estaba internado por ciertas deficiencias alimentarias que presentaban, pero después se descubrió que estas deficiencias no eran de tipo nutricional y cuando éste se enteró de que tenía SIDA, decidió fugarse poniendo en peligro a la sociedad.

"Fue entonces, cuando las autoridades de Salud Pública, decidieron organizar una "Defensa Social", adecuada contra esta siniestra enfermedad denominada Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)".

El Sector Salud, tuvo una reacción positiva en relación a este síndrome, adoptando medidas legales y reformando algunos preceptos a la Ley General de Salud, referentes al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Casi a tres años de haber entrado en vigencia la Ley General de Salud, observó que era indispensable promover la adecuación de su texto, de manera que dicho ordenamiento satisfaga las actuales expectativas nacionales de salud.

Las variaciones que se dan dentro de esta Ley, son susceptibles de ser agrupadas en los siguientes rubros: de epidemiología, regulación y vigilancia sanitaria.

"Desde mayo de 1986, se modificó la norma técnica, en la cual especifica la obligatoriedad de examinar adecuadamente tanto a los donadores de sangre como a los hemoderivados sanguíneos con el objeto de evitar la diseminación de este virus mortal".

Como anteriormente se dijo, desde el punto de vista normativo, el 22 de mayo de 1986, apareció en el Diario Oficial la norma técnica que establece la obligatoriedad de que a los donadores de sangre y hemoderivados sean analizados, con el objeto de desechar los productos que resulten positivos.

El Ejecutivo Federal ha enviado al Poder legislativo, una iniciativa de Ley que prohíbe la comercialización de la sangre y hemoderivados. De aprobarse esta modificación a la Ley General de Salud, las donaciones única y exclusivamente serán de voluntarios y familiares.

Por otra parte se está ampliando la detección de donadores seropositivos, y enviando su notificación a la Dirección General de Epidemiología.

"A este respecto se ha actuado bajo los siguientes lineamientos:

1. Se considera a todo sujeto seropositivo como infectado e infectante.
2. Un resultado positivo detectado por prueba inicial en un hemoderivado es criterio suficiente para desechar el producto.

3. Un resultado positivo detectado por prueba inicial de un donador requiere de prueba confirmatoria para considerarlo como seropositivo.
4. Se propone que existe la supervisión en bancos de sangre y servicio de transfusión.
5. Propuesta de Ley para suprimir la comercialización de sangre; (iniciativa del Ejecutivo Federal)".

Posteriormente en el mes de mayo de 1987, se realizaron nuevas reformas y adiciones que en el rubro de epidemiología comprenden los siguientes artículos, los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación.

Así mismo veremos la relación del interno en su vida familiar y de las reacciones de la familia ante esta enfermedad:

Una vez que se tuvo certeza de que la magnitud del problema de la epidemia de SIDA crecía vertiginosamente, surgió una preocupación: ¿los familiares que conviven con los pacientes o los individuos infectados, pueden tener algún riesgo? A pesar de que se ha establecido claramente cuáles son las vías de transmisión y el factor de riesgo, confirmados en el 95% de los casos informados, persiste cierta preocupación entre pacientes y familiares.

Para dilucidar este problema, se han realizado ya diversos estudios en los Estados Unidos y en África. Un ejemplo de éstos es el publicado por Friedland y colaboradores, de la ciudad de Nueva York, quienes estudiaron durante un promedio de dos años, a los familiares que convivían dentro de la misma casa con pacientes de SIDA o con complejo relacionado con el SIDA (según la clasificación anterior de SIDA), efectuando revisiones clínicas,

entrevistas, determinación de anticuerpos en la sangre de los familiares, y la realización de la prueba de Western Blot en aquéllos que resultaran positivos. Vale la pena subrayar que la convivencia dentro de la casa implicaba tanto compartir rasuradoras, cepillos de dientes, cortauñas, toallas, ropa, utensilios para la comida y el mismo baño, como brindar ayuda para que los pacientes se bañaran, se vistieran, comieran; también incluía el hecho de besarlos en las mejillas, en los labios, abrazarlos o tomarlos de las manos. El estudio demostró que ninguno de los familiares que tenían factores de riesgo tuvo indicio de alguno de infección. Si bien la situación de la mayoría de las familias que viven en México o en Latinoamérica no es exactamente igual a la de los estadounidenses no los africanos, las costumbres de convivencia sí son muy similares. Por lo anterior, se puede afirmar que convivir con un paciente infectado, se encuentre asintomático o gravemente enfermo, no representa un riesgo significativo para adquirir la infección.

Existen, sin embargo, prácticas que sí amerita tomar algunas providencias para que el riesgo no aumente. Este es el caso, por ejemplo, al compartir navajas de rasuras y cepillo de dientes, que potencialmente podrían ser vía de transmisión, en la eventualidad de que los procedimientos involucraran cortaduras o sangrado de encías y piel de la cara. En consecuencia, estos objetos deberán marcarse y guardarse para uso exclusivo del paciente.

Estas precauciones pueden, algunas veces, generar ambientes incómodos, si los familiares no están al tanto del problema del individuo infectado, situación que en nuestro medio es muy frecuente, por lo que se sugiere que aquéllos que no puedan establecer una buena comunicación familiar señalen que esos

objetos son para su uso exclusivo y personal, porque sufren de hepatitis crónica.

La situación será diferente si el paciente evoluciona con agravamientos de sus condiciones generales. Mientras se valga por sí mismo y tenga control de todas sus actividades, las recomendaciones son las mismas, pero si presenta vómito y no tiene control de esfínteres, orinando, defecando sin control, o necesita que se le administren medicamentos parenterales en su domicilio, esto es, por vía diferente a la oral, el uso de agujas tendrá que seguir los mismos procedimientos que se señalarán para los hospitales; entre otros, desecharlas sin haberse tapado nuevamente, y en lugar de tirarlas a la basura, deberán ser colocadas en un envase resistente que no permita su perforación. En el caso de las secreciones corporales (vómito, orina o material fecal), deberán ser limpiadas con guantes, utilizándose blanqueador casero con agua, en una dilución de uno por nueve tantos. Asimismo, se debe tener cuidado de lavarse adecuadamente las manos con agua y jabón, una vez que haya sido realizado lo anterior.

Si bien son muy simples estas recomendaciones, deben seguirse estrictamente. No hace mucho tuvimos la desafortunada experiencia de atender a un paciente con SIDA, quien era cuidado por su madre en la etapa final de su enfermedad. Ella lo atendía sin ninguna precaución, a pesar de que se le habían hecho las recomendaciones necesarias, y también manejaba descuidadamente las agujas de las inyecciones que le aplicaba. Se nos refirió que la señora sufrió de varias pinchaduras, además de que lo aseaba y limpiaba sus secreciones (orina, vómito y material fecal), y al hacerlo, sin utilizar ninguna protección, había sufrido cortaduras en las manos. El paciente falleció hace ya varios meses, y recientemente atendimos a la señora, por presentar un cuadro del todo compatible con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Es este tipo de consecuencias las que se pretenden evitar realizando las recomendaciones que acabamos de señalar.

Podemos concluir de lo anterior que la vida familiar de los pacientes infectados y de los ya enfermos, inclusive en las etapas finales, no debe modificarse mayormente. Sólo deberán respetarse las precauciones señaladas. De esta manera, las actividades de la familia, como recibir visitas, manifestaciones de afecto como abrazos y besos, y el uso de los mismos servicios sanitarios, no deben suspenderse.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Jaime Sepúlveda Amor, SIDA, Ciencia y Sociedad en México.

## CAPITULO IV ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PRISIONES

### 4.1 ANTECEDENTES DE LAS PRISIONES EN MEXICO

Según es el catálogo de los delitos es un Código Penal, según su tratamiento y enfoque, así es el castigo que el Estado inflige. La prueba la tenemos en las épocas históricas que le han dado marcada preferencia a la pena de muerte. Revisemos su Derecho punitivo: sólo encontraremos rigor, exageración legislativa y jurisprudencial, abuso del Estado sobre la comunidad. Por lo mismo no es aventurado decir que el Derecho Penitenciario, y junto con él la Penología, es un espejo donde se refleja el Derecho Penal. Cervantes, en el Licenciado Vidriera, escribió una verdad de a libra por lo que toca al último de los personajes de la frase: "Los azotes que los padres dan a sus hijos honran, y los del verdugo afrentan".

Podríamos añadir, como consecuencia de la verdad cervantina, que todo el esfuerzo de la moderna Penología se encamina a borrar la afrenta del verdugo...

Pero no siempre ha tenido tal carácter de misericordia la aplicación de las penas. La función punitiva del Estado, en muchos grados de la civilización y de la cultura, se ha manchado de sangre. El progreso la humanidad, pues, depende en gran medida de cómo entiende la humanidad la función del castigo. Nadie, sino el juez, es el testigo más profundo de la evolución moral del hombre.

Nos parece oportuno aclarar aquí la diferencia que hay entre cárcel, prisión y penitenciaría. La voz "cárcel", que proviene del latín *carcer-eris*, indica un "local para los presos". La cárcel es, por lo tanto, el edificio donde cumplen condena los presos.

La voz "prisión" proviene del latín *prebensio-onis*, e indica "acción de prender". Por extensión es, igualmente, una cárcel o sitio donde se encierra y asegura a los presos.

La penitenciaría es, un cambio, un sitio donde se sufre penitencia, pero en sentido más amplio. La voz "penitenciaría" nos invita a meditar en los individuos sujetos a un régimen que, haciéndolos expiar sus delitos, va enderezado a su enmienda y mejora. La penitenciaría, en realidad, se distingue de la cárcel y la prisión en que aquella guarda relación con un establecimiento destinado para el cumplimiento de las penas largas de los condenados -sentenciados- por sentencia firme. En México con el llamado "Palacio negro de Lecumberri", que es una cárcel para sujetos a proceso, y con la Penitenciaría de Santa Marta, que es para sentenciados.

Las diferencias, por lo tanto, son de matiz en cuanto a léxico, aunque obedecen a una relación más acentuada en el orden del Derecho y la realidad, Nuestro Código Penal, por

ejemplo, habla de prisión."La prisión consiste en la privación de la libertad corporal", ha dicho el legislador (art.28, cp.). Pero es necesario remitirse al artículo 18 de la Constitución, que distingue entre la prisión preventiva o detención y la pena de prisión propiamente dicha. La primera consiste en la privación de la libertad con propósitos exclusivamente asegurativos, aplicable a los procesados por delitos que presuntivamente ameritarán la pena de prisión. La segunda es la privación de la libertad como retribución por delito cometido y de acuerdo con una sentencia judicial condenatoria. Ambas, según el artículo 18 Constitucional, deben ejecutarse en "sitios distintos completamente separados".

En suma la prisión preventiva o detención se lleva a cabo en una cárcel provisional, asegurativa; y la pena de prisión propiamente dicha en una penitenciaría.

Al emprender los estudios correspondientes a la desaparición de Lecumberri como cárcel preventiva de la Ciudad, para sustituirla por cuatro cárceles preventivas, con cupo cada una de 1,200 internos; fue designada una comisión para el estudio del proyecto, se acordó que era urgente cumplir con las disposiciones de los artículos 67 y 68 del Código Penal vigente para el Distrito Federal, por lo que se determinó planear y proyectar, de acuerdo con las necesidades de la ciudad y el espíritu de nuestras leyes, la institución correspondiente; surgieron muy diversas denominaciones, unas impropias otras más o menos acordes con las funciones específicas que debe tener la institución, y así se dijo;

"Hospital de Máxima Seguridad", "Hospital Luis Felipe Pinel" nombre que dignamente lleva la magnífica institución de Montreal Canadá, "Clínica Criminológica del D.F.", "Centro Médico Carcelario y Penitenciario del D.F.", "Reclusorio Médico Criminológico del D.F.", "Centro Jurídico Médico y Psiquiátrico del D.F.", "Instituto Judicial, Médico y Psiquiátrico Judicial para Enfermos Procesados y Sentenciados del D.F." y "Centro Médico de rehabilitación del D.F.", resolviendo las autoridades del Gobierno del D.F., la designación de "Centro Médico de Reclusorios del D.F.", nombre en que se perciben las disposiciones legales sobre el internamiento de los enfermos, procesados o sentenciados hombres y mujeres que necesariamente estarán a disposición de la autoridad

judicial, con padecimientos que exijan recursos adecuados para su diagnóstico y tratamiento, sin descuidar las adecuadas medidas de custodia.

Al igual que las cárceles preventivas son apéndices de los señores jueces, esta institución también es una dependencia judicial: no obstante que dentro de ella la voz dominante sea de las ciencias médicas.

Para estudiar este proyecto se designó una comisión que fue integrada de la siguiente manera:

1. Jefe del Gobierno del Distrito Federal, Lic. Octavio Senties Gómez.
2. El Procurador General de Justicia del Distrito Federal, Pedro G. Zorrilla Martínez y posteriormente el Lic. Horacio Castellanos Coutiño.
3. El Director General de Obras Públicas del D.F. Arq. Joaquín Álvarez Ordoñez.
4. El Director General de Gobernación del D.F., Lic. Manuel Gurría O.
5. El asesor técnico del Departamento del D.F., Criminólogo Alfonso Quiroz Cuarón.
6. El Jefe de la Oficina de Estudios y Evaluación de Proyectos del D.F. Arq. Ignacio Machorro Delmonte.
7. El asesor de la Dirección General de obras Públicas, Dr. Jorge Ruíz de Esparza.

8. El Director General de los Servicios Médicos del D.F., Dr. Dr. Antonio Taracena.
9. El Jefe de los Servicios Médicos Generales de la Dirección General de Servicios Médicos del D.F., Dr. Victor Montiel Mejía.
10. El Director de la Unidad de Programación Médica y Enseñanza de la Dirección General de Servicios Médicos del D.F., Dr. Fernando Herrera Lasso.

El problema se abordó como parte de un todo, el sistema de Reclusorios del D.F. y lo primero en abordar fue el programa arquitectónico en que se definió el problema en forma descriptiva, desde sus dos vertientes la jurídica y la médica.

Luego se pasó a la fase diagramática en la que se definieron las diversas funciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas para enfermos agudos y crónicos, hombres y mujeres; por ejemplo, para definir las diversas funciones dentro del edificio, para poder llegar a un diagrama global en que se establecieron todas las funciones y las relaciones de unas con otras; de donde nació el estudio diagramático analítico o detallado, como por ejemplo, "hospitalización" o "caseta de vigilancia y entrada". Aquí es cuando el magnífico equipo de la Dirección General de Obras Públicas del D.F. procedió a la primera etapa de dibujos esquemáticos, para en seguida pasar a los planos de trabajos y dibujos de construcción con las especificaciones en que se establecen las características de los diversos materiales; para llegar, por último a través de los mismos, a la supervisión en la etapa de construcción.

En un edificio complejo como es el que venimos tratando, existen diversos campos tecnológicos que le son crípticos al lego;

un ejemplo de esto sería el uso de equipos electrónicos de vigilancia y seguridad, o el empleo del circuito cerrado de T.V., plenamente justificados en una fábrica de especies valoradas, pero no en una institución para enfermos difíciles en su manejo; institución en la que, por otra parte, el mantenimiento resulta complicado y costoso porque los enfermos mismos destruyen; además, la vigilancia electrónica exige siempre la presencia de un hombre en el centro de control, cuando generalmente la fuga es un problema de segundos y el tiempo de reacción de quien controla a distancia, permitiría algunas veces la fuga.

Todo lo anteriormente expuesto nos indica que en cada caso concreto hay que analizar ventajas y desventajas, así como los costos para adecuar equipos accesorios al hombre encargado de la seguridad; pensemos que en ocasiones, medios menos complicados, como la buena iluminación y la eficiente intercomunicación, resuelve muchos problemas de vigilancia, siempre y cuando se cuente con personal seleccionado para sus funciones específicas y entrenado para las mismas, teniendo desde luego, sus instructivos de labores.

Este se percibió nítidamente al trabajar en forma multidisciplinaria y buscando siempre el consejo competente para cada problema concreto, así fuera de seguridad o de naturaleza de administración hospitalaria; en ese caso la voz autorizada fue de un especialista de calidad, el Dr. Jorge Ruiz de Esparza, quien con toda la información estadística reunida llegó a la conclusión de que actualmente se necesitan 286 camas para hombres y mujeres, procesados y sentenciados que requieren medicina especializada en psiquiatría, y una sección para medicinas y cirugía especializada con capacidad de 30 camas.

Así como sin precipitación alguna fue surgiendo este proyecto del edificio que ya se construye en terreno localizado en Tepepan, D.F., donde las condiciones del medio son las mejores; además, el sitio está próximo a los hospitales psiquiátrico y neurológico más importantes del país, lo que permite el fácil traslado del personal especializado, médico y paramédico, de unas instituciones a otras y, a la vez, es fácil acceso a la enseñanza especializada en clínica criminológica y en psiquiatría forense.

