

456



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

295787

EL SIDA:
UN PELIGRO DE CONTAGIO.

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
SANDRA XOCHITL SEGOVIA MORALES.

ASESOR:
LIC. GUADALUPE DURÁN ALVARADO.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CON AGRADECIMIENTO:

A MIS PADRES, **Angela Morales Carmona y Gerardo Segovia**, por enseñarme a vivir con equilibrio, por su comprensión, apoyo y amor que me han brindado en el transcurso de mi vida, ya que éste logro se los debo a ustedes y lo considero como mi mejor herencia, los amo y les estaré siempre agradecida. A ustedes les debo todo lo que soy.

A MI HERMANO, el **Ing. César Segovia Morales**, por su cariño y apoyo que siempre ha tenido para mí.

A **toda mi familia** que es tan extensa.

SEÑOR:

En los momentos difíciles de mi vida he creído que me abandonas, sin embargo, la culminación del presente trabajo, sólo se ha logrado por el infinito amor que me has dado durante toda mi vida.

Con fe para ti.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la Facultad de Derecho de la **ENEP Aragón**, por abrirme sus puertas para estudiar en ella.

A la **Lic. Guadalupe Duran Alvarado**, mi asesora, que gracias a sus conocimientos y experiencia pude terminar el presente trabajo.

A todos y cada uno de **MIS AMIGOS**, en especial a **Nicanor Zarco Gutiérrez**, por estar siempre conmigo y darme esas palabras de aliento que siempre se necesitan para salir de los malos momentos, y por compartir mis éxitos y alegrías.

INDICE

Pag

Introducción	2
--------------------	---

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 El primer indicio de una enfermedad desconocida	12
1.2 Primeras hipótesis de la causa	16
1.3 Nomenclatura	32
1.4 ¿Qué es un virus?	36

CAPITULO II

EL SIDA UNA PREOCUPACION ACTUAL.

2.1 Concepto del S.I.D.A.	41
2.2 Formas de transmisión del VIH	50
2.3 Factores de riesgo para la infección	61
2.4 Grupos de alto riesgo	65
2.5 Pruebas para determinar la infección del S.I.D.A	70

CAPITULO III

EL SIDA Y SU PREVENCION

3.1 Programas preventivos	76
---------------------------------	----

3.2	Prevención y manejo de las principales infecciones oportunistas	81
3.3	Evaluación de intervenciones y programas preventivos ...	92

CAPITULO IV

EL SIDA EN LATINOAMERICA.

4.1	El estado actual de la epidemia en Latinoamérica y estadísticas	102
4.2	Algunos países en particular	116
4.3	Como puede un país latinoamericano abordar el problema del SIDA	125
4.4	Implicaciones económicas de la epidemia del VIH	127

CAPITULO V

EL SIDA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

5.1	Delitos de daño y peligro	131
5.2	Artículo 199 Bis del CPDF	136
5.3	Tipificación del delito	142
5.4	El contagio venéreo en la doctrina	148
5.5	Culpabilidad y punibilidad del delito de peligro de contagio	149
5.6	Denuncia y querrela en el peligro de contagio	155

CAPITULO VI

LESIONES CAUSADAS POR EL CONTAGIO DEL VIH

6.1	La adecuación teorico-penal de las lesiones causadas por la infección del VIH	162
6.2	Las lesiones conferidas por el VIH	169
6.3	Contagio del VIH ¿Lesión u Homicidio?	173

CAPITULO VII

LA TENTATIVA EN EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO

7.1	La tentativa	178
7.2	La tentativa por lesión de contagio	180
7.3	Exclusión del contagio de SIDA como tentativa de homicidio	182
7.4	El contagio consumado por la infección del SIDA	185

CONCLUSIONES	192
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	196
---------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En el DERECHO PENAL hay dos bienes jurídicos que son considerados de la mayor importancia, por que de ellos depende la existencia de otros. El primero, por automasia, es la VIDA, ya que si no existe ésta no pueden darse los demás bienes. La SALUD es el otro bien de elevada jerarquía, ya que uno depende del otro, porque sin vida no puede haber salud y sin salud no puede haber vida.

Es notable el esfuerzo que ha hecho el legislador para protegerlos, como lo observamos en el CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, en el Título Séptimo, Capítulo I, Libro Segundo, el cual contiene los delitos contra la salud (narcotráfico) y en el Capítulo Duodécimo del mismo, donde se encuentran los delitos contra la vida y la integridad corporal (lesiones, etc.). En ambos trata de cuidar genéricamente la salud, por lo que es importante destacar que toda alteración de la salud es, en principio, un delito.

Una enfermedad es una alteración más o menos grave, permanente o transitoria que afecta el organismo humano, por lo que va a lesionar el bien jurídico que se protege que es, precisamente, la salud incluyendo la integridad física y psíquica de la persona.

Así tenemos en primer lugar la fórmula que define las lesiones (toda alteración de la salud), en segundo término tenemos una serie de delitos (contra la salud) que tutela y protegen el bien jurídico de la puesta en peligro y, en tercer lugar hay que mencionar delitos específicos de peligro, como el de contagio de ciertas enfermedades.

En la actualidad existe un padecimiento o enfermedad que se identifica como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) que es una enfermedad causada por un Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y fue identificado casi contemporáneamente por científicos norteamericanos del Center For Disease Control en Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América (organismo de salud pública responsable de la

investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras), cuyos síntomas principales son: la pérdida injustificada de peso, inflamación de las glándulas linfáticas excesiva fatiga y diarrea; teniendo un periodo de incubación de cinco años y no es, por sí misma una enfermedad mortal, sino el efecto que produce, de evitar el funcionamiento de los mecanismos orgánicos de defensa y de inmunidad, convierte en vulnerable el cuerpo humano a enfermedades y procesos infecciosos, por lo que el enfermo representa un caso de difícil manejo terapéutico.