Esta importante obra, que viene a llenar una necesidad legal establecida desde los Códigos Penales de 1929 y 1931 y las aspiraciones de los mejores técnicos mexicanos, felizmente es ya una realidad material en 1975, después de nueve lustros de esperarla y después de pasado un siglo desde que César Lombroso hiciera su obra en el Manicomio Judicial de Turín, Italia. Con la joven generación de especialistas mexicanos auguramos un futuro fecundo a esta obra que, en resumen, comprende una superficie de algo más de tres hectáreas, distribuidas en las siguientes áreas:

*a) Funcionamiento.*

Objetivo. Atender los casos médicos quirúrgicos y psiquiátricos que rebasen la capacidad técnica de los servicios médicos de los establecimientos que integran el sistema de reclusorios del Distrito Federal.

*b) Programa.*

I. Sección Psiquiátrica:

a) Hospitalización: 309 camas. 75% hombres y 25% mujeres.

- b) Agudos: 22 camas. 45% mujeres y 55% hombres.
- c) Crónicos rehabilitables: 208 camas. 25% mujeres y 75% hombres.
- d) Crónicos demenciados: 72 camas. 22% mujeres y 78% hombres.

## II. Sección médico-quirúrgica:

- a) Hospitalización: 32 camas. 81% hombres y 19% mujeres.
- b) Quirófanos: dos unidades.
- c) Terapia intensiva.
- d) Sala de expulsión.

## III. Servicios auxiliares de diagnóstico:

- a) Consultorios: 8 unidades.
- b) Laboratorio clínico.
- c) Radiodiagnóstico.
- d) Anatomía patológica.

## IV. Servicios generales:

- a) Administración.
- b) Visitantes.

- c) Servicio de biblioteca.
- d) Habitaciones para médicos.
- e) Jefatura y dormitorios de vigilantes.
- f) Cocina.
- g) Lavandería.

c) *Áreas Cubiertas.*

<b>EDIFICIO "A", TORRE DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		
Servicios generales A y B.		2,216.31 m <sup>2</sup>
Gobierno	918,54	
Ingreso y auxiliares de diagnóstico	918,54	
Hospitalización	918,54	
Quirófanos	918,54	
Residencia de médicos	272,16	
Cuarto de máquinas y elevador	81,43	
<b>Total edificio "A"</b>		<b>6,244.06 m<sup>2</sup></b>
Aduana	426,75	
Pasos cubiertos (de aduana y visitantes, defensores y familiares)	130.41 557,16	m <sup>2</sup>
Casa del administrador	97,5	
Aduana de autos	32	
Caseta de vigilancia, entrada	20,07	149,57 m <sup>2</sup>
Edificio "B" (agudos, hombres y mujeres).		
I. piso	810,24	
Edificio "C" (Talleres) I piso 851,76		
Edificio "D" (rehabilitables, mujeres)		
II. pisos	1,812,23	
Pasos cubiertos (Edificios "B", "C", "D", "E") (3)	193.71 3,667.94	m <sup>2</sup>
Edificio "E" (teatro, aula, visita, defensores y familiares) I piso 1,332.09		

<b>EDIFICIO "A", TORRE DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		
Edificio "P" (rehabilitables, hombres)		
0 pisos		1,812.23
Edificio "G" (demenziados, hombres y mujeres) 1 piso		1,267.83
Pasos cubiertos ("E", "F", "G") (2) 126.00		4,537.85m <sup>2</sup>
Torres de vigilancia (4)		125
Subestación y casa de máquinas 201.63		
Total de áreas cubiertas		15,453.21m <sup>2</sup>

#### d) *Áreas Exteriores*

Jardinería		8,216.00
Pavimentos		7,593.47
Camino perimetral		2,699.20
Áreas de servicio		750
Fosa perimetral, Edificio "A"		838,1
Rampas		305
Total Áreas Exteriores, aproximadamente:		20,401.77 m <sup>2</sup>

El costo de construcción fue de \$75,000,000.00 (Setenta y cinco mil millones de pesos 00/100 M.N.), y el mobiliario y equipo de \$17,000,000.00 (Diecisiete mil millones de pesos 00/100 M.N.). 51 metros cuadrados construidos por interno.

De entre todos los hospitales, los más caros son los psiquiátricos; si éstos resultan ser eminentemente para pacientes crónicos que han infringido las leyes penales y a quienes se les ha suspendido el procedimiento y son peligrosos, la complejidad y costo de estas instituciones resulta todavía más elevado; sin embargo, no debemos olvidar que sus internos son un subproducto del metabolismo de la misma sociedad, ella los crea y sus leyes ordenan cuidarlos y tratarlos para defensa de la misma sociedad.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Medicina Forense. Dr. Alfonso Cuarón. Editorial Porrúa.

## 4.2. LEGISLACION AL RESPECTO

La salud, como un derecho humano, tiene como antecedentes directos a los seguros sociales gremiales, a la asistencia social y a la seguridad social como claro objetivo la preservación, protección y promoción de la salud tanto física como mental de todos los individuos.

Así pues, la atención médica a internos "son aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y la sociedad en general, dirigidas a promover, proteger y restaurar la salud de la persona y actividad", de tal suerte que podemos decir que el derecho a la protección a la salud se busca a la disponibilidad y accesibilidad de servicios contemplados en el art.24 de la Ley General de Salud, que son;

I.- La atención Médica, que es entendida como un conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, a fin de proteger, promover y restaurar su salud.

II.- La salud Pública que es otorgada por el Estado en beneficio del individuo y de la sociedad en general, cuyo plan es proteger la salud física de la población del país de manera individual o colectiva.

II.- Asistencia social a los grupos más vulnerables. Ahora bien, el aspecto primordial de la protección a la salud es el proporcionar a la población interna hasta cierto punto una mejor calidad de vida, protegiéndolo de diversas contingencias y proporcionándole asistencia social y los servicios de salud indispensables cuando en su caso lo requieran, tal es el caso de los internos que padecen el VIH/SIDA.

A su vez, citaremos el reglamento interior de la administración pública del Distrito Federal, en lo que corresponde a la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social y su reglamento para el Distrito Federal y para los Centros Federales de Readaptación social.

También mencionaremos a la Dirección General de Servicios de Salud, que se encargan de los servicios médicos y las prestaciones de salud oportunas respectivamente.

A continuación transcribiremos los preceptos legales para conocer claramente que es lo que se regula en el ámbito penitenciario.

*Artículo 16.* Corresponde a la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social:

I.- Conducir, desarrollar, dirigir, coordinar y aplicar el sistema penitenciario del Distrito Federal y administrar los reclusorios y centros de readaptación social, para arrestados, procesados y sentenciados;

II.- Expedir normas administrativas para la operación y administración de los reclusorios y centros de readaptación social, para arrestados, procesados y sentenciados;

III.- Estudiar y proponer los criterios generales y las normas administrativas y técnicas de las instituciones de reclusión, para aplicar a los internos tratamientos de readaptación con base en el respecto a la dignidad de la persona, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación y la comunicación familiar y social, así como los medios terapéuticos aconsejables;

IV.- Ordenar y vigilar que en los centros de reclusión se imparta a los internos educación especial, con la orientación de las autoridades educativas;

V.- Administrar la producción y la comercialización de artículos de las unidades industriales o de trabajo, destinados a capacitar y a proporcionar a los internos estímulos y apoyos a su economía familiar;

VI.- Determinar y coordinar el funcionamiento de los sistemas de seguridad en los reclusorios y centros de readaptación social;

VII.- Implantar en las instituciones de reclusión sistemas de comunicación y trato, que contribuyan a mejorar el funcionamiento administrativo y la organización técnica, así como a prestar atención a las necesidades de los internos y a las sugerencias y quejas de los familiares y defensores;

VIII.- Asegurar que se proporcione a los internos de los reclusorios la tensión médica necesaria y vigilar que se cumplan las normas de higiene general y personal;

IX.- Dirigir y administrar el Instituto de Capacitación Penitenciaria, para el personal de reclusorios y centros de readaptación social del Distrito Federal;

X.- Integrar y operar el registro estadístico en los reclusorios y centros de readaptación social;

XI.- Proponer la suscripción de los convenios que debe celebrar el Distrito Federal y los Gobiernos de los Estados, en materia de prestación de servicios técnicos penitenciarios y transferencia de reos, así como aquellos que se deben celebrar con instituciones

académicas públicas y privadas en materia de capacitación y adiestramiento y profesionalización penitenciaria, y;

XII.- Coadyuvar en los programas relativos a la prevención de la delincuencia o de infracciones en el ámbito de su competencia a su vez, mencionaremos algunos artículos del Reglamento de los Centros de Readaptación Social para el Distrito Federal y Centros Federales, referente a los servicios médicos que ahí se observan.

*Artículo 87.-* Los reclusorios del Departamento del Distrito federal contaron permanentemente con servicios medico quirúrgicos generales, y los especiales de psicología, de psiquiatría y odontología, que serán proporcionados por la Dirección General de Servicios Médicos, de Departamento del Distrito Federal, para proporcionar con oportunidad y eficiencia la atención que los internos requieren.

Cuando el personal médico de la institución lo determine por que así se requiere para el tratamiento correspondiente, o en casos de emergencia, el interno deberá ser trasladado al Centro Médico de Reclusorios, que dependerá de la misma Dirección General de Servicios Médicos, del Departamento del Distrito Federal.

*Artículo 88.-* Los servicios médicos de los reclusorios de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, velarán por la salud física y mental de la población carcelaria y por la higiene general del establecimiento.

Sin perjuicio de lo anterior y a la solicitud escrita del interno, de su familiares o de la persona previamente designada por aquél, podrá permitirse a médicos ajenos al establecimiento que examinen y traten a un interno; en este caso el tratamiento respectivo, cuyo costo será a cargo del solicitante, deberá se autorizado previamente

por el responsable de los Servicios médicos de la Institución pero la responsabilidad profesional en su aplicación y consecuencia será de aquellos.

El tratamiento hospitalario en instituciones diferentes al Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal, sólo podrá autorizarse a recomendación de las autoridades de dicho centro cuando exista grave riesgo para la vida o secuelas posteriores que puedan afectar la integridad del interno o no se disponga de los elementos necesarios para la atención adecuada.

*Artículo. 89.-* Cuando el tratamiento médico quirúrgico, o de cualquier índole, o los procedimientos para el diagnóstico, a juicio del jefe de los Servicios Médicos del establecimiento, impliquen grave riesgo para la vida o secuelas posteriores que puedan afectar la integridad física funcional del interno, se requerirá para su realización, el previo consentimiento escrito de éste.

Si el interno no estuviere en condiciones de otorgar o negar su consentimiento, podrá suplicarse este por el de su cónyuge, ascendientes, descendientes mayores de edad, o de persona previamente designada por el interno, o en ausencia de unos y otros por el director del establecimiento, previa autorización de la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social.

Se presume otorgado el consentimiento en casos de emergencia, o cuando de no llevarse a cabo el tratamiento, la vida del interno corra mayor riesgo a juicio del jefe de los servicios médicos.

En caso de tratamiento psiquiátrico los internos o sus familiares podrán solicitar que un médico externo practique los exámenes correspondientes.

*Artículo. 90.-* Quedan prohibidas las prácticas experimentales biomédicas.

*Artículo. 91.-* Los dormitorios obsesiones destinadas para custodia en aislamiento serán visitadas diariamente por el médico general, psiquiatra y por psicólogo del establecimiento, informando a las autoridades del Reclusorio respecto del estado en que se encuentren los internos y las anomalías que puedan ser detectadas.

Los médicos integrantes del servicio correspondiente en cada uno de los Reclusorios deberán supervisar constantemente que las áreas restantes se encuentren apegadas a los lineamientos de higiene y salud.

*Artículo. 92.-* Los internos que habitualmente observen mala conducta y cuyas relaciones con el personal del Reclusorio y sus compañeros sean conflictivas, deberán ser estudiados por el médico psiquiatra del establecimiento para determinar su condición mental. Dichos internos estarán bajo vigilancia médica.

*Artículo. 93.-* Los enfermos mentales deberán ser remitidos al Centro Médico de los Reclusorios para que reciban el tratamiento correspondiente.

El Centro Médico de Reclusorios, reportará al juez de la causa el resultado de las revisiones periódicas que se realicen al enfermo, a efecto de que resuelva sobre la modificación o conclusión de la medida, en su caso, considerando las necesidades del tratamiento.

Asimismo, el Centro Médico, informará a la autoridad judicial o ejecutora y a solicitud de cualquiera de éstas, respecto al estado de las personas inimputables para el caso de que pudieran ser entregadas a quien legalmente corresponde hacerse cargo de ellos y

que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Lo dispuesto en este artículo se aplicará en lo conducente a los deficientes mentales.

*Artículo 94.-* Los responsables de los servicios médicos, además de las actividades inherentes a su función, coadyuvarán en la elaboración y ejecución de los programas nutricionales y de prevención de enfermedades en los internos y vigilarán que sean adecuadas las condiciones sanitarias de los reclusorios.

Es responsabilidad de los servicios médicos de cada estableciendo, aplicar periódicamente pruebas de enfermedades infecto-contagiosas; así como realizar campañas de orientación sexual y hábitos de higiene.

El responsable de los servicios médicos procurará que exista material quirúrgico y medicamentos necesarios.

*Artículo. 95.-* Cuando a juicio del servicio médico del Reclusorio, un interno deba someterse a una dieta especial, ésta le será proporcionada por el establecimiento, sin costo alguno.

*Artículo 96.-* Sin perjuicio de los servicios a que se refiere el artículo 87, en los centros de reclusión para mujeres, se proporciona a éstas atención médica especializada durante el embarazo y servicios ginecólogos, obstétricos y pediátricos de emergencia.

*Artículo. 97.-* En los libros, actas y constancias de registro civil de los niños nacidos en las instituciones de reclusión a que se refiere este Reglamento, no se hará constar en ningún caso, el nombre ni domicilio del establecimiento como lugar de nacimiento. El Juez del Registro Civil asentará como domicilio del nacido, el Distrito Federal, de conformidad a lo dispuesto por el Artículo 58 del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal.

*Artículo. 98.-* Los hijos de las internas del Reclusorio para mujeres, en caso de que permanezcan dentro de la institución recibirán atención pediátrica, educación inicial, y preescolar hasta la edad de 6 años. En ningún caso podrán permanecer después de esta edad alojados en las estancias infantiles de los reclusorios, por lo que los responsables de los Centros Femeniles se abocaran con la anticipación debida a realizar los estudios de trabajo social necesarios para entregar a estos menores a los familiares más cercanos o a instituciones que desarrollen estas funciones de asistencia social.<sup>7</sup>

## *Capítulo V*

### *De los Servicios Médicos*

*Artículo. 45.-* Los servicios médicos de los Centros Federales de Readaptación Social deberán ser suficientes para atender toda clase de necesidades de salud. En éstos se proporcionará al interno atención médica, en sus instalaciones y con personal dependiente de la Institución.

---

<sup>7</sup> Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.

*Artículo. 46.-* La Dirección General de Prevención y Readaptación Social celebrará convenios con las instituciones del sector salud próximas a los centros federales y Readaptación Social para la atención de los casos previstos en los artículos 47 y 49 de este reglamento.

*Artículo. 47.-* Corresponde al Director del Centro autorizar la intervención de médicos del sector salud ajenos al centro, para atender, dentro del mismo, casos especiales que por su gravedad hagan necesaria tal petición. Dicha intervención sólo procederá previo dictamen de la jefatura de Servicios Médicos del Centro y será notificada de inmediato a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social.

*Artículo. 48.-* La intervención de médicos particulares, sólo procederá cuando las instituciones del Sector Salud con quienes se haya celebrado convenio manifiesten su incapacidad para otorgar el servicio, previa autorización del Director del Centro, informando de inmediato al Director General de Prevención y Readaptación Social.

Los gastos y honorarios derivados de esa intervención correrán a cargo del solicitante y la responsabilidad profesional corresponderá al médico particular.

*Artículo. 49.-* En aquéllos casos, que por gravedad requieran el traslado del interno a una institución de salud, se hará sólo mediante autorización del Director General de Prevención y Readaptación Social y en ausencia de éste, se hará por quien legalmente deba sustituirlo de acuerdo a lo establecido en el artículo 31 del Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación.

*Artículo. 50.-* El traslado de un interno a un centro médico distinto al de la Institución, así como su custodia durante su internamiento, se realizará bajo la más estricta responsabilidad del Director del Centro Federal de Readaptación Social.

*Artículo. 51.-* Los Servicios Médicos de los Centros Federales de readaptación Social velarán por la salud física y mental de los internos, realizando campañas permanentes para la erradicación de enfermedades.

Asimismo proporcionarán a los internos que lo soliciten, los medios para una adecuada planificación familiar.

*Artículo. 52.-* Cuando así lo requiera el tratamiento que se haya prescrito, los Servicios Médicos solicitarán a la Dirección del Centro que se autoricen dietas especiales de alimentación.

*Artículo. 53.-* En caso de que el procedimiento diagnóstico o terapéutico implique un riesgo para la vida o la integridad corporal del interno, se requerirá previo consentimiento escrito de éste.

Si el interno no se encuentra en condiciones de otorgar o negar el consentimiento, podrá suplicarse éste con el de su cónyuge, ascendientes, o descendientes, o por persona previamente designada por el interno, o en ausencia de unos y otros, por el Director del Centro, previa consulta con el Director General de Prevención y Readaptación Social o quien éste designe.

Se presupone otorgado el consentimiento en caso de emergencia, o cuando de no llevarse a cabo el tratamiento, la vida del interno corra riesgo a juicio del Jefe de Servicios Médicos.

Asimismo veremos también las funciones que le corresponden a la Dirección General de Servicios de Salud en su artículo 38 fracciones I, II, III, IV, y VII, del Reglamento interior de la administración Pública del Distrito Federal.

**Artículo. 38.-** Corresponde a la Dirección General de Servicios de Salud:

I.- Planear, coordinar, vigilar y llevar a cabo los programas que normen el funcionamiento de hospitales, consultorios y otras unidades de atención médica adscritas al Distrito Federal

II.- Dictar las normas que rijan el Funcionamiento de las unidades que otorgan los servicios de salud. Al Distrito Federal

III.- Emitir las políticas que deberán observarse en la administración de las unidades médicas adscritas al Distrito Federal.

IV.- Evaluar el desarrollo de las unidades de atención médica adscritas al Distrito Federal y aprobar modificaciones a los programas.

VIII.- Prestar los servicios de medicina legal y suministrar atención medico quirúrgica a la población interna de los reclusorios y centros de readaptación social del Distrito Federal.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Diario Oficial Viernes 15 de Sep.95

Reglamento Interior de la Administración Pública del D.D.F.

Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación social del Distrito Federal.

Reglamento de los Centros Federales de Readaptación social.

Enfermedades y alimentación están íntimamente vinculadas. Las primeras abundan y las segundas suelen ser raquíticas. A ninguna de las dos se le dispensa el tratamiento necesario. Un individuo mal alimentado y enfermo no es susceptible de ser tratado para su "readaptación social". La problemática señalada tiene íntima vinculación con la arquitectura penitenciaria. La ausencia de lugares salubres, con ventilación espacios verdes, higiene, etc., son caldo de cultivo de enfermedades fomentadas por la mala alimentación. El escaso trabajo observado en las prisiones, la falta de una diferenciación en los establecimientos, las retaceadas visitas del exterior, la deficiente formación del personal, y el nulo tratamiento, aumentan las enfermedades de tipo psicológico que produce el encierro. Todo cuanto señalamos demuestra la íntima vinculación que existe entre los diferentes aspectos de un penal.

Fueron los médicos de prisiones quienes han dejado una obra más perecedera en el campo de la ciencia, como César Lombroso, fundador de la Antropología criminal (como se llamó a la Criminología) y profesor de Medicina Legal.<sup>9</sup> Más tarde los médicos José Ingenieros en Argentina y Luis Vervaeck en Bélgica, crean la Criminología Clínica<sup>10</sup> y otros más serán los que se

---

<sup>9</sup> Cesar Lombroso, escribe su Medicina Legal de los enajenados mentales, que fue la parte medular de El Hombre Delincuente (llamado primitivamente Tratado de Antropología Experimental del Hombre Delincuente, publicado en Turín en 1876). En esa obra de gran acogida, encontró semejanzas entre delincuentes y enfermos mentales Otra de sus obras fue Memorias sobre manicomios criminales en 1872, donde observa que la prisión es injusta para los delincuentes enfermos.

<sup>10</sup> José Ingenieros, médico psiquiatra y uno de los intelectuales más brillantes de Argentina a comienzos de siglo, estudió a los delincuentes en la Penitenciaría de Buenos Aires y funda el Primer Instituto de Criminología de America Latina. Además realiza la primera clasificación de delincuentes y es considerado el creador de la Criminología Clínica, que se puede consultar en su Criminología. Simultáneamente Vervaeck, sin conocer a Ingenieros realiza una clasificación similar, en base a sus observaciones en la prisión de Forest.

### 4.3. OBLIGACION DE ATENCION MEDICA A INTERNOS

Uno de los aspectos más críticos en las prisiones está relacionado con la salud de los internos y la preocupante desnutrición debido a problemas económicos ya que la mayoría de los reclusos provienen de sectores socioeconómicos y culturales bajos. Esto es más pronunciado en las prisiones con población de origen campesino. El problema se agrava con las toxicómanas y el alcoholismo que en algunos países adquieren índices alarmantes. La deficiente alimentación es anterior al ingreso a la prisión y en la misma aumenta porque en numerosas cárceles es escasa y deficiente.

Las condiciones insalubres en que muchos reclusos viven, la falta de una atención médica adecuada y de los medicamentos necesarios y la variedad de enfermedades psicológicas, físicas y mentales que padecen, nos muestran un panorama sombrío y decepcionante.

Todos estos aspectos los abordaremos en el presente capítulo por considerar que no han sido suficientemente estudiados a pesar de las denuncias realizadas a través de los periódicos o de la literatura penitenciaria en las autobiografías de los presos.

Si las cárceles han sido a igual que los hospitales para enfermos mentales una de las instituciones más descuidadas y olvidadas, no debe extrañarse problemas de salud y de higiene. Pero, precisamente por ello es necesario hacer conocer los aspectos más graves que se presentan en estas instituciones. La marginalidad con que se trata a presos y a deficientes mentales está íntimamente vinculada a los intereses de determinado tipo de sociedad individualista y desprovista de sentimientos sociales.

ocuparán de la suerte de los más desposeídos que son los enfermos mentales y los prisioneros en las cárceles.

Los hospitales penitenciarios, por lo general, prestan servicios de consulta externa. Cuando los casos son graves, se los remite a establecimientos especializados, con los siguientes riesgos de fugas. Por ellos se ha ido pensando y concretando la existencia de hospitales penitenciarios separados de los reclusorios y no sólo para la internación y cura de los internos, sino también para los enfermos mentales ya que no hay un lugar especial para tratarlos o "controlarlos".

Fruto de eso ha sido el funcionamiento desde 1965 del Instituto Neorupsiquiátrico de Seguridad "Melchor Ocampo" en la Provincia de Buenos Aires (Argentina), cercano a la ciudad de La Plata y donde se aloja a procesados que han sufrido alteraciones mentales durante el encierro o los que han delinquido siendo inimputables.<sup>11</sup> También el moderno Centro Médico para reclusorios de D.F. en México, inaugurado en 1976 y del que nos ocuparemos más adelante.

El concepto de hospital ha ido variando, conforme los lógicos adelantos de la ciencia. Antiguamente era sólo para la cura de los que habían cometido delitos y, actualmente se agrega el de la rehabilitación psíquica, social y biológica,<sup>12</sup> aunque el objetivo fundamental sigue siendo el quehacer asistencial y preventivo. La rehabilitación es competencia de la prisión y no del hospital.

---

<sup>11</sup> Cfr. Luis Marcó del Pont, *Penología y Sistemas Carcelarios*, Tomo II (Establecimientos Carcelarios) Buenos Aires, 1975, Ed. Depalma, p.114-147.

<sup>12</sup> Cfr. Eduardo Bravo García, "El Hospital penitenciario y su manejo". México, 1977 (conferencia). Este trabajo lo seguiremos para ilustrar la parte histórica de los antecedentes referidos a México.

La asistencia médica desde la época virreinal ha sido muy pobre y en México recién se prestaron algunas atenciones médicas después de la Revolución salvándose de la vida de muchas personas que pudieron "morir trágicamente por la falta de atención".<sup>13</sup>

La organización médica hospitalaria comenzó en la cárcel de Lecumberri, entre los años de 1910 y 1912 al convertirse en cárcel preventiva del D.F., se establece la atención psiquiátrica, médica internista y quirúrgica. En casos de atención especializada los pacientes eran enviados al Hospital Juárez.

> *El problema sanitario*

Este es otro de los crudos problemas de casi todas las prisiones. Después de algunos años de visitar prisiones, lo primero que he observado siempre son los sanitarios de las prisiones, por lo general, una de las partes más deficientes del penal.

Hace algunas décadas se plantearon cuestiones graves de contaminación y de falta de limpieza como son basura y desperdicios desparramados en los patios,<sup>14</sup> lo que demostraba una ausencia de educación higiénica. En algunas cárceles de Brasil, como la Casa de Detención de Sao Paulo, se denuncia la existencia de enormes ratas y cucarachas, y un servicio médico insuficiente.<sup>15</sup> Además se había puntualizado la falta de desagüe, existencia de materia fecal, moscas, o mejor dicho de criaderos de moscas y

---

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> Cfr. José de Jesús Ordóñez y Viniestra G. "Las condiciones sanitarias del penalmexicano en la Isla María Madre" *Criminalia*, año III, México 1936-37, p. 196. Se puede observar igual situación en las cárceles del Estado de Veracruz (Xalapa) hoy sustituida.

<sup>15</sup> Cfr. Alipio Silveira, "El problema del Libertado en el Brasil, México 1962, *Criminalia*, año XXVIII, p. 612.

cuanto insecto roedor existe; de ratones gigantes que caían sobre la cabeza de los internos en algunas prisiones de México (Acapulco).<sup>16</sup>

Oscar Wilde en su epístola *La Reforma de las Cárceles*, señalará con respecto a las condiciones sanitarias: "La disposición higiénica de las prisiones inglesas deberían modificarse por completo, de tal modo, que todo recluso pudiera tener acceso a los retretes en caso de necesidad, y verter su cubo cuando fuera necesario. El sistema de ventilación actual de las celdas es enteramente defectuoso. El aire llega a través de una alambrada muy tupida, y pasa por un pequeñísimo ventilador colocado en la alta ventana provista de barrotes, ventilador demasiado pequeño y demasiado mal construido para dejar penetrar una cantidad suficiente de aire fresco. No le conceden al preso más que una hora de paseo al día. Así es que, durante veintitrés horas, se respira el aire más impuro que pueda haber".<sup>17</sup>

Angela Davis y otros perseguidos políticos han denunciado las inmundicias de algunas prisiones norteamericanas, la infectación de cucarachas y roedores, que en ocasiones encontraron en los alimentos y recorriendo sus cuerpos mientras dormían, la falta de atención médica, las celdas pequeñas (de 1,5 por 2,7 metros) llenas de suciedad y con helados pisos de concreto.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Cfr. *Periodico Excelsior*. México 3-VIII-1978, la palma Safia Bassi calculo 135,000 roedores en esa carcel de Acapulco y que en carceles norteamericanas era de 150 por cada reo.

<sup>17</sup> Oscar Wilde en Luis Rafael Moreno González, "Servicio Médico Penitenciario" R.M.P.R.S. No. 4, México 1972, p. 42.

<sup>18</sup> Cfr. Angela Y. Davis. *Si llegan por ti en la mañana ... vendrán por nosotros en la noche*. México 1976, Ed. Siglo XXI, p. 230 y 231

### ➤ *Tipos de enfermedades*

Son numerosas y en los años treinta se destacaban la tuberculosis, disenteria, paludismo y escorbuto en la prisión de las Islas Marías en México,<sup>19</sup> y especialmente el reumatismo debido a que los internos duermen sobre el suelo en lugares húmedos y fríos.\* Las más importantes, por su frecuencia pero no por su gravedad, son las enfermedades psicológicas, producidas por el encierro, la ansiedad, etc. Las más comunes suelen ser las gastrointestinales, respiratorias, de la piel y venéreas.

### ➤ *Enfermedades y alimentación*

La falta de una alimentación apropiada desencadena enfermedades. Oscar Wilde, en su relato de "La reforma de las cárceles" del 27 de marzo de 1897, apuntó: "A primera vista hay tres castigos permanentes, autorizados por la ley en las prisiones inglesas: 1) hambre, 2) insomnio y 3) enfermedad. La alimentación dada a los reclusos es en absoluto insuficiente. En su mayor parte es de calidad repugnante, y en conjunto demasiado floja. Todo recluso pasa hambre noche y día. Cierta cantidad de alimento es pesada minuciosamente, gramo por gramo, por cada preso; es justamente lo que se necesita para mantener, no ya la vida, sino la existencia. Pero se siente uno atormentado constantemente por el dolor y por la debilidad que el hambre produce. El resultado de esta alimentación que consiste casi siempre en un puré muy claro, hecho de sobras de carne y agua, es la enfermedad en forma de diarrea continua. Esta enfermedad que termina por hacerse crónica en la mayoría de los reclusos, es una institución en todas las

---

<sup>19</sup> Cfr. José de Jesús Ordoñez, op. cit.

\* Pensamos que lo señalado no sucede en la actualidad en esa prisión, pero tenemos la información de reumatismo en otras cárceles de México.

cárceles".<sup>20</sup> Hoy en día puede hablarse más de defectos dietéticos que caloríficos.

En las reglas para el Tratamiento de los presos, aprobada por la Comisión Internacional Penal y Penitenciaria de 1951, a solicitud de las Naciones Unidas, se indicó que "todo preso debe recibir una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas". Además, debe tener la posibilidad de proveerse de agua potable en todo momento apropiado (regla 16, inciso a y b respectivamente). Al respecto es muy conocido por todos, la mala calidad de la comida en muchas cárceles, y lo más grave aún la falta de proteínas y de valor nutritivo de la misma. Incluso en algunos penales hemos observado que no se les entrega por parte de la administración alimentación alguna.<sup>21</sup> En varios casos la comida sólo consiste en frijoles y tortillas. Esto existe en la actualidad. Que hablar de lo que ha sucedido antes Cuando el General José de San Martín llegó a Mendoza (Argentina), a preparar sus ejércitos para liberar Chile, se encontró con que los presos sólo recibían una comida cada 24 horas por lo que protestó ante las autoridades del Cabildo.<sup>22</sup>

En México, el informe de Ruiz Chávez y Porte Petit señala que los reclusos de la Penitenciaría se quejaban de la mala calidad y escasez de la comida, y "al que impulsado por el hambre, se sitúa otra vez en la fila con el propósito de recibir otra ración, lo

---

<sup>20</sup> Luis Rafael Moreno González, Op. cit. p. 38.

<sup>21</sup> Caso de la Cárcel de Tuxtla Gutierrez, Estado de Chiapas, México 1977.

<sup>22</sup> San Martín dijo: "Aquel escaso alimento no puede conservar a unos hombres que no dejan de serlo por considerárseles delincuentes...Las cárceles no son un castigo...Conozca el mundo que el genio americano adjura con honor los crueles hábitos de sus antiguos opresores, y que el nuevo aire de libertad que empieza a respirarse, extiende su benigno influjo a todas las claes del Estado". Cfr. Luis Marcó del Pont, Penología y istemas carcelarios, T. I, p. 89.

encierran en la celda de los "apandos" (castigo).<sup>23</sup> Además dijeron que, a pesar de existir una panadería, recibían sólo el pan frío del día anterior, y que un sujeto comercializaba el mismo al exterior, al igual que la carne y la leche destinada a los reclusos. Los alimentos se vendían dentro de la prisión a precios más elevados. En las cárceles de Venezuela se ha denunciado la alimentación insuficiente.<sup>24</sup>

En varias instituciones la comida es buena,\* pero por lo general, la alimentación es inadecuada o insuficiente. En un estudio realizado en las prisiones de México se indica que el presupuesto total es de 200 pesos mensuales para cada uno de los internos, es decir menos de diez dólares por cada mes.<sup>25</sup> En otros casos se dispone de sólo cuatro o siete pesos diarios para las tres comidas (0.25 dólares).

En la prisión de Torreón se les brinda frijoles o chilaquiles, aunque en realidad es tortilla de maíz remojada con chile. Allí funciona una institución como Patronato --pro-alimento-- del preso que pertenece a la masonería, que entrega cada 15 días azúcar, frijol, pastas, carne, maíz, harina, etc. El mismo tipo de alimentación observamos en Oaxaca, Veracruz, etc.

---

<sup>23</sup> Op. cit. p. 152.

<sup>24</sup> Cfr. Myrta Linares Alemán, *El Sistema Penitenciario Venezolano*, Caracas 1977, Universidad Central de Venezuela, Instituto de Ciencias Penales y Criminológicas. p. 177. Indica la autora que el sistema de comidas se controla por medio de "tickets" para evitar que el preso coma dos veces lo que le demuestra su insuficiencia.

\* El costo de la comida por interno en el D.F.(México) es aceptable.

<sup>25</sup> Casos de la cárcel de Colima, México 1977. El dólar equivalente a 23 pesos mexicanos. Es muy bajo el presupuesto para alimentación en las prisiones de San Luis Potosí, Oaxaca, Sonora, etc., en México. Los internos pocas veces comen carne. Diferente es en Aguascalientes donde tienen una buena dieta.

De tal forma en algunos casos son los familiares los que deben llevar la comida. No siempre sucede así, porque por lo general son de niveles de bajos ingresos, cuando no paupérrimos.

En ciertas cárceles los internos sólo habían comido carne una vez al año. En otras donde autoridades afirman que se les proporciona carne, en realidad es sólo un hueso con un pedazo magro y duro de la misma. Hemos observado también distintos tipos de comida: a) la mejor para las autoridades y el personal, b) comida especial para los presos pudientes que tienen recursos para pagarlo, y c) la comida para los presos reducida en cantidad y calorías y de peor calidad.

La desnutrición es como una sombra negra en casi todas las prisiones que hemos visitado, ya que se percibe fácilmente con sólo mirar a los internos.

En un estudio se indica que más de la mitad de los reclusos de los centros Penitenciarios del Estado de México (que son generalmente de origen campesino) sufren "deficiencias nutricionales por una alimentación inadecuada en forma crónica".<sup>26</sup> A su vez los individuos mal alimentados padecen de retardo y limitaciones en su crecimiento corporal, debilidad física, retraso mental y escolar, ineficacia en el trabajo, subdesarrollo emocional y humano. Pero no sólo disminuye la producción y calidad del trabajo, sino también repercute en sus intereses y comportamiento, provocando depresión constante, sensación de fracaso, agresividad, etc.