Se ha estimado, que sólo en los Estados Unidos de América más de un millón de personas han sido contagiadas por el virus lo que significa que un 10% de ellos desarrollará el padecimiento. La razón por la que unos se ven afectados y otros no, a pesar de haber sido contagiados, todavía no se ha esclarecido, pero aún así, el elevado índice de casos mortales hasta la fecha, por falta de tratamientos o vacunas idóneas, hace de esto un problema social grave.

No es mi intención plantear en esta tesis los interesantísimos problemas y cuestiones que, desde el punto de vista médico, sugiere el padecimiento. Ello rebasa, con mucho, mis conocimientos y capacidades, y debe ser motivo de análisis por quienes se ocupan de tales temas.

Sin embargo, no debe dejarse de lado el problema social, y en especial el relacionado con el Derecho Penal, que el SIDA conlleva, ya que con la información que los diferentes medios de información han proporcionado, sé esta presentando un cambio de mentalidad en muchas personas respecto del modo socialmente adecuado a tratar a ciertos grupos y, para percibir, también, que si es posible que el Código Penal, tal como ahora lo tenemos, puede regular el contagio de SIDA, afrontando en ocasiones problemas reales de afectación a bienes jurídicos que son plenamente reconocidos y aceptados como merecedores de tutela, pero que por las actuales limitaciones de las pruebas, en el procedimiento penal no se puede llegar a una sentencia favorable para la víctima.

Lo anterior significa que debe, en primer lugar, verse el problema social que el SIDA representa, y en segundo lugar, plantear como puede el Derecho Penal ayudar a resolver, dentro de su marco especial de orientación de las conductas, las facetas penales que se originan. Lo que vincula al SIDA con las cuestiones penales, desde el punto de vista sociológico, es el caso de los grupos llamados de "alto riesgo" en los que el padecimiento se ha manifestado con mayor severidad y sus especiales comportamientos. Estos grupos son, esencialmente, los homosexuales, bisexuales, drogadictos y hemofílicos.

La aparición del SIDA produjo un nuevo fenómeno social, ya que a esos grupos de alto riesgo, excluidos los hemofílicos, antes se les toleraba o aceptaba y, en cierta medida, de haber sido reprimidos, empezaron a ser incluidos en todo tipo de reuniones sociales, sin especiales restricciones provenientes de sus peculiares comportamientos sexuales. En cambio ahora son rechazados no sólo por la sociedad que, mayoritariamente, es diferente a ellos, sino dentro de los

grupos que ellos mismos integran se presentan posiciones de rechazo y exclusión.

Ante este fenómeno reconocido y aceptado, debemos estudiar si el Derecho Penal tiene capacidad para orientar y reprimir, en su caso, las conductas que se presentan vinculadas con el SIDA. Hay que ratificar que el derecho penal no sólo protege y tutela la salud, sino que igual ocurre con la simple exposición de peligro. Esto es claro, atendiendo a la amplia posición recogida por nuestra ley, que sanciona todas las agresiones a la salud, la tentativa de ellas y, en cierta medida, la sola exposición al peligro. Por otra parte es indispensable aceptar y entender que el Derecho Penal no es ni debe ser totalmente represivo, sino que debe ser un instrumento orientador de las conductas individuales.

Además de que el Estado tiene la obligación de aportar todos los medios y esfuerzos necesarios para conservar y mejorar las condiciones de salud de las personas, por que ello permite un mejor desarrollo de la sociedad. La salud le debe interesar desde el aspecto

amplio y desde el restringido; esto significa que es importante para toda sociedad como conjunto y, además, individualmente, porque es obvio y evidente que la salud colectiva dependa de la salud individual.

Hay ciertos tipos de padecimientos que afectan de forma grave la salud personal y, además, implican un riesgo social por la dificultad para la prevención y la curación. Entre estos padecimientos, pienso que está el SIDA que es, hasta la fecha, incurable, una vez que se desarrolla en el organismo contagiado. Los medios perfectamente conocidos de transmisión del padecimiento son el contacto sexual y el empleo de los mismos utensilios para la aplicación de drogas por vía intravenosa, ambos son controlables con la abstención de los comportamientos idóneos para el contagio. La ley debe de motivar la abstención usando a la norma penal como instrumento de orientación y motivación de las conductas individuales.

Este es el conjunto de razonamientos en los que apoyo esta Tesis. Sin embargo, es indispensable, conocer

si los textos aplicables que protegen la salud pública y la salud individual, tal como existen actualmente, son o no suficientes para enfrentar el nuevo problema causado por el SIDA. Desde una perspectiva puramente legislativa, los fundamentos para sostener si el Código Penal permite o impide la aplicación de tipos penales para regular el contagio del SIDA es: el tipo de peligro de contagio que protege la simple exposición del peligro del bien jurídico que hemos denominado salud; el Título Séptimo de del Libro Segundo del mismo, se ocupa de proteger a la salud, haciéndolo en sus dos diferentes capítulos, en el primero están incluidos todos los actos punibles relacionados con estupefacientes y psicotrópicos. El capítulo II es el que nos interesa y responde al rubro "Del peligro de contagio", me refiero al artículo 199 Bis, que dice:

"El que ha sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será

sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

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

Cuando se trate de cónyuges, concubinas o concubinarios, podrá sólo por querrela del ofendido”.