---

<sup>26</sup> Cfr. Dra. Lilia Contreras Trigo. "La atención médica en los Centros de Readaptación Social del Estado de México". Seminario de Actualización Penitenciaria, Toluca (Estado de México), 1980, p. 1.

### *La salud comunitaria*

La salud comunitaria en las prisiones es uno de los objetivos que debe plantearse la medicina penitenciaria. El médico debe realizar tareas de prevención, como son las de enseñar buenos hábitos de higiene, vigilar las condiciones de insalubridad y alimentación para evitar enfermedades. Además trabajos de enfermería y primeros auxilios por que los casos de urgencia deben derivarse a centros especializados. Su participación en el tratamiento criminológico es relativa. Por ello consideramos que el aspecto central gira alrededor de la prevención y de la asistencia en la salud comunitaria del penal. Es de observarse la ausencia de recursos médicos suficientes.

### *Las tareas del médico de prisión*

Los médicos deben hacer el examen clínico general de los internos que ingresan a la prisión a fin de detectar enfermedades que pudieran contagiosas con graves perjuicios para el resto de la población por sus posibilidades de propagación. También es importante este primer examen médico para verificar las condiciones físicas en cuanto a los que ingresan, como ser daños ocasionados por torturas y malos tratos. Algunos reglamentos prevén que el informe del médico quede reservado para que los abogados, los propios internos o los jueces lo soliciten. Nosotros somos de la opinión de que los estudios médicos debieran ponerse en conocimiento inmediato de las autoridades judiciales que corresponda y así lo fija el reglamento de reclusorios del D.F. en México (art. 40). Los médicos se deben ocupar del tratamiento de las enfermedades anteriores al ingreso a la prisión, o las que contraigan estando en la misma, e integrar los Consejos Interdisciplinarios para el tratamiento y las medidas que se aconsejen con respecto a su egreso anticipado o retención como se

establece en México. Necesitan tener formación psicológica para poder comprender la conducta de los reclusos y ser especializados en medicina criminológica.<sup>47</sup>

Oswaldo Loudet, galeno argentino preocupado por estos problemas penitenciarios, propuso distintas etapas:

1. Tratamiento exclusivamente médico. En esta etapa el facultativo se concreta a visitar prisiones eventualmente, para atender a los reclusos enfermos, al establecimiento de las normas sanitarias conducentes en caso de epidemia; a las sugerencias de orden dietético general y al dictado de consejos para que se realicen determinadas labores con el estado físico de los enfermos.
2. Tratamiento médico y control psiquiátrico. En esta etapa el médico debe reunir conocimientos de Psiquiatría.
3. Se agrega al interior el régimen pedagógico correccional. Se requiere en esta etapa que el médico de una institución penal sea un especialista en la terapéutica criminológica, con bases antropológicas, psiquiátricas y de pedagogía correccional, que le permitan de acuerdo con el diagnóstico criminológico, instaurar un tratamiento rehabilitatorio adecuado a cada enfermo o interno basado en características individuales. Conforme a ello se ha indicado en México, que se ha llegado a la segunda etapa, en otras solo a la primera, y en otras más, "no se imparte atención médica a los infractores".<sup>48</sup> Nosotros hemos advertido en la

---

<sup>47</sup> Cfr. David Abrahamsen, *Delito y Psique*, México, F.C.E. 1946; Hector Beeche, en "servicio Social Criminológico" y Luis Rafael Moreno González, Op. Cit. p. 43.

<sup>48</sup> Francisco Guillermo Ortiz Feliz, "La planificación familiar como un aspecto del servicio médico penitenciario ". Tesina presentada en curso de Derecho Ejecutivo Penal en el post-grado en Criminología de la Procuraduría del D.F. México 1978, p.6.

República Argentina También serias deficiencias de todo tipo. No creemos que los médicos tengan funciones en el tratamiento porque no son propias de ellos.

Una de las tareas que tienen los médicos en los reclusorios es la revisión del interno privado de la libertad que quiera recibir la visita intima y de la persona con al que tiene relación sexual. La certificación se hará conforme al art. 12 de la ley de Normas Mínimas y llenará los requisitos de un certificado prenupcial, aplicado rigurosamente.<sup>29</sup>

Se afirma que el papel de los facultativos en las prisiones es secundario y su importancia muy relativa o inexistente. La responsabilidad es muy pesada, "cuentan con muy poco tiempo y en pocas oportunidades se convierten por obra de las circunstancias y por falta de cooperación de las otras autoridades, en meros administradores de píldoras que tienen la menor posibilidad de dedicarse a un estudio consciente y minucioso del problema",<sup>30</sup> aunque algunos médicos adoptan actitudes más serias, comprensivas y tolerantes, a pesar de las limitaciones señaladas.

### *El Centro Médico para reclusorios*

Es una de las obras de la que los mexicanos se sienten orgullosos de haber concretado y fue la primera construcción en el plano de las realizaciones iniciadas por el Presidente Luis Echeverría Alvarez al comenzar su plan de reformas penitenciarias generosa y arduamente difícil. La necesidad surgió al sustituirse la vieja y siniestra cárcel preventiva del Distrito Federal, denominada Lecumberri o "Palacio negro". También estuvo apoyada en los

<sup>29</sup> Cfr. Selección y capacitación del personal penitenciario. Cursos general y de especialización, México 1973, Secretaría de Gobernación, p. 64-68.

<sup>30</sup> Benjamín Karpman, Perversión sexual y sexualidad carcelaria, Buenos Aires 1974, De. Paid's, p. 47-48.

dispositivos legales del Código Penal vigente (de 1931 y antes el de Almaraz de 1929) que establece en sus artículos 67 y 68 la internación de sordomudos y enfermos mentales (utilizando una terminología psiquiátrica muy antigua, de locos, idiotas, imbeciles, etc.) en establecimientos especiales "durante todo el tiempo necesario para su curación".

El edificio se inauguró el 11 de mayo de 1976, en Tepepan, D.F., con la presencia del propio Presidente de la República, Lic. Echeverría. La extensión del terreno es de 20,500 metros cuadrados, en los cuales 15,483 corresponden a áreas cubiertas. Su costo de construcción ascendió a 75 millones de pesos,<sup>31</sup> el de mobiliario a 17 millones, y por cama fue de \$ 333,000.00.<sup>32</sup>

Las distintas secciones se integran por Psiquiatría,<sup>33</sup> medicina quirúrgica,<sup>34</sup> servicios auxiliares de diagnóstico<sup>35</sup> y servicios generales.<sup>36</sup> Al comenzar contó con 300 camas y un personal de más de 800 empleados, incluyendo los administrativos. La mayoría de los enfermos (un 70%) son de tipo mental.

Entre sus objetivos se encuentran el de proporcionar atención de especialidad médico-quirúrgica y psiquiátrica a los pacientes

---

<sup>31</sup> El dólar se cotizaba en ese año a \$ 12.00 mexicanos lo que equivale a 6,250,000 dólares.

<sup>32</sup> Cfr. Alfonso Quiroz Cuarón, Discurso pronunciado en el acto de inauguración. Las cifras son del mencionado criminólogo quien indica que el Hospital Luis Felipe Pinel en Montreal para 100 camas tuvo un costo de 250 millones de pesos.

<sup>33</sup> Psiquiatría cuenta con 309 camas de hospitalización, 75 % para hombres y 25 % para mujeres, Además 22 camas para agudos, 208 para crónicos rehabilitables y 72 camas para crónicos demenciados.

<sup>34</sup> La sección cuenta con 32 camas para hospitalización, quifófanos, sala de terapia intensiva y sala de expulsión.

<sup>35</sup> Se dispone de ocho unidades de consultorios, laboratorio clínico, radiodiagnóstico y Anatomía Patológica.

<sup>36</sup> Biblioteca, administración, habitación para médicos, etc.

procesados o sentenciados, de los reclusorios del D.F. Además la de investigación aplicada en el campo de los problemas médicos, la difusión a niveles de enseñanza del conocimiento teórico práctico de las ciencias sociales, y físico-naturales, afines a las disciplinas médicas y la colaboración y readaptación social de las personas privadas de su libertad (art. 6 del reglamento).<sup>37</sup>

La Institución cuenta con un Consejo Interdisciplinario, integrado por distintos especialistas para orientar y auxiliar a la Dirección, y cuyas facultades son las de "estudiar y resolver interdisciplinariamente los casos clínicos de los pacientes que sean sometidos a su consideración; elaborar dictámenes de psiquiatría, trabajo social, deportivos y criminológicos para tener un conocimiento de su personalidad. Asimismo la de opinar sobre las diferencias de criterio existentes entre la externación del interno y el dictamen del médico responsable del Centro. En los casos en que no intervenga la autoridad judicial" (Art. 38 del Reglamento).

La sección de Servicios Legales confecciona la documentación de ingreso y salida de pacientes, con autorización del Director para informar a las autoridades competentes (Art. 28). Tiene relación con los magistrados y las autoridades administrativas de los reclusorios. Esto último es importante porque ese Departamento Legal, es quien debe agilizar los procedimientos judiciales, un tanto perezosos como conocemos. El problema no surge, afirma su Director, "cuando el interno paciente está sometido al cumplimiento de una condena, sino cuando se le ha suspendido al recluso el procedimiento judicial, o cuando el interno paciente se encuentre sometido a otra medida de seguridad, y en esos casos el Centro Médico se ha visto en la necesidad de incrementar métodos

---

<sup>37</sup> Cfr. Gonzalo Trujillo Campos. Régimen Legal para Hospitales Penitenciarios (conferencia), México, 1977.

y sistemas de externación elaborados con apego a las leyes procedimentales".<sup>58</sup>

El edificio es muy moderno y al visitarlo no nos pareció estar en presencia de uno de los hospitales clásicos penitenciarios, ni mucho menos de los vergonzantes y deprimentes hospitales psiquiátricos.

A la entrada se ubica la "aduana" o control de entrada. Esta prohibido portar objetos metálicos al interior, tales como alhajas, relojes, dinero, etc.

*El registro o control se realiza por personal de custodia.*

En el interior se observan dos alas, la del lado derecho para enfermos agresivos (pabellón de psiquiatría) y la del lado izquierdo (hombres y mujeres considerados dóciles dentro de su enfermedad). Cuenta además con talleres para desarrollo de actividades prácticas de los internos (generalmente trabajos manuales de cerámica, juguetes, adornos, etc.).

En los pisos de la Torre principal se encuentran las salas de Gineco-obstetricia, quirófanos, Terapia intensiva y Medicina general. La atención médica mas frecuente es la de fracturas, infecciones hepáticas y tuberculosis.

La población promedio, al momento de nuestra última visita, era de 240 a 260 pacientes, las 4/5 partes son enfermos psiquiátricos: paranoicos, esquizofrénicos y oligofrénicos y 1/5 parte psicópatas.

---

<sup>58</sup> Cfr. Eduardo Bravo García, Op. cit. p. 3

Entre los problemas que se presentan es lo inadecuado del Código Penal de México (D.F.) al señalar que el internamiento será "por todo el tiempo necesario para su curación" (Art. 68) cuando hay enfermos que sólo son "controlables" pero no curables. Sin duda alguna que será necesario en una próxima reforma penal, modificar este dispositivo legal y el de una clasificación antigua y en desuso al referirse a los enfermos mentales. Por otro lado se observa que algunos internos no son recibidos por sus familiares para evitarse el problema de atenderlos lo que demuestra el estigma social de la enfermedad mental.<sup>39 40</sup>

---

<sup>39</sup> Al momento de concluir este libro existe la información de que el Hospital de Tepepan no funcionará como centro médico para el reclusorio del D.F. por su alto costo (600 millones al año) y en consecuencia los enfermos volverán a los reclusorios lo que es censurable.

<sup>40</sup> Lic. DUPONT, Marco. Derecho Penitenciario. Editorial Cárdenas Editores.

**CAPACIDAD, SOBREPoblación Y POBlación SEGÚN FUERO,  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
ENERO DE 1996**

REGION I

CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación Absoluta	Sobrepoblación Relativa %	Población Total	FUERO FEDERAL								
					Procesados			Sentenciados			Total	% Respecto a la Población Total	
					H	M	Subtotal	H	M	Subtotal			
<b>ESTADO Y CENTRO</b>													
<b>SONORA</b>	3,772	1,258	33	6,030	568	15	578	627	31	658	1,236	25 %	
Cereso Nogales	320	444	139	764	192	4	196	203	5	208	404	53 %	
Cereso Hermosillo	1,593	143	9	1,741	233	6	239	144	8	152	391	22 %	
Cereso San Luis Río Colorado	512	95	19	607	43	3	46	143	7	150	196	32 %	
Cereso Ciudad Obregón	352	494	140	846	63		63	79	7	86	154	18 %	
Cereso Caborca	99	39	30	138	9	1	10	29		29	39	21 %	
Cereso Guaymas	346	-36	-10	310	4		4	26	4	30	34	11 %	
Cárcel Municipal Agua Prieta	117	-23	-24	39	10	1	11				11	12 %	
Cárcel Municipal Puerto Peñasco	34	-13	-38	16	4		4				4	25 %	
Cereso Cananea	69	-23	-41	41									
Cereso Huatabampo	133	92	67	230				1		1	1	0.43 %	
Cárcel Municipal Magdalena	21	-7	-33	14									
Cárcel Municipal Navojoa	132	14	11	146									
Cereso Cumpas	24	-2	-8	22									
Cárcel Municipal Alamos	15	1	7	16									
<b>BAJA CALIFORNIA</b>	3,630	1,644	45	5,274	635	53	738	723	66	789	7,527	29 %	
Cereso la Mesa	1,802	1,355	77	3,157	423	40	463	424	51	475	943	30 %	
Cereso Mexicali	1,445	-39	-6	1,357	166	5	171	197	11	208	379	28 %	
Cereso Ensenada	154	434	282	588	48	2	50	91	4	95	145	25 %	
Cereso Tijuana	223	-36	-33	142	43	6	49	11		11	60	42 %	
<b>CHIHUAHUA</b>	2,292	731	33	2,933	470	32	502	333	13	346	393	31 %	
Cereso Juárez	396	365	41	1,261	274	16	290	184	7	191	481	38 %	
Penitenciaría Chihuahua	740	267	36	1,007	165	14	179	196	6	202	391	39 %	

**CAPACIDAD, SOBREPoblación Y POBlación SEGÚN FUERO,  
SITUACIÓN JURÍDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
ENERO DE 1955  
ARCO 1**

CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación Absoluta	Sobrepoblación Relativa %	Población Total	FUERO FEDERAL								
					Procesados			Sentenciados			Total	% Respecto a la Población Total	
					H	M	Subtotal	H	M	Subtotal			
<b>ESTADO Y CENTRO</b>													
Cárcel Municipal Hidalgo del Parral	45	40	89	85	15	2	17				17	20 %	
Cereso Cuahiméoc	49	63	129	117	4		4	1		1	5	4 %	
Cárcel Municipal Delicias	63	-10	-15	53	5		5				5	9 %	
Cereso Nuevo Casas Grandes	50	13	26	63	3		3	1		1	4	6 %	
Cereso Guerrero	96	-40	-42	56	3		3				3	5 %	
Cereso Guachochi	65	42	64	103	1		1				1	1 %	
Cereso Guadalupe y Calvo	53	8	14	66				1		1	1	2 %	
Cárcel Municipal Camargo	20	7	35	27									
Cárcel Municipal Ojinaga	32	-6	-19	26									
Cárcel Municipal Chinipas	16	14	83	30									
Cárcel Municipal Ocampo	24	-6	-25	18									
Cárcel Municipal Jiménez	42	-31	-74	11									
<b>BAJA CALIFORNIA SUR</b>	<b>609</b>	<b>-8</b>	<b>-1</b>	<b>601</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>93</b>	<b>11</b>	<b>104</b>	<b>137</b>	<b>31 %</b>	
Cereso La Paz	430	-2	0	428	77	1	78	90	11	101	179	37 %	
Cereso Ciudad Constitución	53	18	34	71	5		5	2		2	7	10 %	
Cereso Santa Rosalia	64	-12	-19	52				1		1	1	2 %	
Cárcel Municipal San José del Cabo	12	-12	-100										
<b>TOTAL</b>	<b>10,213</b>	<b>3,625</b>	<b>35.49</b>	<b>13,838</b>	<b>1,800</b>	<b>101</b>	<b>1,901</b>	<b>1,826</b>	<b>121</b>	<b>1,947</b>	<b>3,543</b>	<b>26 %</b>	

\* NOTA: La población total, incluye los dos fueros.