El Título Decimonoveno, Capítulo I del Libro Segundo del mismo ordenamiento, que bajo el rubro genérico de “Delitos contra la vida y la integridad corporal” y el específico de “Lesiones”, dice que:

“Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

CAPITULO I

“PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA”

1.1 EL PRIMER INDICIO DE UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad sobre la cual no se sabe exactamente cual es el origen geográfico del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Los primeros casos de la enfermedad seguramente ocurrieron hace ya algunas décadas y es probable que los médicos que veían entonces un caso de SIDA quedaran perplejos ante la gravedad y las extrañas características del cuadro. Como se trataban de casos aislados, no encontraban relación alguna con otros padecimientos y menos sospechaban el estar frente a una enfermedad nueva.

Hacia 1980, los médicos se dieron cuenta de que varios de sus pacientes estaban infectados con una enfermedad que les pareció "nueva". Nueva porque aparentemente nunca se había visto y para comprenderla

debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología clásicas.

Esta enfermedad no había sido prevista por ningún método médico y era realmente desconcertante para los médicos ver que los pacientes morían afectados a pesar de proporcionarles los tratamientos que ellos consideraban adecuados.

En 1979, en Los Angeles, el doctor Joel Weisman había observado entre sus pacientes el incremento de los casos del síndrome monocleico, el cual presenta síntomas de adelgazamiento, diarreas, lapsos febriles y tumefacciones linfáticas. Los enfermos eran hombres jóvenes que pertenecían al movimiento gay, que entonces estaban en plena expansión en las ciudades de California. Era evidente que el origen del cuadro clínico era una falla en el sistema inmunológico. Dos de esos pacientes, en tratamiento desde el otoño de 1980, iban de mal en peor, uno perdía peso y empezó a tener dificultades respiratorias, por lo que fue trasladado a la clínica de la escuela de medicina de la UCLA (Universidad

de California de los Angeles) donde el doctor Michael Gottlieb relacionó el caso con otro de sus pacientes atendido en diciembre de 1980, el cual presentaba síntomas similares con una importante disminución en los linfocitos T. En mayo de 1981, el número de pacientes similares hospitalizados en Los Angeles y estudiados con precisión científica pasó a cinco, lo cual dio una señal de alarma¹.

El 5 de junio de 1981, se notifica oficialmente la aparición del SIDA, en el boletín semanal del Center for Disease Control (agencia epidemiológica federal) de Atlanta, Georgia, dando la descripción de cinco casos graves de neumonía (*Pneumocystis Carinii*)² en hombres jóvenes homosexuales observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de los Angeles. Un mes después se reportaron varios casos de Sarcoma de Kaposi³ asociados también a una neumonía en hombres homosexuales en la ciudad de Nueva York. Lo

¹ GRMEK, Mircko. "Historia del SIDA". Ed. Siglo XXI. México 1992 pp. 25 - 27

² Protozooario que parásita los pulmones y como resultado dificulta mucho la respiración.

³ Cáncer causado por el virus del herpes que se presenta en la piel.

extraño de todos estos casos es que éste virus o bacteria sólo afectaba a personas con deficiencias en el sistema inmunológico; por lo que el elemento común entre los individuos afectados era su homosexualidad. La aparición de otras enfermedades (oportunistas) y cánceres en estos pacientes hizo pensar en un nuevo factor de inmunodeficiencia.

Fueron los primeros casos de identificación de la enfermedad. De los ocho primeros homosexuales neoyorquinos afectados por ese Sarcoma, en marzo de 1985 ya habían fallecido cuatro. Para mediados de 1982, se tenía la fuerte sospecha de que la causa de inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales.

Entre 1982 y 1983 se sospecho que este virus también se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, drogadictos, intravenosos y receptores de transfusiones; Los casos de infecciones en recién nacidos confirmaron la transmisión de tipo perinatal. De pronto se tuvo

conciencia de que el SIDA podía afectar a personas cuyos estilos de vida no se consideraran aberrantes.

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 linfadenoterapia⁴ (LAV, siglas en inglés). A finales de 1983 se habían reportado 3000 casos en el ámbito mundial.

1.2 PRIMERAS HIPÓTESIS DE LA CAUSA.

Son varias las hipótesis que se han formulado para detectar el origen del virus del SIDA, unas con más credibilidad que otras, sin embargo son tres las hipótesis más importantes que se han estado manejando para -----

⁴ LINFADENOTERAPIA proviene de linfadenopatía. Término médico para los ganglios linfáticos hinchados en algunas personas por el VIH, aparece una situación que se conoce como linfadenopatía persistente que da lugar a hinchazón generalizada de los ganglios linfáticos. Enciclopedia Médica Familiar, México, 1993. p. 1050.

explicar la procedencia de dicho virus, y, para un mayor entendimiento se han dividido en teorías que son:

a) TEORIA DE LAS CUATRO HACHES.

Por el humor negro de los epidemiólogos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al SIDA, "el club de las cuatro H": Homosexuales, Heroinómanos, Haitianos y Hemofílicos, algunos ponían en quinto lugar a las "Hookers" (prostitutas). Para no inquietar a la sociedad no se incluyeron a dos grupos inocentes: los receptores de transfusiones y los recién nacidos infectados durante su vida intrauterina.

Respecto al grupo de los Hemofílicos, cabe destacar que el virus pudo haberse propagado por falta de higiene, pues no se tenía el cuidado de tomar las medidas oportunas para controlar la sangre destinada a este fin y a la fabricación de hemoderivados o componentes. Es necesario hacer notar que en algunas zonas de África se comercializaba la sangre sin la higiene

adecuada, sin embargo la industria desconocía, al igual que la mayoría de las personas en el año de 1981 la existencia del SIDA, por lo que sin saberlo se pudo haber distribuido los hemoderivados y con ellos el virus del SIDA⁵.

Los Heroinómanos, contraían el virus por vía intravenosa con el uso de la misma aguja en un grupo determinado para inyectarse droga, y, el contacto directo con la sangre facilitaba la transmisión del virus de un individuo a otro. Se ha descubierto que el virus permanece en la aguja hipodérmica guardando la temperatura idónea para la conservación del mismo.

Se consideró a los Haitianos dentro de este grupo porque durante mucho tiempo esta región se consideraba el paraíso gay. Era allí donde las relaciones entre los homosexuales y la drogadicción se daba con frecuencia; sin embargo, no se puede considerar a esta zona como de riesgo, pues el virus se encontraba detectado en personas

⁵ SANCHEZ OCAÑA, Ramón. "Ante el SIDA ¿Qué puedo hacer?". Ed. Planeta. México 1992. p.p. 31-32.

perfectamente determinadas, por ende Haití no debe considerarse como una región creadora del virus. Es posible que se halla dado la transmisión del virus de Haití hacia Nueva York, pues en esta ciudad la prostitución era una práctica característica y en ella habitaban bastantes haitianos⁶.

La última hipótesis conocida como "El cáncer rosa", hace referencia a los homosexuales, ya que en un principio se pensó que el SIDA era una enfermedad exclusiva de éstos, al grado que se le llegó a conocer como "GRID" (Gay Related Inmunodeficiency: Inmunodeficiencia relacionada con los gay, lo anterior hacía suponer que ciertas costumbres particulares de los homosexuales podían ser la causa inminente del Gay-Sida.

En 1982 se sospechaba que un producto tóxico utilizado particularmente por los homosexuales podía ser el origen de la pandemia. Ese producto era una sustancia química denominada nitrito de butilo, cuyas propiedades dilataban los vasos sanguíneos y facilitaban las prácticas

⁶ Idem.

sexuales entre los homosexuales⁷. Desde principios de los años '70 se creía que este medicamento tenía ciertas virtudes afrodisiacas que explicaban su uso entre los homosexuales. Jaime Sepúlveda opina que: "el producto posee ciertas propiedades de relajamiento de las fibras musculares lisas y que, por consiguiente, permite ciertas prácticas sexuales (en particular anales) que de otra manera resultarían imposibles"⁸. Tal situación provocó que se experimentara con ratas de laboratorio sometiéndolas a una dieta olfativa de poppers, teniendo como resultado comprobado la negativa de dicha hipótesis, así se desechara la idea de que dicha sustancia ocasionaba tantos problemas. Inmediatamente después surgió una segunda hipótesis, probablemente más factible que la anterior: La promiscuidad⁹.

La promiscuidad era un factor que se presentaba muy a menudo en los grupos homosexuales, por lo que con frecuencia contraían diversas enfermedades en los ---

⁷ LEIBOWICH, Jackes. "Un virus extraño que viene de lejos". México 1992. p. 26

⁸ SEPULVEDA Amor, Jaime. "El Sida en preguntas". México 1987. p. 22-23

⁹ Fenómeno que se da entre las personas que mantienen relaciones sexuales con otras varias. Diccionario de la Real Academia Española. 21ª ed., Madrid, España. 1992. p.118

contactos íntimos como: enfermedades venéreas, el herpes, hepatitis, citomegalovirus y algunas otras patológicas; de allí que se pensara que el esperma se convirtiera en un agente del surmenaje¹⁰ inmunitario.

Se realizaron nuevamente experimentos con ratas de laboratorio, a las cuales se les inyectó esperma de homosexuales y no homosexuales, con el fin de verificar si el virus se alojaba allí y era la única causa que originaba la enfermedad. A la par del experimento de julio-agosto de 1982, se anuncia que diferentes sujetos que habían recibido transfusiones sanguíneas estaban enfermos de SIDA o eran portadores del Virus, por lo que en ese momento se descartó tal hipótesis. Y es precisamente con esto con lo que se derrumba el mito de que sólo los homosexuales estaban expuestos a contagiarse de la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Después de los informes que reportaban los primeros casos de SIDA, la enfermedad comenzó a detectarse en emigrantes de Haití que no eran

¹⁰ Agotamiento producido por exceso de cansancio.

homosexuales y entre adictos a las drogas, pero al mismo tiempo se daban a conocer los primeros casos en pacientes hemofílicos que habían recibido transfusiones de sangre, en mujeres y hombres adictos a la heroína, en niños hemofílicos, en un lactante al cual le hicieron una transfusión sanguínea al nacer y en un heterosexual que fue sometido a una transfusión en Haití. Así es como se llega a la conclusión de que los homosexuales no eran las únicas víctimas.

b) TEORÍA CIENTÍFICO EXPERIMENTAL.

La ciencia médica también ha tratado de buscar el origen de lo que conocemos como SIDA. Diversos laboratorios médicos han hecho investigaciones importantes, por lo que sólo mencionaremos los más sobresalientes.

El Laboratorio de Kenya (África), maneja la tesis que parece predominar en el origen de la infección, la cual tiene como base las transfusiones sanguíneas realizadas a seres humanos procedentes de monos y

chimpancés, realizadas entre 1920 y 1960 con fines experimentales y científicos¹¹.