CAPACIDAD, SOBREPoblación Y POBlación SEGUN FUERO,  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR PARTIDO FEDERAL Y CENTRO  
ENERO DE 1995  
ENCU II

PARTIDO Y CENTRO	Capacidad	Sobrepoblación Masculina	Sobrepoblación Femenina	Sobrepoblación Total	FUERO FEDERAL							
					Precedentes M	Subsidiario M	Subsidiario F	Subsidiario Total	Total Masculino	Total Femenino		
<b>SUMATORIA</b>	5226	-500	-10	4726	648	24	672	1,095	34	1,069	1,741	37%
Ciudad de México	2200	-103	-5	2,092	372	9	381	315	11	326	707	31%
Ciudad de Monterrey	1,980	-404	-30	995	124	3	132	365	5	373	505	25%
Ciudad de Guadalajara	1,136	1	0	1,137	131	7	133	333	11	349	457	42%
Ciudad de San Luis Potosí	133	1	1	133	9	9	9	9	9	9	18	13%
Ciudad de Querétaro	35	60	171	95	3	3	3	4	4	4	12	13%
Ciudad de Toluca	20	-5	-25	15	4	4	4	4	4	4	3	5%
Ciudad de León	43	6	13	54	4	4	3	3	3	3	3	6%
Ciudad de Tijuana	25	1	4	28	1	1	1	1	1	1	1	4%
Ciudad de Morelia	20	-10	-50	10	10	10	10	10	10	10	10	4%
Ciudad de Durango	30	16	53	46	46	46	46	46	46	46	46	15%
Ciudad de San Juan de los Ríos	20	-4	-30	14	14	14	14	14	14	14	14	7%
Ciudad de Aguascalientes	40	-11	-23	29	29	29	29	29	29	29	29	7%
Ciudad de Hidalgo	24	9	13	27	27	27	27	27	27	27	27	11%
Ciudad de Veracruz	5	17	310	22	22	22	22	22	22	22	22	44%
Ciudad de Campeche	45	-25	-55	20	20	20	20	20	20	20	20	4%
Ciudad de Mérida	13	-2	-11	16	16	16	16	16	16	16	16	12%
Ciudad de Oaxaca	13	-13	-72	5	5	5	5	5	5	5	5	4%
Ciudad de Baja California	24	-21	-33	3	3	3	3	3	3	3	3	1%
<b>TOTAL</b>	1,192	913	77	2,110	230	12	292	212	12	224	516	21%
Ciudad de Tlaxcala	302	1,223	153	2,080	230	12	292	212	12	224	516	25%
Ciudad de Puebla	13	-13	-72	5	5	5	5	5	5	5	5	4%
Ciudad de San Miguel de Allende	25	-3	-12	22	22	22	22	22	22	22	22	8%
Ciudad de Querétaro	25	-13	-50	13	13	13	13	13	13	13	13	5%
Ciudad de Toluca	30	-19	-63	11	11	11	11	11	11	11	11	4%

CIUDADEAD, CORREPROLACION Y POBLACION SEGUN PUERO,  
 SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
 FEBRO DE 1995  
 (Miles)

MUNICIPIO	CONCEPTO	Capacidad	Población habitante Abierta	Población habitante Cerrada	Población Total	FUERZA EJECUTIVA				Total	% Población Total		
						Presidentes	Subjefes	Policias	Carabineros				
Carcel Municipal Bahia de Banderas		15	-5	-33	10								
Carcel Municipal Teacuz		42	-37	33	5								
Carcel Municipal San Blas		25	-21	-34	4								
Carcel Municipal Alarcón		12	9	-75	3								
Carcel Municipal Bahia de Rio		40	-33	-55	2								
Carcel Municipal San Blas		25	-25	-33	2								
Carcel Municipal San Blas		10	-4	-35	2								
Carcel Municipal Buenavista		20	-19	-55	1								
Carcel Municipal Amalita de Cuba		20	-20	-100									
Carcel Municipal Amalita		20	-20	-100									
Carcel Municipal San Blas		14	-14	-100									
Carcel Municipal San Blas		15	-15	-100									
Carcel Municipal Yanga		15	-15	-100									
Carcel Municipal San Pedro Lagunillas		5	-5	-100									
Carcel Municipal Santa Marta del Oro		10	-10	-100									
DISTRITO		1,390	120	8	1,710	116	15	131	333	22	360	491	29%
Carcel Buena Vista		1,016	234	23	1,254	104	15	119	333	22	360	479	38%
Carcel General Padua		305	5	2	311	12		12				12	4%
Carcel Municipal Santiago Papacostero		43	5	10	53								
Carcel Municipal El Salto Prieto Negro		16	3	19	19								
Carcel Municipal Guantánamo		32	-17	-33	13								
Carcel Municipal Guantánamo		20	-5	-35	15								
Carcel Municipal Topia		20	-10	-50	10								
Carcel Municipal Santa Marta del Oro		30	-20	-67	10								
Carcel Municipal Santa Marta del Oro		24	-16	-37	3								
Carcel Municipal Santiago Victoria		32	-25	-73	7								

CAPACIDAD, SOBREPONDICIÓN Y POBLACIÓN SEXO FEMENINO.  
 SERVICIO JURÍDICO Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
 FEBRO DE 1956  
 Hoja 11

CONCEPTO	Capacidad	Población masculina	Población femenina	Población total	PRESENDES		FURTO FURTO		Total	% Presencia a la Población Total		
					H	M	H	M				
<b>ESTADO Y CENTRO</b>												
Ciudad Municipal San Juan del Río	16		-63	6								
Ciudad Municipal Pinar	30	-21	-93	2								
<b>ZALAYUECAS</b>	1,544	-540	-39	1,004	137	5	142	144	10	154	296	29.5
Ciudad Cuernavaca	1,100	-615	-56	435	136		136	142	10	142	278	27.5
Ciudad Pinar del Zaca	54	-45	-70	19	4		4	10	10	10	14	74.5
Ciudad Río Grande	45	-14	-31	31				1		1	3.5	3.5
Ciudad Pinar	120	13	11	133				1		1	1.5	1.5
Ciudad Toluca	16	9	36	25	1		1				4.5	4.5
Ciudad Toluca	16	-7	-44	9	1		1				11.5	11.5
Ciudad Toluca	13	5	33	18								
Ciudad Toluca	43	12	25	60								
Ciudad Toluca	20	-3	-13	17								
Ciudad Toluca	35	15	43	50								
Ciudad Toluca	50	-5	-12	44								
Ciudad Toluca	24	24		24								
Ciudad Toluca	15	5	31	21								
Ciudad Toluca	20	-9	-15	17								
Ciudad Toluca	12	2	17	14								
Ciudad Toluca	16	-3	-13	13								
Ciudad Toluca	15	-2	-13	13								
Ciudad Toluca	14	-3	-21	11								
<b>TOTAL</b>	9,632	-1,02	-1,06	9,550	1,101	56	1,237	1,239	75	1,307	3,044	32.5

NOTA: La población total, incluye las dos horas.

CAPACIDAD SOBREPOLACION Y POBLACION SEXO MURDO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR PARTIDO FEDERATIVA Y CENTRO  
MESO DE 1996  
RECIBO III

PARTIDO Y CENTRO	CAPACIDAD	Sobrepoblacion Absoluta	Sobrepoblacion Relativa %	Poblacion Total	MURDO FEMENINO			Total	Porcentaje Poblacion Total			
					Sexo Masculino	Sexo Femenino	Sexo Indefinido					
<b>TOTAL MURDO</b>	4218	951	23	5121	511	51	635	1297	66	1453	2055	41.5
Barra Melamort 2	940	-38	-4	902	194	29	223	401	26	427	630	72.8
Barra Barvas	940	330	35	1270	118	6	124	467	26	493	617	49.5
Barra Barva Barred 1	350	453	131	803	140	140	282	202	202	342	42.8	
Barra Ciudad Tercera	530	33	9	633	73	7	55	112	4	116	201	29.5
Barra Melamort 1	300	121	40	421	11	11	73	11	73	18	21.8	
Barra Tomico	240	133	55	373	26	1	27	48	1	49	13.5	
Barra Barva Barred 2	234	-30	-33	144	6	3	14	41	7	48	62	43.8
Barra Barva Barred 1	36	66	77	132	1	1	41	1	42	43	28.5	
Barra Barva Barred 2	110	21	19	131	9	9	5	5	5	14	11.5	
Barra Ciudad Barva	120	58	49	179	1	1	9	9	9	10	6.8	
Barra Ciudad Barva	150	-103	-72	42						1	2.5	
Barra Barva de R.S.	30	-10	-30	40						1	3.5	
Barra Barva Barred	63	-53	-41	10								
<b>MURDO LABO</b>	3231	911	30	4232	311	46	427	665	41	706	1133	26.5
Barra Melamort	1560	1523	45	2319	301	46	427	370	41	411	535	29.5
Barra Barva	1400	-162	-12	1238			291	291		291	291	24.5
Barra Barva Barred	22	-13	-49	9			1			1	11.5	
Barra Barva Barred	35	-13	-37	22								
Barra Barva Barred	26	9	-35	17								
Barra Barva Barred	3			3								
Barra Barva Barred	41	-3	-13	36								
Barra Barva Barred	66	-34	-22	32								
Barra Barva Barred	32	-21	-46	11								
Barra Barva Barred	25	-15	-60	10								

CAPACIDAD, SOBREPOLACION Y POBLACION SESION FUERO  
 SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CABEZO  
 FEBRO DE 1956

REGION III

ENTIDAD Y CABEZO	CONCEPCION	Capacidad	Subgrupos poblacion		Poblacion total	PERIODO PROBLEMA						Total Poblacion total					
			Indice	Polizos x		P	M	Subtotal	P	M	Subtotal						
Cabec Municipal Cerricho		13	-10	-56	3												
Cabec Municipal Guira		12	10	-33	2												
Cabec Municipal Guiza Guiza		50	-50	-100													
<b>COAHUILA</b>		<b>1,991</b>	<b>319</b>	<b>20</b>	<b>2,333</b>	<b>431</b>	<b>32</b>	<b>466</b>	<b>469</b>	<b>31</b>	<b>500</b>	<b>966</b>	<b>415</b>				
Cabec Torreta		653	253	39	916	140	13	153	206	13	216	374	115				
Cabec Saltillo		436	77	17	529	124		124	172		172	256	56.5				
Cabec Pedroza Herrera		478	-7	-1	469	147	4	151	79	5	84	235	50.5				
Cabec Monzura		95	55	33	150	21		21	14		14	35	23.5				
Cabec Pomoné Saltillo		46	-19	-41	27		10	10		13	13	28	35.5				
Cabec Ciudad Arriba		40	17	43	57	2		2				2	4.5				
Cabec San Pedro		107	-19	-18	88				1		1	1	1.5				
Cabec Parra		20	-2	-10	18												
Cabec Salinas		98	29	30	125												
<b>SUM LEIS POTOSI</b>		<b>1,562</b>	<b>61</b>	<b>1</b>	<b>1,630</b>	<b>126</b>	<b>12</b>	<b>138</b>	<b>222</b>	<b>3</b>	<b>331</b>	<b>469</b>	<b>29.5</b>				
Polizos San Luis Potosi		530	205	24	1,055	126	12	138	317	7	324	435	44.5				
Cabec Regional Matanzas		202	-12	-73	30				4		4	5	10.5				
Cabec Municipal Santa Maria del Rio		25			25				2		2	2	5.5				
Cabec Municipal Ciudad Valles		100	13	13	119												
Cabec Municipal Ciudad Santos		40	53	133	83												
Cabec Municipal Tamasopo		45	42	93	87												
Cabec Municipal Rio Verde		60	12	20	72												
Cabec Municipal Guadalupe		45	-17	-33	28												
Cabec Municipal Guadalupe		30	-4	-13	26												
Cabec Municipal Matanzas		65	-42	-65	23												

CAPACIDAD, SOBREPoblación Y POBLACION SEGUN PUEBRO.  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CABEZO  
ENERO DE 1956  
RESULTADO

ENTIDAD Y CABEZO	CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación		Población total	PUEBRO PROPRIO		Sobrepoblación		Total	Situación jurídica	
			Absoluta	Relativa %		Propios	Extranjeros	Propios	Extranjeros			
Cabezo Municipal Verde		30	43	43	17							
Cabezo Municipal Salinas de Hidalgo		13	-1	7	14							
Cabezo Municipal Ciudad del Rey		30	-17	-57	13							
Cabezo Municipal Veritas		25	-17	43	3							
TOTAL		11,067	2,399	21,61	13,466	1,325	141	1,566	2,154	146	3,000	4,566
NOTA: La población total incluye las dos fuerzas.											35 %	

CAPACIDAD SOBREPoblación Y POBLACION SEGUN SEXO POR MUNICIPIO JURIDICA Y SEXO POR MUNICIPIO FEDERATIVA Y CENTRO  
 FEBRO DE 1996  
 Estado de Jalisco

MUNICIPIO	CONCEPTO	Capacidad	Salto poblacion		Poblacion total	Presidentes		FUERZO POLICIAL		Total	Salto poblacion total		
			Salto poblacion absoluta	Salto poblacion %		M	M	M	M				
JALISCO		6,543	-1,972	-30	4,571	1,039	14	1,103	1,234	43	1,232	2,335	32.5
Carretera Puerto Grande		2,400	-655	-23	1,735				1,234		1,234	1,039	71.5
Municipalidad Promotiva Puerto Grande		2,976	-376	-23	2,150	1,039		1,039			1,039	62	51.5
Carretera Promotiva Puerto Grande		220	-55	-42	127		14	14		43	43		49.5
Carretera Distrital Puerto Vallarta		80	33	73	133								
Carretera Distrital Ciudad Guzman		60	1	2	61								
Carretera Distrital Chapala		76	-26	-34	50								
Carretera Distrital Lagos de Moreno		30	1	3	31								
Carretera Distrital Quailin		26	5	19	31								
Carretera Distrital Promotiva de Fortificas		25	4	16	29								
Carretera Distrital Tepic y San Juan de los Rios		60	-39	-63	21								
Carretera Distrital Tepic		30	-9	-30	21								
Carretera Distrital La Barca		20	1	5	21								
Carretera Distrital San Juan de los Lagos		20	-3	-13	17								
Carretera Distrital Chualilla		25	-10	-40	15								
Carretera Distrital Alamos y el Alto		20	-5	-25	15								
Carretera Distrital Tala		25	-11	-44	14								
Carretera Distrital Ixtapaluca		30	-15	-33	14								
Carretera Distrital Zapallar de Torres		20	-9	-45	11								
Carretera Distrital Toluca de Garcia y Gallo		10		10									
Carretera Distrital Nueva		25	-15	-60	10								
Carretera Distrital Pineda		20	-12	-60	8								
Carretera Distrital Cuicilla		25	-17	-63	3								
Carretera Distrital Abasco de Morelia		30	-24	-30	6								
Carretera Distrital Arandas		35	-32	-39	4								
Carretera Distrital Arandas		25	-21	-34	4								
Carretera Distrital Barchilón de Diaz		13	-16	-39	2								

CAPACIDAD SOBREPoblACION Y POBlACION SEGUN MUNICIPIO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ANUPIO PROBATORIA Y CENSO  
ENERO DE 1995

RECIBI

MUNICIPIO

MUNICIPIO	CONCEPTO	Capacidad	Estado poblacion	Estado poblacion	Poblacion total	SITUACION JURIDICA				Total	Situacion total			
						II	III	IV	V					
Carrizal	Distrital Santa	30	-22	-73	3									
Carrizal	Distrital Bado de Pava	20	-18	-90	2									
Carrizal	Distrital Mazzanti	30	-25	-57	4									
Carrizal	Distrital Venustiano Carranza	76	-76	-100										
Carrizal	Distrital Coela	30	-27	-90	3									
Carrizal	Distrital Marcella	25	-24	-95	1									
SUBTOTAL		2395	-83	-4	2392	166	21	137	445	45	490	677		305
Cereza	Comunal	450	17	4	457	113	17	130	239	29	265	381		155
Cereza	San Juan	320	143	45	463	39	4	43	103	16	119	162		355
Cereza	San Miguel de Allende	223	-55	-24	173	1		1	42		42	43		255
Cereza	Pedernales	223	41	-18	137	1		1	36		36	37		205
Cereza	Municipal Colera	243	-50	-20	193	5		5	3		3	3		45
Cereza	Ingeniera	130	-10	4	120	3		3	5		5	3		35
Cereza	San Felipe	100	-38	-38	64			3	3		3	3		135
Cereza	Arriba	95	-4	-4	92			7	7		7	7		15
Cereza	Municipal Salazar	100	-37	-37	63	2		2	1		1	3		55
Cereza	Municipal Barrios Huelga	61	3	5	63	2		2				2		35
Cereza	Municipal Ortiz	55	5	-9	50			1			1	1		25
Cereza	Municipal Sierra	28	35	125	63									
Cereza	Municipal Valle de Santiago	21	12	57	33									
Cereza	Municipal San Francisco del Rancho	35	3	9	38									
Cereza	Municipal Bortolin	35	5	-20	20									
Cereza	Municipal Sanaviera	55	-17	-31	38									
Cereza	Municipal San Luis de la Paz	32	-20	-33	32									
Cereza	Municipal San José Toribio	23	1	4	24									
Cereza	Municipal Torrea	30	-11	-37	19									

CIUDAD, SOBREPoblación y POblación según PUEBLO,  
SITUACION JURIDICA y SEXO POR ENVIADO FRODUCTIVA y CENTRO  
ENERO DE 1996  
Caso II

CONCEPTO	Capacidad	Habit. poblacion Absoluta	Habit. poblacion Relativa *	Poblacion Total	TIPO DE FAMILIA				Total	Porcentaje		
					Precedidos	Subsecuencial	Consecuencial	Subsecuencial				
<b>ESTADO Y CENTRO</b>												
<b>COLIMA</b>	676	347	49	1,229	81	13	94	123	10	133	227	18%
Circulo Educativa		717	223									20%
Circulo Educativa Tepehua		50	-1	1,115	80	13	93	123	10	133	226	2%
Circulo Municipal Mazatlan		39	20	49	1		1				1	
<b>AGULSCALIENTES</b>	639	-131	-19	551	34	2	36	65	2	67	103	15%
Circulo Agascalientes		641	-31	-15	543	34		34	35		65	18%
Circulo Pasañil Agascalientes		48	-33	63	15	2	2	2	2	2	4	27%
<b>TOTAL</b>	10,443	-1,433	-17.61	8,504	1,370	50	1,420	1,567	105	1,672	3,392	39%

\* Nota: La poblacion total incluye los dos sexos.