Según informes del Instituto de Investigación Médica de Nairobi (Kenya), fueron al menos 34 personas las que recibieron sangre de 17 chimpancés, durante los experimentos que se realizaron para intentar descubrir si los parásitos de la malaria en la sangre de los animales infectarían a los humanos. Mientras tanto otros 33 individuos recibieron sangre de personas a las que se les había hecho una transfusión con sangre de chimpancé, el objetivo era averiguar si la malaria de tales animales era similar a algunas de las formas conocidas de los humanos. Así, si la sangre inoculada¹² contenía virus similares al VIS (Virus de inmunodeficiencia de los Simios), entonces desaparecidas las barreras entre la especie humana y la de los monos, podría haberse producido una evolución sorprendente y desconocida de

¹¹ DE VEGA Ruiz, José. "Tratamiento jurídico del SIDA". Ed. Colex. Madrid, 1992 p. 15

¹² Inoculada proviene de inocular, que significa: introducir por medio artificial un virus en el organismo. Diccionario Enciclopédico Universo. 5ª Edición. México 1984. p.578.

esos tipos de sangre, como resultado del experimento surgieron posteriormente numerosos casos de SIDA.

EL Instituto Luis Pasteur (Paris), manejó el hecho de que en algunas personas el virus se transmitiera via hemática y en otras por via sexual, esto hacia pensar a los científicos que el agente responsable del síndrome era infeccioso y de una estructura muy pequeña que escapaba de los filtros bacterianos. A partir de las premisas anteriores un equipo de virólogos comienza a hacer las investigaciones necesarias para tratar de hallar al posible agente infeccioso. Aproximadamente dos años después de las primeras descripciones de la enfermedad, los científicos anunciaron el aislamiento de un virus en el ganglio de un joven con el riesgo de padecer SIDA. Este virus poseía anticuerpos frente a las células del sistema inmunitario, capaz de producir cáncer y otros trastornos del sistema inguinario de los animales, así que nace la teoría de que un retrovirus era el responsable de la enfermedad.

En el Laboratorio Militar de E.U., existe un edificio en el que se desarrollaban las armas biológicas del ejército estadounidense hasta que fueron prohibidas en los años '70¹³ (estas mismas instalaciones se utilizan hoy en día para encontrar antidotos frente a esos tipos de armas y también vacunas contra enfermedades peligrosas e infecciosas).

En septiembre de 1977 un grupo de ingenieros genéticos realizó un arriesgado experimento que posteriormente sería un arma biológica de las más devastadoras que existieren. Bajo estrictas medidas de seguridad, se implantó una partícula del genoma del virus de leucemia humana, en el virus VISNA, específico de las ovejas. El resultado fue la creación del virus del SIDA, aunque en esos momentos no se conocía el peligro de la enfermedad. Posteriormente se incluyó el desconocido microorganismo en seres humanos. "Los voluntarios" eran presos, casi todos condenados a cadena perpetua, quienes a cambio de arriesgar su cuerpo en el experimento saldrían libres si sobrevivían. El virus del

¹³ Revista Especial. "muy interesante". México, Núm. 10, 1994. p. 78-82

SIDA actúa de una manera muy lenta, por lo que tarda en presentarse los efectos en el organismo contagiado, siendo así que después de varios meses de someter a los presos a observación fueron puestos en libertad con la idea de que no se había provocado ninguna reacción. Cuando los científicos del USAMRID (United States Army Medical Research Institute of Infectious Disease: Instituto de Investigación Médica para Enfermedades Infecciosas del Ejército de los Estados Unidos) se dieron cuenta de que todos, incluidos ellos mismos, estaban sentenciados a muerte, ya fue demasiado tarde. La enfermedad había traspasado el umbral del Laboratorio de Alta Seguridad y el virus se estaba propagando por todo el mundo.

Hoy se sabe que esta historia fue divulgada durante la guerra fría por la KGB soviética, con el fin de obstaculizar el programa de investigación militar estadounidense. Sin embargo la versión oficial que se dio a conocer fue que jamás el virus de SIDA se fabricó en ese laboratorio.

A pesar de lo anterior, cualquier científico rechaza la teoría, añadiendo que de haberse creado el virus en el laboratorio, se tendría a la vez las condiciones ideales para controlar la enfermedad¹⁴.

c) TEORÍA AFRICANA.

En esta teoría se manejan diferentes puntos de vista como son:

1. - Es probable que el virus sea de origen africano, pues es precisamente en Zaire en donde el sarcoma de kaposi se estaba presentado con mayor frecuencia. Aunque era una enfermedad conocida y de las más antiguas de ese lugar y zonas aledañas, podría ser la clave del desencadenamiento de una enfermedad cuya dimensión debía ser conocida e investigada por los virólogos de esas áreas. El fenómeno fue suficiente para comenzar la investigación, como resultado de ésta se aislaron dos Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH1), estos también son capaces de producir inmunodeficiencia

¹⁴ SANCHEZ OCAÑA, Ramón, Ob. Cit. p. 26

en los monos, conocido con el nombre de Virus de Inmunodeficiencia Simia (VIS). EL mono verde perteneciente a la región africana esta adaptado a este tipo de virus sin que este le desarrolle la enfermedad; sin embargo, en el marco Asiático sí se desarrolla la enfermedad, siendo esta muy parecida a la inmunodeficiencia humana, pero identificándose como el VIH2¹⁵.

De ser cierta la hipótesis anterior, nos preguntamos ¿Cómo se transmitió al hombre?. En el año de 1959, en una muestra de sangre congelada obtenida en el Centro África, en la región del Sahara, se había encontrado el virus como una mutación de otro muy parecido, el cual era el causante de la deficiencia inmunológica en los monos. De esta forma, se ha tratado de explicar el surgimiento de la epidemia actual como resultado de una mutación del llamado virus de inmunodeficiencia simia.