OPICIDAD, SOBREPoblación Y POBLACION SEGUN PUEBRO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ESTADIO PRELATERIVA Y CENTRO  
PUEBRO DE 1996  
SECTOR I

ESTADIO Y CENTRO	CONCEPTO	Capacidad	Otras Viviendas	Otras Viviendas	Poblacion Total	PUEBRO COMPLETO						PUEBRO FEDERAL						Total y respecto a la Poblacion Total						
						Precedente	Actual	Precedente	Actual	Precedente	Actual	Precedente	Actual	Precedente	Actual									
<b>DISTRITO FEDERAL</b>						7,590	684	9	4,263	1,645	119	1,764	4,611	265	4,016	609	11	629	1,055	22	1,033	1,703	21%	
	Reclutario Preventivo Oriente	1,700	732	46	2,432	829		392	904			904	231		231	495								
	Reclutario Preventivo Norte	1,553	654	56	2,417	424		424	1,635			1,635	134		134	170								
	Reclutario Preventivo Sur	1,341	119	9	1,517	229		229	732			732	140		140	295								
	Pentacuatras	2,142	637	30	1,505				1,320			1,320	135		135									
	Centro Preanal de Readaptacion Social	235	49	35	135			1	1			163	165		1									
	Reclutario Preventivo Preanal Oriente	152	-55	-36	97			63	63			16	16		4									
	Reclutario Preventivo Preanal Norte	160	-76	-43	84			50	50			26	26		6									
	Centro Integral de Estudios para la Liberacion	200	-203	-100																				
<b>MICROSECTOR</b>						3,737	507	14	4,244						612	45	657	433	13	501	1,133		27%	
	Centro Avellan	1,329	231	17	1,624								473	36	509	214	4	218	727				45%	
	Centro Lineana	1,032			1,032							107	8	115	263	9	272	337					31%	
	Reclutario Preventivo Zamora	136	65	47	203							5	5	4	4	4							4%	
	Reclutario Preventivo Apaxtlan	200	71	36	271							6	6	1	7	1	7						3%	
	Reclutario Preventivo Lazaro Cardenas	112	137	122	249							6	1	7	4	2	2	6					7%	
	Reclutario Preventivo Palmar	86	-3	-3	83							4	4	4	2	4							7%	
	Reclutario Preventivo Tlalmar	30	10	20	60							4	4	4	3	3							4%	
	Reclutario Preventivo Lito	50	27	54	77							3	3	2	2	2							4%	
	Reclutario Preventivo La Prada	50	-2	-4	43							2	2	2	2	2							4%	
	Reclutario Preventivo Zampascuaro	32	-5	-19	28							1	1	1	1	1							1%	
	Reclutario Preventivo Zihuatran	120	6	-3	114							1	1	1	1	1							1%	
	Reclutario Preventivo Hualto	43			43							1	1	1	1	1							2%	
	Reclutario Preventivo Badama	50	-24	-43	26							1	1	1	1	1							4%	
	Reclutario Preventivo Zacam	36	14	33	50							1	1	1	1	1							2%	
	Reclutario Preventivo Las Berres	35	44	125	75							1	1	1	1	1							4%	

CAPACIDAD SOBREPoblación Y POBlación SEXUO FUERO  
 STrUctURa JUdICIAL Y SEXO POR EStADO FEDERATIVA Y CENSO  
 FEBRO DE 1995  
 REGIÓN I

CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación	Sobrepoblación	Población total	FUERO CIVIL		FUERO PENAL		Total	Porcentaje						
					Precedente	Subsecuente	Precedente	Subsecuente								
<b>ESTADO Y CENTRO</b>																
Reclusoria Preventiva Aguascalientes	30	-25	-29	64												
Reclusoria Preventiva Sahuayo	40	-4	-10	86												
Reclusoria Preventiva Arzacas	20	13	65	33												
Reclusoria Preventiva Parícuti	60	-30	-50	30												
Reclusoria Preventiva Toluca	25	-3	-12	22												
Reclusoria Preventiva Calamitán	15	2	13	17												
Reclusoria Preventiva Calamitán	20	-10	-50	10												
Reclusoria Preventiva Maravilla	35	7	20	42												
<b>MEXICO</b>	<b>4,921</b>	<b>477</b>	<b>10</b>	<b>5,398</b>					<b>153</b>	<b>10</b>	<b>195</b>	<b>405</b>	<b>25</b>	<b>491</b>	<b>626</b>	<b>125</b>
Carera Toluca de Ben	601	563	95	1,169					39	2	41	116	12	124	169	145
Carera Amoltepec de Juárez	933	-153	-16	825					73	3	32	73	3	76	153	195
Carera Acapulco	736	-69	-9	717					16		16	75	3	73	94	135
Carera Meximichan del Norte	260	113	45	373					22	3	25	35	3	34	63	175
Carera Meximichan del Sur	160	23	14	183					24	2	26	29	2	25	29	28
Carera Toluca	409	65	16	474					2		2	22	1	23	25	58
Carera Cuautlilla	115	164	143	278					1		17	10		17	18	65
Carera Chalco	154	182	118	386					10		10	10		10	10	35
Carera Pecosillo	100	-61	-34	119					6	2	6	2		3	3	74
Carera Salinas	175	-61	-35	114					6		6	5		3	5	55
Carera Tlalaxiaca	240	-125	-52	115					5		5	5		5	5	48
Carera Tzacuengo	170	-62	-36	108					1		1	1		1	4	45
Carera Zamacona	120	-48	-40	72					4		4	4		4	4	65
Carera Jilotepec	84	7	11	71					3		3	3		3	3	45
Carera Valle de Bravo	125	-18	-14	107					1		1	1		1	2	25
Carera Tlanahuacán del Valle	115	-17	-15	98					2		2	2		2	2	25
Carera San Diego	55	11	20	66					2		2	2		2	2	35

CAPACIDAD SOBREPOLICADA Y POBLACION SEGUN MUNICIPIO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
ENERO DE 1996  
(Cada 1)

MUNICIPIO	CONCEPTO	Capacidad	Haber Judicial	Haber Policial	Poblacion total	MUNICIPIO				MUNICIPIO				Total y Reporte a la Policia total					
						PRESENCIA		PRESENCIA		PRESENCIA		PRESENCIA							
						H	M	H	M	H	M	H	M						
<b>BOYALDO Y CENTRO</b>																			
Carretera Olumba		152	-40	-26	112										18				
Carretera Lerma		57	-2	-4	51										25				
<b>QUERETARO</b>																			
Carretera Queretaro		650	-70	-11	550										178				
Carretera San Juan del Rio		165	-52	-22	113														
Carretera Jalpa de Serra		45	-12	-27	33														
Carretera Municipal Caceres		40	-21	-60	16														
Carretera Municipal Amateo		40	-31	-78	9														
Carretera Municipal Toluca		24	-16	-47	8														
<b>TOTAL</b>		17212	4477	633	13859	1645	119	1784	4811	205	4316	1430	71	1501	240	80	2089	3390	198

NOTA: La poblacion total incluye los dos sexos.

CAPACIDAD, SOBREPOLACION Y POBLACION SEGUN MUNICIPIO,  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ESTADO FEDERAL Y CENTRO  
ENERO DE 1996  
SECCI II

ESTADO Y CENTRO	CONCRETO	Capacidad	Sobre poblacion Análisis	Sobre poblacion Ratios X	Poblacion Total	MUNICIPO VERDEGAL						Total	Porcentaje Poblacion Total
						Presidentes	Subdelegados	Subdelegados	Subdelegados	Subdelegados	Subdelegados		
VERACRUZ		6,591	921	14	7,526	221	17	23	400	50	530	703	10%
Ciudad Veracruz		1,221	13	1	1,241	105	3	13	140	12	152	255	21%
Reclutamiento Regional Veracruzanos		250	344	345	1,114	73	9	34	144	19	163	247	22%
Ciudad Perote		1,700	-338	-32	1,062				95	12	107	107	9%
Ciudad Tlaxiaco		550	-40	-7	510	20		20	43	4	47	67	13%
Ciudad Xalapa		545	57	10	602	14		14	50	3	53	67	11%
Reclutamiento Regional Oaxaqueño		73	21	27	100	5		5	2	2	7	7	7%
Reclutamiento Regional Pura Raza de Hidalgo		150	149	99	299	2		2	2	2	4	4	1%
Reclutamiento Regional Cosahuatapan		236	31	34	317				1		1	1	0.32%
Reclutamiento Regional Jalisco		95	57	60	152				1		1	1	0.65%
Reclutamiento Regional San Andrés Tuxtla		275	-7	-3	268				1		1	1	0.37%
Reclutamiento Regional Michoacán		140	31	35	221				1		1	1	0.45%
Reclutamiento Regional Querétaro		200	69	35	269								
Reclutamiento Regional Puebla		192	24	13	216								
Reclutamiento Regional Acapulco		315	-3	-1	315								
Reclutamiento Regional Oaxaca		173	19	11	191								
Reclutamiento Regional Oaxaca		32	71	157	129								
Reclutamiento Regional Huasteca		120	-3	-7	112								
Reclutamiento Regional Tlaxiaco		30	35	33	105								
Reclutamiento Regional Zapotlán		72	4	5	76								
Reclutamiento Regional Guadalupe		25	34	185	53								
Reclutamiento Regional Cuadras de Huasteca		37	-41	-31	43								
Reclutamiento Regional Huasteca		32	-2	-4	30								
PUEBLA		2,903	639	23	3,591	94	3	97	217	15	229	329	9%
Ciudad Puebla		1,055	726	63	1,791	34	3	37	205	14	219	305	17%

CAPACIDAD, SOBREPoblACION Y POBLACION SEGUN FUERO,  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENVIADO FEDERATIVA Y CEARRO  
ENERO DE 1996  
BOMBI II

MUNICIPIO	Capacidad poblacional	Situación jurídica	Sobrepoblación	Población total	SEXO GENERAL						Total	Situación jurídica		
					Masculino		Femenino		Total	Masculino			Femenino	
					M	F	M	F						M
<b>CERRADO Y CEARRO</b>														
Cerro San Pedro Tuxtla	106	34	20	200	1	1	9	2	9	10	55			
Cerro Ahuchalman	335	-103	-29	233	5	5	2	2	2	7	33			
Cerro Tehuacan	250	146	56	406	4	4	1	1	2	6	15			
Cerro Municipal Xicoyep	64	43	75	112										
Cerro Municipal Huixtla	56	49	83	105										
Cerro Municipal Ciudad Serán	76	24	32	100										
Cerro Municipal Zacatlán	64	21	33	85										
Cerro Municipal Lacer to Matamoros	66	12	13	73										
Cerro Municipal Tuxtla	71	4	6	67										
Cerro Municipal Perote	84	-30	-36	54										
Cerro Municipal Zampatlán	64	-11	-22	50										
Cerro Municipal Tlalantlico	36	3	-14	43										
Cerro Municipal Tlaxiaco	85	-40	-47	46										
Cerro Municipal Tapanatepec	40	-2	-5	33										
Cerro Municipal Tlaxiaco	82	-46	-56	36										
Cerro Municipal Tlaxiaco	44	-13	-11	26										
Cerro Municipal Tlaxiaco	64	-41	-64	23										
Cerro Municipal Tlaxiaco	40	-20	-20	20										
Cerro Municipal Tlaxiaco	40	-20	-20	20										
Cerro Municipal Tlaxiaco	30	-13	-13	17										
Cerro Municipal Tlaxiaco	34	-13	-13	16										
<b>TOTAL</b>	<b>1,223</b>	<b>-325</b>	<b>-27</b>	<b>883</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>99</b>	<b>115</b>		
<b>Cerro Perote</b>	<b>500</b>	<b>-100</b>	<b>-20</b>	<b>400</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>55</b>	<b>95</b>	<b>245</b>		
<b>Cerro Tehuacan</b>	<b>142</b>	<b>-66</b>	<b>-63</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>16</b>		
<b>Cerro Tlaxiaco</b>	<b>133</b>	<b>-15</b>	<b>-11</b>	<b>113</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>16</b>		
<b>Cerro Huixtla</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>57</b>									

GRÁFICO. SOBREPOLACIÓN Y POBLACIÓN SEGÚN PUEBLO.  
SITUACIÓN JURÍDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y GÉNERO  
ENERO DE 1996

Resolución

ESTADO Y GÉNERO	CONCEPTO	Capacidad	Subte población absoluta	Subte población relativa %	Población total	PUEBLO GENERAL		Total	Subte población total			
						Precedente	Subsecuente					
ESTADO Y GÉNERO	Ciudad Pita de Abasco	55	-22	-38	64							
	Ciudad Tepezal de Beria	100	45	45	35							
	Ciudad Hueyulpan	45	-18	-33	30							
	Ciudad Municipal Juan	22	5	23	27							
	Ciudad Acapulca	23	-2	-7	26							
	Ciudad Huixtla	26	-7	-27	19							
	Ciudad Huixtla	21	-5	-24	16							
	Ciudad Municipal Atlántico al Grande	10	5	50	15							
	Ciudad Jacala	26	-12	-46	14							
	Ciudad Municipal Tamapa	19	-5	-26	14							
	Ciudad Municipal Mexcala	10	-5	-50	5							
	Ciudad Municipal Tepezal	10	-4	-40	6							
	Ciudad Municipal Zamilpa	2	4	200	6							
Ciudad Municipal Toluca de Guerrero												
TLAXCALA												
		633	-204	-30	473	37		37	22	22	39	125
Ciudad Texcala		353	-74	-21	275	30		30	19		19	155
Ciudad Ahuac		320	-130	-39	200	7		7	3		3	55
TOTAL												
		11,412	1,073	9,45	12,190	391	21	412	777	66	843	1,251

NOTA: La población total incluye las dos ferias.