¹⁵ GALLO, Roberto. et. al. "El origen del virus del SIDA". Ed. Prensa Científica. México 1991. p. 53 - 58

La opinión del Dr. Gallo y del Dr. Luc. Montaigner después de haber realizado estudios por separado respecto del virus, uno en Estados Unidos y otro en París respectivamente, coinciden en este supuesto, ambos sostienen que el Virus de Inmunodeficiencia Humana ya existía en el hombre pero que había sufrido una especie de mutación, es decir, el virus podía haber estado aletargado, como si se tratará de lo que hoy conocemos como Complejo Relacionado con el SIDA o CRS (son todas aquellas enfermedades relacionadas con un enfermo de SIDA en su fase terminal, verbigracia sarcoma de kaposi, la neumonía, etc.) siendo, de esta manera, una forma muy leve de la enfermedad.

2. - La zoofilia pudo haber sido un factor determinante para contraer el virus. Desde tiempos remotos y en otras latitudes el medio de obtener satisfacción sexual humana usando otras especies es común. En nuestro medio, esta práctica se da en aquellas circunstancias y lugares en que la posibilidad del sexo entre humanos no existe o se dificulta en extremo, por lo

que el objeto sexual se desvía hacia los animales¹⁶. Si bien la sexualidad puede acarrear ciertos peligros y accidentes, no lo es menos el peligro que estriba en las condiciones adversas al medio ambiente (falta de higiene, infecciones, etc.)

Las relaciones sexuales, como veremos en su oportunidad, son un medio de transmisión del virus. Sin embargo, no hay certeza en que esta hipótesis sea la adecuada en cuanto a credibilidad y propagación del virus.

3. - El último punto se refiere a la cuestión Carnívora, se dice que:

El virus de inmunodeficiencia de simia infecta a los monos verdes de África pero sin provocarles la enfermedad, tal y como lo mencionamos con anterioridad, en cambio, cuando se inocula el virus a los macacos aparece el SIDA cinco meses después de la inoculación¹⁷.

¹⁶ RULLAN Cordova, Francisco. "La sexualidad en el adulto". Revista de Información Científica y Cultural, CIENCIAS DE LA SALUD. Villahermosa, Tabasco. Núm. 34, Ene-Abr, 1993. p.27.

¹⁷ SEPULVEDA AMOR, Jaime. Ob. Cit. p. 164.

Para el grupo de virólogos de Max Essex ese virus podía ser el origen de la enfermedad en los humanos y su explicación es que: los nativos comen carne de mono, al destazar la carne, podía tener lugar una cortadura con un instrumento punzo cortante y producirse la contaminación a través de la sangre infectando de esta forma al hombre¹⁸.

Sin fundamento científico dicen que el virus pudo provenir del ganado porcino contaminado procedente de Cuba a partir de 1975¹⁹. Dadas sus condiciones de alimentación, de higiene y de vida, estos pudieron haber contraído un virus "X" que desarrollaron ampliamente. Se piensa que el ganado enfermo se puso a la venta y que a través del consumo de la carne de cerdo pudo haberse transmitido.

Como podemos observar, no hay uniformidad de criterios en cuanto a la aparición de la enfermedad que hoy se conoce como SIDA. Son mucho los supuestos y

¹⁸ Idem.

¹⁹ LEIBOWITCH, Jackes. Ob. Cit. p.p. 114-115.

además, no se circunscriben a una sola zona geográfica ni a un modo de transmisión concreto.

En lo particular coincido con la opinión del Dr. Gallo, ya que es muy coherente pensar que el virus pudo permanecer aletargado por varios años en el ser humano y con el paso del tiempo sufrir ciertas mutaciones y, así, originarse el VIH como lo conocemos hoy en día y consecuentemente el SIDA. Ahora bien, si el virus se encuentra dentro del organismo humano ¿Cómo comenzó a propagarse? Pudo haber sido a través de los contactos sexuales donde se tienen intercambios de ciertos fluidos corporales que son donde se aloja con una mayor facilidad el virus y las transfusiones sanguíneas.

1.3 NOMENCLATURA.

Al igual que con enfermedades anteriores, las primeras denominaciones de la enfermedad no duraron, ya que solo hacían mención al grupo que se creía que era

el principal origen de la enfermedad; por lo que se consideraban demasiado restrictivas, como: "neumonía gay", "cáncer gay", GRID (Gay-Related Inmune Deficiency) o "gay compromise syndrome".

Más que un nombre que se le haya dado, se decidió bautizarla con una sigla: **A.I.D.S.** (que al principio significaba Acquired Inmune Deficiency Syndrome y después fue considerada más bien como una abreviatura de Acquired Inmunodeficiency Syndrome) El uso oficial de esa sigla se inició en el verano de 1982 y se extendió rápidamente gracias a los informes del CDC (Centers for Disease Control). Aunque no se sabe con exactitud quien fue el que sugirió esa denominación, se cree que fue inventada por Don Armstrong, epidemiólogo neoyorquino, mientras que otros sostienen que fue propuesta por Bruce Voeller, en aquel entonces bioquímico del Rockefeller Institute²⁰.

Cuando se creó la acepción de AIDS nadie podía manejarla por sus cualidades fonéticas ni por su malea --

²⁰ GRMEK, Mircko. Ob. Cit. p. 64.

bilidad lingüística, por lo que su adopción fuera del inglés causo problemas. En Francia y en los países de lengua española se creó una sigla análoga: **SIDA**, análoga de AIDS, que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (o Síndrome de Inmuno-Depresión Adquirida). Su adopción en la lengua hablada y escrita fue progresiva: S.I.D.A. - SIDA - SIDA - SIDA.