CAPACIDAD, SOBREPOLACION Y POBLACION SECCION PUERO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CASABO  
MEXICO 1950

CONCEPTO	Capacidad	Población absoluta	Población relativa X	Población total	PUERO SECCION						Total	% capacidad a la población total
					Presbiteros	Sacerdotes	Religiosos	Religiosas	Religiosos	Religiosas		
<b>QUAXACA</b>	2,439	-197	5	3,232	262	23	25	333	25	419	704	22%
Parroquia de San Mateo	1,050	-10	-1	1,040	161	15	176	193	7	205	301	37%
Parroquia Regional Santa Dominga Tehuacan	200	164	82	364	30	5	35	147	16	163	250	69%
Parroquia Regional San Juan Bautista Tehuacan	225	86	38	311	5	3	8	12		12	20	6%
Parroquia Regional San Pedro Toluca	155	116	75	271	13		13	4		4	17	6%
Parroquia Regional San Mateo Amara	350	-63	-43	287				10	1	11	11	4%
Parroquia Regional Villa de Guadalupe	300	-197	-66	103				3		3	3	3%
Parroquia Regional San Mateo	144	-16	-13	128	1		1	5		5	6	5%
Parroquia Regional San Mateo	140	5	4	145	1		1	3		3	4	3%
Parroquia Regional Santa Cruz	30	-36	-49	44	1		1				2	5%
Parroquia Regional San Mateo	170	-41	-24	129				1		1	1	1%
Parroquia Regional San Mateo	45	21	47	66				1		1	1	2%
Parroquia Regional San Mateo	60	-18	-22	42				1		1	1	2%
Parroquia Regional San Mateo	100	-51	-51	49				1		1	1	3%
Parroquia Regional San Mateo	20	2	10	22				1		1	1	5%
Parroquia Regional San Mateo	25	21	84	46								
Parroquia Regional San Mateo	15	10	67	25								
Parroquia Regional San Mateo	40	21	53	61								
Parroquia Regional San Mateo	45	43	96	88								
Parroquia Regional San Mateo	50	30	-60	20								
Parroquia Regional San Mateo	30	-11	-37	19								
Parroquia Regional San Mateo	15	-4	-53	7								
Parroquia Regional San Mateo	50	-20	-40	30								
Parroquia Regional San Mateo	30	-9	-30	21								
Parroquia Regional San Mateo	20	-5	-25	15								
Parroquia Regional San Mateo	20	-13	-65	7								
Parroquia Regional San Mateo	15	-9	-60	6								

CEPCOVID SOBREPoblación y POblación según PUEBRO.  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR PARTIDO PROHIBITIVA Y CEPCOVID  
AÑO DE 1996  
MUNICIPIO DE

PARTIDO	CEPCOVID	Capacidad	Habitantes	Habitantes	Población	Mujeres		Hombres		Total	Población		
						M	H	M	H				
Carcel Municipal San Mateo Villa Alta		15	-11	-73	4								
Carcel Municipal Villa de Juárez		30	-35	-37	4								
<b>GUERRERO</b>		<b>2,552</b>	<b>-552</b>	<b>-22</b>	<b>2,000</b>	<b>205</b>	<b>11</b>	<b>219</b>	<b>200</b>	<b>16</b>	<b>295</b>	<b>515</b>	<b>285</b>
Carcel Acapulco de Juárez		1,438	-347	-24	1,091	34	5	39	194	3	202	291	273
Carcel Chapingo de las Bravas		392	-63	-13	314	63	1	64	53	6	64	123	413
Carcel Ixtapa de la Defensoría		163	-70	-42	233	61	5	66	25	2	30	96	405
Carcel Tlaxi de Camulot		62	-4	-10	56								
Carcel Tehuacan		60	-55	-92	3								
Carcel Zihuatanejo (La Unidad)		42	-28	-62	63								
Carcel Chilpan de Alvarez		50	-14	-28	64								
Carcel Tepepa		46	-4	-9	42								
Carcel Arzobispo de las Lirias		36	-9	-25	27								
Carcel San Luis Escobedo		43	-27	-56	21								
Carcel Ayres de Guadalupe		35	-16	-44	20								
Carcel Cuicatlan		36	-16	-50	18								
Carcel Arzobispo		34	-16	-56	15								
Carcel Tlaxi de Alvarez		63	-56	-41	13								
Carcel Tlaxi de Guerrero		16	-11	-49	5								
Carcel Huamantla		29	-25	-40	3								
<b>QUINTAS</b>		<b>2,525</b>	<b>-64</b>	<b>-3</b>	<b>2,462</b>	<b>147</b>	<b>17</b>	<b>164</b>	<b>225</b>	<b>24</b>	<b>249</b>	<b>413</b>	<b>173</b>
Carcel Min. 3 Tuxtla Gutierrez		490	57	12	547	25		25	56		56	171	315
Carcel Min. 1 Tuxtla Gutierrez		330	202	53	532	71		71	39		39	124	225
Carcel Min. 2 Tuxtla Gutierrez		250	-7	-3	243				65		65	65	275
Carcel Min. 4 Tuxtla Gutierrez		23	7	25	35			13			12	12	75

CAPICULO GOBERNACION Y POBLACION SECCION PUERO,  
 SERVICIOS JUDICIALES Y SEXO POR ESTADO PREPARATIVA Y CENTRO  
 FEBRO DE 1936  
 Hecho en  
 Puerto Rico

ESTADO Y CENTRO	Capacidad	Sexo		Poblacion Total	PUERO RICO				Total Poblacion Total		
		masculina	femenina		Presencia	ausencia	total	total			
Cerro Mta. 6 Penuel Tuxila Cuahitlan	70	-29	-41	41	4	4	12	12	16	36	
Cerro Mta. 10 Cuahitlan de Buenavista	133	-46	-33	92			3	3	3	95	
Cerro Mta. 11 Prochico	246	-59	-22	167	1	1	3	3	4	25	
Cerro Municipal Matezuala	50	-11	-22	33							
Cerro Municipal Guadalupe	64	-17	-27	47							
Cerro Mta. 3 Villa Flores	54	13	-33	72							
Cerro Mta. 12 Tuxitlan	132	-35	-64	47							
Cerro Municipal Salazar	33	16	-42	54							
Cerro Municipal Tuxtla	77	67	-37	144							
Cerro Mta. 9 Ixcotelulco	30	49	-54	123							
Cerro Mta. 7 Benita	50	44	-33	94							
Cerro Municipal Beniti	40	14	-35	54							
Cerro Municipal Oaxitlan	20	8	-40	23							
Cerro Municipal Oaxitlan	10	13	-130	23							
Cerro Municipal Venustiano Carranza	15	-3	-17	15							
Cerro Municipal Salto de Agua	21	-11	-52	10							
Cerro Municipal Obispo de Cerros	10	-4	-40	6							
Cerro Mta. 5 San Cristobal de las Casas	276	-270	-33	6							
Cerro Municipal Simojovel	20	-17	-53	3						6	
<b>MORBOS</b>	<b>2,451</b>	<b>-457</b>	<b>-191</b>	<b>1,954</b>	<b>102</b>	<b>31</b>	<b>133</b>	<b>20</b>	<b>201</b>	<b>331</b>	<b>17</b>
Cerro Obisporanca	1,575	-363	-19	1,512	35	31	115	169	20	149	203
Cerro Obisporanca	201	30	15	231	12		12	3		3	63
Cerro Obisporanca	113	20	18	133	4		4	7		7	35
Cerro Obisporanca	69	-1	-1	68	1		1	1		1	2
Cerro Obisporanca	22	-1	-5	21			1			1	53
Cerro Obisporanca	40	-21	-53	19							

CAPACIDAD, SOBREPOLICIÓN Y POBLACIÓN SEGÚN PUEBLO  
SITUACIÓN JURÍDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CABEZO  
ENERO DE 1996

Hoja III

CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación Inhabit.	Sobrepoblación Extrínjca	Población total	PUEBLO FEDERAL		Total	Porcentaje Población total				
					Presidente	Subtotal			Subtotal	Subtotal		
Estado de Guerrero												
Grupos las Lagartijas	90	-90	-100									
Cabeza Distrital Xochitlan	21	-21	-100									
Cabeza Distrital Tlalaxca	20	-20	-100									
TOTAL	10,955	-1,250	-11,67	9,653	719	82	301	1,079	35	1,165	1,956	20%

\* NOTA: La población total incluye las des fueras.

CIUDADES SOBREPULACION Y POPULACION SEGUN MUNICIPIO  
SITUACION JURIDICA Y SEXO POR PARTIDO FEDERATIVA Y CABEZO  
AÑO DE 1996  
MUNICIPIO

MUNICIPIO	Capacidad	Sobrepoblacion Absoluta	Sobrepoblacion Relativa %	Poblacion Total	Estrato		MUNICIPIO		Total	Estrato y Poblacion Total		
					H	M	H	M			H	M
<b>TOTAL</b>	2,597	293	9	2,890	116	14	130	155	11	156	326	12%
Ciudad Filibertoza	1,256	66	5	1,322	99	13	112	142	11	153	305	23%
Ciudad Humboldt	355	-55	-15	300	12	1	13	3		3	13	4%
Ciudad Caracas	126	103	82	229				3		3	15	1%
Bombalzo	355	-54	-15	291	2		2			2	2	0.5%
Ciudad Municipal Manzanara	52	55	105	107	1		1			1	1	0.9%
Ciudad Municipal Yacajaha	12	30	250	42	1		1			1	1	2%
Ciudad Municipal Toron	32	3	23	41	1		1			1	1	2%
Ciudad Municipal Salaz	44	-7	-15	37								
Ciudad Municipal Guadalupe	43	39	123	107								
Ciudad Transque	92	-10	-11	82								
Ciudad Municipal Centa	50	2	4	52								
Ciudad Municipal Laja	19	19	100	38								
Ciudad Municipal Parato	43	-10	-21	33								
Ciudad Municipal Salazar	25	11	44	36								
Ciudad Municipal Sencica	26	5	19	31								
Ciudad Municipal Tula de Tula	33	-2	-6	31								
Ciudad Municipal Amilla	12	12	100	24								
Ciudad Municipal Banihue Zapata	13	10	83	22								
<b>QUINTANA ROO</b>	1,282	-421	-33	865	123	4	127	142	3	145	272	34%
Ciudad Oetamal	917	-386	-37	531	123	4	127	142	3	145	272	47%
Ciudad Municipal Felipe Carrillo Puerto	250	-63	-24	187								
Ciudad Municipal Cozumel	45	-25	-55	20								
Ciudad Municipal Felipe Carrillo Puerto	10	3	30	7								

**CAPACIDAD, SOBREPoblación Y POblación SEGÚN FUERO,  
SITUACIÓN JURÍDICA Y SEXO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO  
ENERO DE 1996  
RECENSA III**

CONCEPTO	Capacidad	Sobrepoblación Absoluta	Sobrepoblación Relativa %	Población Total	FUERO FEDERAL							Total	% Respecto a la Población Total
					Procesados			Sentenciados			Total		
					H	M	Subtotal	H	M	Subtotal			
<b>ESTADO Y CENTRO</b>													
<b>CAMPUCHE</b>	1,463	-504	-34	961	43	4	47	147	4	151	193	21%	
Cereso Kohen	1,091	-291	-27	300	43	4	47	147	4	151	193	25%	
Cereso Ciudad del Carmen	374	-213	-57	161									
<b>YUCATAN</b>	1,446	102	7	1,548	32	4	36	134	8	142	173	11%	
Cereso Mérida	1,232	143	12	1,375	31	2	33	132	8	140	173	13%	
Cereso Tekax	120	-41	-34	79	1		1	2		2	3	4%	
Cereso Valladolid	94			94		2	2				2	2	
<b>TOTAL</b>	6,740	-596	-8.84	6,144	314	26	340	603	26	634	974	16%	

\* NOTA: La población total, incluye los dos fueros.

**NÚMERO DE CENTROS, CAPACIDAD DE INTERNAMIENTO  
POBLACIÓN Y SOBREPoblación POR ENTIDAD FEDERATIVA, FUERO FEDERAL  
ENERO DE 1996**

**REGIÓN I**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pol. Fed.	POBLACIÓN FUERO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Sonora		14	3,772	5,030	10	573	653	1,236	24.6%
Baja California		4	3,630	5,274	4	738	739	1,527	29.0%
Chihuahua		14	2,202	2,933	9	502	396	939	30.6%
Baja California Sur		4	609	601	3	33	104	137	31.1%
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	<b>10,213</b>	<b>13,838</b>	<b>26</b>	<b>1,901</b>	<b>1,947</b>	<b>3,848</b>	<b>27.3%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>3,625</b>	<b>72.2%</b>	<b>43.4%</b>	<b>50.6%</b>	<b>100%</b>	

**REGIÓN II**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pol. Fed.	POBLACIÓN FUERO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Sinaloa		13	5,226	4,726	3	672	1,069	1,741	36.3%
Nayarit		20	1,192	2,110	1	292	224	516	24.5%
Durango		12	1,590	1,710	2	131	360	491	28.7%
Zacatecas		13	1,844	1,004	6	142	154	296	29.5%
<b>TOTAL</b>		<b>63</b>	<b>9,852</b>	<b>9,550</b>	<b>17</b>	<b>1,237</b>	<b>1,807</b>	<b>3,044</b>	<b>31.5%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>-102</b>	<b>23.0%</b>	<b>40.6%</b>	<b>59.4%</b>	<b>100%</b>	

**NÚMERO DE CENTROS, CAPACIDAD DE INTERNAMIENTO  
POBLACIÓN Y SOBREPoblación POR ENTIDAD FEDERATIVA, FUERO FEDERAL  
ENERO DE 1996**

**REGIÓN III**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN FUERO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Tamamipas		13	4,213	5,171	12	635	1,463	2,098	40.6%
Nuevo León		13	3,293	4,232	3	427	706	1,133	26.5%
Coahuila		9	1,994	2,333	7	466	500	966	40.5%
San Luis Potosí		14	1,582	1,630	3	133	331	464	28.1%
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>11,067</b>	<b>13,466</b>	<b>25</b>	<b>1,666</b>	<b>3,000</b>	<b>4,666</b>	<b>34.7%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>2,399</b>	<b>51.0%</b>	<b>35.7%</b>	<b>64.5%</b>	<b>100%</b>	

**REGIÓN IV**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN FUERO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Jalisco		32	6,543	4,571	3	1,103	1,232	2,335	52.2%
Guanajuato		19	2,935	2,252	11	187	490	677	30.1%
Colima		3	376	1,223	2	94	133	227	18.6%
Aguascalientes		2	639	553	2	36	67	103	18.5%
<b>TOTAL</b>		<b>56</b>	<b>10,493</b>	<b>8,604</b>	<b>18</b>	<b>1,420</b>	<b>1,972</b>	<b>3,392</b>	<b>39.4%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>-1,339</b>	<b>32.1%</b>	<b>41.9%</b>	<b>53.1%</b>	<b>100%</b>	

**NÚMERO DE CENTROS, CAPACIDAD DE INTERNAMIENTO  
POBLACIÓN Y SOBREPoblación POR ENTIDAD FEDERATIVA, PUERTO FEDERAL  
ENERO DE 1996**

**REGIÓN I**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN PUERTO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Distrito Federal		8	7,590	8,268	7	620	1,053	1,703	20.6%
Michoacán		23	3,737	4,244	13	657	501	1,153	27.3%
México		19	4,921	5,398	19	195	431	626	11.6%
Querétaro		6	964	769	1	29	69	93	12.9%
<b>TOTAL</b>		<b>56</b>	<b>17,212</b>	<b>18,639</b>	<b>40</b>	<b>1,501</b>	<b>2,039</b>	<b>3,590</b>	<b>19.2%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>1,477</b>	<b>71.4%</b>	<b>41.8%</b>	<b>58.2%</b>	<b>100%</b>	

**REGIÓN VI**

ENTIDAD FEDERATIVA	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN PUERTO FEDERAL			
						Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Veracruz		22	6,593	7,526	11	233	530	763	10.2%
Puebla		22	2,903	3,591	4	97	292	329	9.2%
Hidalgo		13	1,223	393	3	40	59	99	11.0%
Tlaxcala		2	633	475	2	37	22	59	12.4%
<b>TOTAL</b>		<b>64</b>	<b>11,412</b>	<b>12,490</b>	<b>20</b>	<b>412</b>	<b>843</b>	<b>1,255</b>	<b>10.0%</b>
			<b>Sobrepoblación</b>	<b>1,073</b>	<b>91.5%</b>	<b>32.8%</b>	<b>67.2%</b>	<b>100%</b>	

**NÚMERO DE CENTROS, CAPACIDAD DE INTERNAMIENTO  
POBLACIÓN Y SOBREPoblACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA, PUERTO FEDERAL  
ENERO DE 1996**

**REGIÓN VII**

CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN PUERTO FEDERAL			
					Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Oaxaca	23	3,439	3,242	14	235	419	704	21.7%
Guerrero	16	2,552	2,000	3	219	295	515	25.3%
Chiapas	23	2,526	2,462	7	164	249	413	16.3%
Morelos	9	2,451	1,934	5	133	201	334	16.3%
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>10,968</b>	<b>9,638</b>	<b>29</b>	<b>301</b>	<b>1,165</b>	<b>1,966</b>	<b>20.3%</b>
		<b>Sobrepoblación</b>	<b>-1,230</b>	<b>31.2%</b>	<b>40.7%</b>	<b>59.3%</b>	<b>100%</b>	

**REGIÓN VIII**

CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad Total de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pob. Fed.	POBLACIÓN PUERTO FEDERAL			
					Procesados	Sentenciados	Total	% Respecto a la Población Total
Tabasco	13	2,597	2,330	7	130	196	326	11.5%
Quintana Roo	4	1,232	805	1	127	145	272	39.3%
Campeche	2	1,465	961	1	47	151	198	20.6%
Yucatán	3	1,446	1,543	3	36	142	178	11.3%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>6,740</b>	<b>6,144</b>	<b>12</b>	<b>340</b>	<b>634</b>	<b>974</b>	<b>15.9%</b>
		<b>Sobrepoblación</b>	<b>-596</b>	<b>44.4%</b>	<b>34.5%</b>	<b>65.1%</b>	<b>100%</b>	

**CUADRO COMPARATIVO DE LAS REGIONES  
ENERO DE 1996**

REGION	CONCEPTO	Número de Centros	Capacidad de Internamiento	Población Total Penitenciaria	No. de Centros con Pab. Fed.
I		36	10,213	13,338	26
II		63	9,652	9,550	17
III		49	11,057	13,466	25
IV		56	10,443	3,604	13
V		56	17,212	13,639	40
VI		64	11,412	12,490	20
VII		76	10,963	9,683	29
VIII		27	6,740	6,144	12
<b>TOTAL*</b>		27	6,740	6,144	12

\* NOTA: No incluye Centros Federales.

#### 4.4. RIESGOS EPIDEMIOLOGICOS EN PRISIONES

Podríamos decir que la epidemia ocurre cuando una enfermedad se presenta en un lugar por arriba de los niveles esperados, arriba de lo esperado puede ser de un solo caso de una enfermedad que antes no existía en determinado lugar, por ejemplo: el cólera, el primer día que se detecto, el primer caso declaro estado de epidemia.

De este modo el doctor Gómez Dantes, Director de Investigación Epidemiología de la Secretaria de Salud, nos introduce en el tema de las enfermedades epidémicas, con una dicción pausada, exacta en los conceptos, agrega:

"Digamos que la visión tradicional de la epidemia se da como una explosión en el numero de casos de una enfermedad, en un lugar dado y en un tiempo bien definido. Aparentemente un brote aparece abruptamente y se da un numero fuera de lo normal, porque es una enfermedad nueva, que no se conocía o que hacia mucho tiempo que no se presentaba, también epidemia cuando una enfermedad que, más o menos esta presente en una comunidad o población, de repente se sale por arriba del rango que no puede considerar esperado. Esto se mide a partir de la información de datos previstos".

El Doctor Dantes precisa el concepto:

"Es una definición técnica derivada de las palabras demos, población, y epi, por encima; esto es, encima de la población, de tal manera que si una enfermedad rebasa lo esperado se puede considerar como epidemia".

Como jefe de la Dirección de Investigación nos habla un poco acerca de esta área:

"La dirección de investigación tiene un papel de apoyo para analizar la información que se genera en todo el país, pero tratando de enfocarnos no a los problemas cotidianos sino a algunos problemas que requieren de un análisis mas profundo, los trabajos que hacemos aquí son diversos".

"Uno que resulta de especial interés para la ciudad de México es el estudio que se hace sobre los efectos de la salud causados por los contaminantes, el estudio se hizo desde 1991 y se cerró en 1994, se analiza la información que se genera en los centros de salud, específicamente sobre los problemas respiratorios, es un estudio con diferentes componentes, uno es analizarlo en la población escolar, otro es sobre la morbilidad respiratoria, estamos próximos a dar algunos resultados en concreto.

"También aquí en la Secretaría se analiza la base de datos de la encuesta nacional de enfermedades crónicas, es una base de información a nivel nacional para saber el número que se tiene de problemas de hipertensión, problemas de adicción al alcohol y al tabaco, de lesiones renales, para ver como el patrón de causas por las que muere la población va cambiando, va de un perfil de enfermedad y muerte típicamente infecciosa hacia un perfil donde vemos que las enfermedades crónicas a edad adulta empiezan a figurar entre las primeras diez causas de muerte".

Al abundar sobre las enfermedades crónicas, considera que también estas se pueden tomar como epidemias, aunque de otra naturaleza si lo queremos ver así.

"Yo creo que ahora hay una epidemia de factores de riesgo, siempre disponiendo a enfermedades o a causas de muerte a la población, por ejemplo, podemos llamar epidemia al consumo del tabaco, porque se está dando con jóvenes; en las mujeres está aumentando enormemente el consumo de tabaco y a edades muy jóvenes, fenómeno que no se tenía con anterioridad".

¿Pero ese fenómeno se ha dado por contagio?

Claro que si, así como la típica epidemia esta causada por un germen aquí está causada por un agente tóxico, que es el tabaco, si hablamos de la epidemia del consumo de alcohol, tabaco o drogas, vemos que se refleja una cultura que no tiene prácticas de buena salud. Cada vez la población hace menos deporte, se queda más en actividades sedentarias y esto constituye una práctica de riesgo.

La medicina trabaja para prevenir, controlar o curar enfermedades. Un ideal sería la erradicación de todas ellas.

¿Esto es posible?

La verdad es que es deseable que pudiéramos estar en condiciones de erradicar, si no es que todas al menos muchas enfermedades, esto es imposible porque forma parte de un proceso biológico.

"En realidad la única que se ha erradicado es la viruela. Sin embargo, a pesar de que tenemos varias vacunas apenas se está logrando, por ejemplo, la erradicación de la polio en el mundo, en América ya no se notificado un solo caso de polio en cuatro años, pero falta mucho para decir que ya esta erradicada. Esta eliminada

pero no erradicada. Con eliminada queremos decir que existe el riesgo de que vuelva a aparecer".

Se ha erradicado la viruela, pero todavía se tiene guardado el virus que la produce.

¿Esto es bueno o es malo?

Bueno, no vamos a negar que existe. No se hasta que punto está guardado en laboratorios de alta seguridad, es más, de los últimos casos que hubo de viruela sólo fueron accidentes de laboratorio, por andar manejando el virus. Pero el riesgo de que aparezca creo que es nulo.

¿Qué pasa con la tuberculosis de alguna manera se tenía controlada y reaparece con fuerza?

Este es un fenómeno interesante que nos da un a enorme lección. Hemos pensado que con la tecnología moderna y todos los avances que ha habido en la ciencia van a desaparecer los problemas infecciosos. La verdad es que estos avances si han dado herramientas para controlar ciertas enfermedades, pero con el ejemplo de la tuberculosis sabemos que no debemos confiar en que la labor realizada haya eliminado el problema. Curiosamente aún tenemos rezagos en diagnósticos rápidos y sensibles para la tuberculosis, siendo la primera enfermedad que se identificó como causado por un agente infeccioso todavía tenemos técnicas que tardan mucho tiempo en dar resultado de su padecimiento, esto se debe a la naturaleza del mismo agente, fue de las primeras vacunas que se desarrollaron, la BCG, sin embargo la tuberculosis es una de las paradojas en la medicina.

"En el mundo industrializado el número de casos bajo, los estándares de vida fueron mejorando y la tuberculosis bajó

dramáticamente. Entre los países pobres sigue siendo un problema infeccioso en los países industrializados. Hay un problema extra. La tuberculosis se convierte en una enfermedad oportunista".

"También sucede lo mismo con el dengue y el paludismo. El paludismo casi estuvo a punto de ser eliminado de nuestro país. Se descuidó el Programa de Prevención y volvió a resurgir. Ahora ya está a punto de ser controlado nuevamente".

¿Que nos puede decir acerca del cólera?

-Yo creo que las condiciones estaban puestas. No es que uno pusiera el escenario para recibirlo, pero no podemos dejar de reconocer que hay muchas áreas en el país, que no tienen buenos servicios sanitarios; se descuidan los hábitos de higiene y el cuidado de los alimentos; siempre han sido de riesgo muchas prácticas de riego con aguas negras en zonas agrícolas. Cuando se reportó el cólera en Perú, México se preparó para controlarlo en la mejor manera posible. Se hicieron una serie de actividades, como la capacitación a médicos y la toma de medidas higiénicas. Se estuvo muy pendientes de ponerlo identificar en cuanto se presentara. En otras circunstancias el vibrión hubiera llegado, habría repartido la infección por todos lados y nos hubiéramos dado cuenta muy tarde cuando ya el problema estuviera muy extendido. La oportunidad de las acciones ha evitado que el cólera proliferara en mayor medida.

¿Cual es su opinión con respecto a la creación de una vacuna contra el SIDA?

Preguntamos finalmente.

Yo creo que la mejor vacuna es la educación. Eliminar ante todo las prácticas de riesgo. El desarrollo tecnológico para la

vacuna contra el SIDA creo que derivará en una vacuna cara, será barata para el individuo, porque las vacunas en este país son costeadas por el gobierno, pero será cara para la Secretaría, para dársela a todo el mundo. Además de que van a pasar varios años antes de que este disponible. Lo importante es estar enterado de los riesgos que implica el tomar prácticas que nos puedan contagiar, como el utilizar jeringas que no estén esterilizadas o el verse involucrado en relaciones sexuales con parejas que no sabemos si tienen la enfermedad. Asimismo, analizaremos las estadísticas de población penitenciaria por regiones, su capacidad, sobrepoblación y población según fuero, situación jurídica y sexo, por entidad federativa y centro.

# CONCLUSIONES

## Capítulo I

I. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA/VIH), constituye actualmente una de las más importantes enfermedades a nivel mundial, y que ha traído consigo repercusiones en todos los niveles de la sociedad. El estudio de sus orígenes, consecuencias y sobre todo una vacuna para la cura de este mal, se encuentran en investigaciones por médicos e investigadores a nivel internacional.

II. El período de incubación de esta enfermedad varía entre las personas infectadas por el VIH, puesto que cada uno de los seres humanos, poseemos una constitución genética diferente a los demás, por lo consiguiente, no todos tenemos las mismas defensas, para contrarrestar determinada enfermedad.

III. Se ha comprobado científicamente que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA/VIH), se puede transmitir por células infectadas que han entrado en el cuerpo humano y que puede ser por tres formas o vías:

- a. Por vía sexual.
- b. Por vía sanguínea.
- c. Por vía perinatal.

IV. Durante los próximos años la situación empeoraría. El número de personas infectadas por el VIH está aumentando, ya que la transmisión continua. La gran mayoría de las personas infectadas manifestarían el SIDA/VIH.

Tan pronto como se vio que el SIDA constituía un problema de salud mundial, la OMS (La Organización Mundial de la Salud), comenzó a estudiar el mejor modo de hacer frente a esta epidemia.

A principios de 1986, una vez confirmada la utilidad de un programa sobre el SIDA, se creó una pequeña unidad en la sede principal de la Organización en Ginebra.

En enero de 1987, el Consejo Ejecutivo de la OMS respaldó la prioridad otorgada por dicha organización a este problema de salud mundial aprobando la estrategia adoptada por el entonces llamado programa Especial sobre el SIDA, que se creó oficialmente el 1 de febrero de 1987, a fines de 1987 este programa paso a denominarse Programa Global sobre el SIDA. Sus metas, estrategia, actividades y organización operativa reflejan el conocimiento actual de la pandemia causada por el VIH y están dirigidas a reducir, y en última instancia a contener, la propagación de la enfermedad y a fomentar, reunir e intercambiar nueva información para conocer mejor la epidemia, predecir su curso con mayor precisión y contribuir al desarrollo y mejoramiento de nuevas formas de lucha contra ella.

## CONCLUSIONES

### Capítulo II

Así tenemos que nuestra Carta Magna nos da la garantía social al derecho a la protección de la salud, que tiene toda persona y que es de obligatoriedad para el gobierno en sus programas de salud.

En el ámbito laboral, no es necesario la adición de algún precepto específico respecto de las personas que padecen el virus o que ya hayan desarrollado el SIDA/VIH. Mientras el trabajador responda a sus actividades que le son encomendadas y para las cuales fue contratado, sería injusto que se le despidiera por una cuestión de perjuicios o por ser portador asintomático.

En esta rama del derecho penal tiene un papel importante ya que ha tratado de proteger a la sociedad, de los individuales o personas que tengan o porten la enfermedad del SIDA/VIH, lo cual a sabiendas de que tienen SIDA contagian a otras personas poniendo sus vidas en peligro, por medio de relaciones sexuales u otro medio transmisible, de esta manera se tratará de dar una protección más a fin de que este mal no siga fluyendo más a nuestra sociedad.

El Sector Salud por medio de la Ley General de Salud a jugado un papel preponderante a fin de prevenir, tener cuidados y sobre todo dar la información necesaria a la sociedad para que tome conciencia en la vida sexual de las personas y no sea esto un tabú para discriminación de los que padecen esta terrible enfermedad del siglo XX.

## CONCLUSIONES

### Capítulo III

La sociedad en general debe ser más humana, pues sólo a través de ello podría lograrse un ambiente cordial que permitiera dar a conocer los problemas y las soluciones, pudiendo de este modo tener una participación activa por parte de la misma y, por ende un resultado satisfactorio tanto para la propia sociedad en su conjunto, como para las personas que padecen la enfermedad, sintiéndose éstos últimos como parte integral de aquélla y no como un estorbo o una cosa.

La cultura es la base primordial para solucionar cualquier problema, pues es a través de ella que un pueblo puede forjar costumbres y educar de manera libre y aceptada a los miembros que la integran.

México ha sido un pueblo envuelto de tabúes que no permite que su gente se desenvuelva libremente en el tema de la sexualidad. La moral y los prejuicios rigen en gran medida el mundo que nos rodea. Es por ello que los temas en torno al SIDA/VIH requieren de un conocimiento previo por lo menos en educación sexual, de lo contrario se estaría frente a la imposibilidad de dar a entender lo que se trata de explicar o; por el contrario entender de manera equívoca lo que se ha explicado.

Los problemas del SIDA/VIH no sólo son problemas de salud pública como pretenden verse, también son problemas y con repercusión económica, social y cultural.

Económicamente, el SIDA/VIH es una de las enfermedades más caras para la sanidad pública, dado a los costos de los medicamentos que necesitan los infectados, los largos periodos de hospitalización requeridos y la complejidad de las llamadas "enfermedades oportunistas" que suelen acompañar la evolución del SIDA.

Los derechos humanos son el aspecto esencial del individuo que le permiten desenvolverse en el entorno en el que vive, si estos vedados o limitados entonces ¿Qué caso tendría permanecer en un estado donde los mismos no se le toman en cuenta por ser un portador del VIH o haber desarrollado la enfermedad?, definitivamente en cualquier momento de nuestra vida debe prevalecer la dignidad humana y con ello el respeto de los derechos de los que somos poseedores. "El ser humano vale por lo que es por lo que sabe y no lo es menos por padecer un mal como lo es el SIDA/VIH."

## CONCLUSIONES

### Capítulo IV

Es importante resaltar que es necesario que las autoridades de los Centros de Readaptación Social asuman su autoridad, sin delegar en custodios o en comandantes, las funciones de mantener el orden y la seguridad en el interior de los centros penitenciarios del país.

Es una prioridad que todos los internos enfermos con el SIDA/VIH, cuenten con una atención y ayuda más eficaz, humanitaria y profesional, para abatir las condiciones precarias en las que se encuentran actualmente.

Es de vital importancia reactivar con recursos humanos y financieros el "Centro Médico de Reclusorios del D.F." una obra que tiene una gran infraestructura y que debe ser aprovechada para beneficio de los internos y sobre todo de aquellos reclusos que padecen el mal del siglo que es el SIDA/VIH, por lo tanto este hospital penitenciario no debe ser un elefante blanco, si no un hospital de gran nivel para beneficios de la comunidad interna de los Centros de Readaptación Social.

Se debe considerar en los reglamentos de los Centros de Readaptación Social del Distrito Federal y a nivel federal, la atención a enfermos de SIDA y así tener un mejor control de los enfermos y evitar así los riesgos epidemiológicos en las prisiones.

Se deben de construir nuevos centros de Readaptación Social para evitar la sobrepoblación y el hacinamiento ya que de estos desprenden las enfermedades, la homosexualidad entre los internos,

la lucha entre internos por el control de la cárcel y el intento masivo por fugarse de la prisión.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Resumen Analítico de la Legislación Mexicana Vigente Relativa al VHI/SIDA. Comité de Aspectos Jurídicos de Conasida 1991.
- 2) Sida Ciencia y Sociedad en México.  
Jaime Sepulveda Amor 1989.  
Fondo de Cultura Aconómiva  
Secretaría de Salud.  
Instituto Nacional de Salud Pública.
- 3) Cosntitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 4) Código Penal.
- 5) Codigo Civil.
- 6) Ley Federal del Trabajo.
- 7) Memorias del I Congreso Mundial de Ciencias Forenses.
- 8) Ley General de Salud.
- 9) Diccionario Jurídico Mexicano.  
Instituto de Investigaciones de  
Ciencias Jurídicas - UNAM  
Editorial Porrúa.
- 10) Código Penal Anotado.  
Carranza y Trujillo, Raúl y Carranza  
y Rivas, Raúl.  
Editorial Porrúa.
- 11) Manual de Prisiones. La Pena y la Prisión.  
Dr. Sergio García Ramírez.  
Editorial Porrúa.  
México 1980.
- 12) Legislación Penitenciaria y Correccional Comentada.  
Dr. Sergio García Ramírez.  
Cardenas.  
México 1978.

Fondo de Cultura Aconómiva  
Secretaría de Salud.  
Instituto Nacional de Salud Pública.

- 3) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 4) Código Penal.
- 5) Código Civil.
- 6) Ley Federal del Trabajo.
- 7) Memorias del I Congreso Mundial de Ciencias Forenses.
- 8) Ley General de Salud.
- 9) Diccionario Jurídico Mexicano.  
Instituto de Investigaciones de  
Ciencias Jurídicas - UNAM  
Editorial Porrúa.
- 10) Código Penal Anotado.  
Carranza y Trujillo, Raúl y Carranza  
y Rivas, Raúl.  
Editorial Porrúa.
- 11) Manual de Prisiones. La Pena y la Prisión.  
Dr. Sergio García Ramírez.  
Editorial Porrúa.  
México 1980.
- 12) Legislación Penitenciaria y Correccional Comentada.  
Dr. Sergio García Ramírez.  
Cardenas.  
México 1978.
- 13) Derecho Penitenciario. Carcel y Penas en México.  
Carranza y Trujillo, Raúl y Carranza  
y Rivas, Raúl.  
Editorial Porrúa.
- 14) Lineamientos Elementales del Derecho Penal.  
Fernando Castellanos.  
Editorial Porrúa.  
México 1980.

- 15) La Moderna Penología.  
Cuello Calón Eugenio.  
Bouch, Barcelona 1958.
- 16) Nuevos Hallazgos sobre la Infección del (VIH) y el control de la expresión vírica.  
W.A. Hasaltine.  
R. Najera Morrandó.  
Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. N. 30
- 17) Factores de Riesgo para transmisión heterosexual del VIH del varón a la mujer.  
(Estudio Multicéntrico) (España).  
V. Zunzunegui.  
J. Casabona.  
J. Laguna et al  
E. García puente.  
Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. No. 8
- 18) Estimación del Período de Incubación del Sida en drogadictos por vía intravenosa:  
comparación con los varones homosexuales.  
Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. No. 80
- 19) Enfermedades de Transmisión sexual en la era del Sida.  
P. J. Hitehock.  
J.N. Wasserheit.  
J.R. Harris et al  
R. Ortíz de Lejaran.  
Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. N. 120.