La adopción del nombre es ya definitiva. Sin embargo, fue fijado demasiado pronto y la evolución de los conocimientos lo ha vuelto impropio. Los términos AIDS y SIDA designan expresamente un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas que constituye una individualidad clínica pero no el origen de la misma, por lo que aplicado a una enfermedad en sentido propio, ese nombre no es correcto, ya que en el momento de su creación todavía no-se tenía la certeza del origen causal de la enfermedad.

Según la definición dada a comienzos de 1983 por el CDC y adoptada después por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA se caracteriza por la

aparición de un síndrome tumoral o de las manifestaciones infecciosas calificadas como oportunistas. Se trata pues esencialmente de un concepto clínico.

Es también por esa razón que ha habido que inventar otras designaciones para estados patológicos, cuyo nexo causal con el SIDA se sospecha, pero cuya descripción clínica no concordaba con la definición inicial. Esas formas clínicas recibieron diversos nombres: ARC (AIDS- Related Complex), LAS (Lymphadenopathy Syndrome), PGL (Persistent Generalized Lymphadenopathy). SAS (Signes Associes au SIDA), pre-sida. para-sida, etc. La situación cambia radicalmente cuando se demostró que el SIDA en cuanto estado clínico era resultado de la acción de un virus específico.

Según la nueva definición, el SIDA es un estado patológico debido a la infección por el virus VIH (virus de inmunodeficiencia humana). La infección sidosa puede manifestarse por un espectro muy amplio de estados

clínicos, que va desde los estados asintomáticos y las formas menores hasta el SIDA declarado²¹.

1.4 ¿QUÉ ES UN VIRUS?

El término virus, que en latín significa jugo, humor o más a menudo veneno, se empleaba en el s. XX para designar cualquier materia susceptible de multiplicarse en un organismo y enfermarlo.

Antes de poder formular un concepto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es necesario tener conocimiento del agente causal, que en este caso es un VIRUS.

En los confines del mundo microscópico, donde se encuentran los límites entre lo vivo y lo inanimado, existen estructuras conocidas como virus. Son pequeñísimos en comparación a las bacterias, siendo invisibles al microscopio ordinario, ya que miden menos

²¹ Ibidem. p.66

de 0.2 micras, es el microorganismo más pequeño que se conoce.

El virus es una cápsula de proteína que contiene material genético, es un microorganismo intracelular obligado, pues requiere del aparato genético de su huésped para reproducirse, matando a la célula en el proceso o transformándola en una célula cancerosa. Los ácidos nucleicos de los virus pueden ser de uno o dos filamentos, y pueden ser ADN o ARN.

Los virus son causantes de enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales, algunos virus causan enfermedad y luego aparentan desaparecer, permaneciendo latentes para después manifestarse otra vez, casi siempre en forma más severa. Debe tenerse en mente que un mismo virus puede provocar diversas enfermedades en huéspedes distintos, es decir, un virus con determinadas características puede presentar un mal diferente según cada tipo de organismo, puede tener efectos distintos aunque el virus llegara a ser el mismo.

El ser humano esta dotado de un sistema, llamado sistema inmunológico, que tiene la función de proporcionar de una manera natural defensas necesarias para combatir el cuerpo extraño que se encuentra dentro del organismo.

Los mecanismos de defensa frente al virus se encuentran en el sistema inmunológico que brinda protección al organismo mediante dos mecanismos diferentes:

- 1) Un mecanismo innato o inespecífico
- 2) Otro adquirido, altamente específico.

Los mecanismos inespecíficos actúan como primera barrera de defensa contra los agentes agresores del medio ambiente, con lo que previenen el desarrollo de enfermedades infecciosas o tóxicas, cuando fallan, entran en acción los mecanismos específicos altamente selectivos para cada agente, al que recuerdan para que, ante una futura re-exposición a dicho agente, la

respuesta sea más enérgica y eficiente. Estos mecanismos son absolutamente naturales, es decir, se encuentran afuera y adentro del cuerpo para hacer frente y prevenir el desarrollo de enfermedades.

De toda una serie de investigaciones se desprende que los virus solos, en estado aislado, no son capaces de ninguna actividad vital, pero por otra parte, pueden reproducirse como seres vivos si se hallan en contacto con células vivas apropiadas. Los virus no tienen vida autónoma, pero sin embargo están vivos, puesto que expresan su vida, la reproducción controlada de sí mismos, mediante el uso de un aparato celular extraño a ellos ²².

²² GRMEK, Mircko, ob.cit. p.87

CAPITULO II

**“EL SIDA UNA PREOCUPACIÓN
ACTUAL”**

2.1 CONCEPTO DE S.I.D.A.

SIDA son las siglas del SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, una enfermedad hasta ahora incurable, progresiva y mortal.

Para entender mejor en que consiste este mal, es necesario comprender primero otros conceptos.

El SIDA es una enfermedad transmisible de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) y daño de diversos órganos debido a la acción del virus.

El virus del SIDA ataca directamente al sistema inmunológico²³ dejando prácticamente sin ningún tipo de ---

²³ Es el sistema de defensa del cuerpo contra organismos que le son extraños y dañinos esta compuesto por diferentes tipos de células llamadas linfocitos, de estas destacan las CD4 que son las que dirigen la defensa, enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar el agente dañino llamado antígeno.

defensa al organismo conforme va avanzando dicho padecimiento; a éste se le conoce con el nombre de VIH²⁴ (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y por ser el primero de una estirpe de virus que produce inmunodeficiencia, también se le conoce con el nombre de VIH1.

EL VIH es un microorganismo, que pertenece a una familia de virus llamadas retrovirus²⁵, que poseen características únicas, que cuando penetra en el ser humano, puede permanecer estático sin producir síntomas por largo tiempo, es decir, éste permanece de una forma asintomática, porque la persona es portadora del virus, pero carece de síntomas y, aparentemente tiene buena salud. El VIH esta presente en algunas células de su organismo pero no esta activo, por lo que se llama portador

²⁴ Este virus ataca directamente a las células CD4 introduciendo en ellas su código genético. Así las obliga a reproducir el virus en lugar de células CD4, al tiempo que las aniquila.

²⁵ Virus que poseen la cualidad de transformar su ARN en ADN para de esta manera transmitir su código genético a la célula infectada y lograr así que cuando la célula intente reproducirse, en realidad produzca retrovirus. En la naturaleza es común ver como el ADN se transforma en ARN. Pero no al contrario, por eso este tipo de virus al poseer esa cualidad de realizar este proceso al revés se llaman retrovirus.

asintomático y puede permanecer así por largo tiempo, quizá diez o más años, o evolucionar hacia otras fases de la infección por el virus; pero una vez que se manifiesta daña los mecanismos de defensa del cuerpo humano que combaten las enfermedades, así, la persona infectada queda expuesta a contraer y desarrollar infecciones muy variadas que persisten por mayor tiempo que el establecido. Para que el VIH pueda sobrevivir, las estrategias fundamentales son dos:

- a) La adaptabilidad genética y;
- b) La habilidad para transmitirse a otros huéspedes²⁶.

Se establece el diagnóstico del SIDA en el momento que el colapso del sistema inmunológico es de tal severidad que el individuo se encuentra incapacitado para defenderse de diversos microorganismos (infecciones oportunistas) y ---

²⁶ GARAU, Javier y MARTINEZ, Joaquin. "El SIDA". ed. Emeka. España 1990. p.p. 26-27 -

células tumorales responsables de su muerte. El organismo se encuentra indefenso y el virus encuentra la oportunidad de multiplicarse velozmente por esa inmunodepresión, provocando así una enfermedad, es decir, el SIDA es una enfermedad que se caracteriza por la aparición de cierto número de enfermedades conocidas, como ya se dijo, (oportunistas): Neumocystis Carinii, Toxoplasma, Sarcoma de Kaposi, infecciones vírales como el citomegalovirus, candidiasis, etc., cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza. Por lo tanto, implica una deficiencia en la inmunidad de tipo celular, sin que exista causa anterior conocida, es decir, es adquirida.

Con base en esto los enfermos pueden presentar los siguientes cuadros clínicos:

1) Enfermedad Constitucional: pérdida de peso grave e inexplicable, diarrea crónica, candidiasis oral, etc.

2) Síndromes Neurológicos: cuadros neurológicos atribuibles a la infección del tejido nervioso por el VIH o la inmunodeficiencia.

3) Infecciones oportunistas: infecciones secundarias por diversos gérmenes.

4) Neoplasias secundarias: como el Sarcoma de Kaposi y la aparición de tumores.

Debe hacerse referencia a que el virus del SIDA es un virus extraordinariamente cambiante, en particular, en el ámbito de su envoltura, donde puede detectarse diferencias de hasta un 30% entre los virus obtenidos de personas distintas y hasta un 10% entre los virus obtenidos de un mismo individuo con algunos meses de diferencia. Esto explica, en parte, la dificultad que tiene el sistema inmunológico para eliminarlo y los problemas que existen para crear una vacuna, debido a que constantemente el virus cambia su estructura y esto ha impedido a los

científicos el encontrar una solución a la enfermedad de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En la etapa actual de la pandemia²⁷ del VIH, la forma asintomática es mucho más común; pero la infección puede progresar y dar lugar a una serie de manifestaciones clínicas, como las enfermedades oportunistas conocidas como Complejo relacionado con SIDA²⁸.

Para comprender lo que es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida necesitamos definir todas y cada una de las palabras que componen el nombre con el que se conoce esta enfermedad.

SÍNDROME: Conjunto de síntomas, indicios, signos, señales, manifestaciones que aparecen de manera simultánea, independientemente de las causas, que los -----

²⁷ Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española. 21ª. Ed. Madrid, España. 1992 p. 1074.

²⁸ NACIONES UNIDAS. "Informe de una consulta internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos". Ginebra 26-28 julio de 1989. Ed. Naciones Unidas. N.Y. 1991. p.55

producen y que ayudan a identificar un padecimiento. Es decir, un Síndrome es un conjunto de manifestaciones que pueden deberse a varias causas.

INMUNODEFICIENCIA: Disminución o deterioro de la capacidad del organismo para defenderse de los microorganismos que la atacan, incluye la incapacidad de eliminar células cancerosas o extrañas. También se le llama inmunosupresión. Puede ser heredada o adquirida.

ADQUIRIDA: Obtención de algo. Hablando del SIDA significa que la infección se transmite de una persona a otra por mecanismos diferentes a los de la herencia, y que no se presenta como una consecuencia natural del envejecimiento.

En resumen podemos decir que Síndrome es el conjunto de síntomas que se presentan independientemente de las causas que lo provoque. En el caso del SIDA, en realidad hablamos de un conjunto de síndromes, como el síndrome de insuficiencia respiratoria, síndrome de mala

absorción intestinal, síndrome meníngeo y otros más, habitualmente con el predominio de uno de ellos. Inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos. Adquirida significa que no se transmite por herencia, no es congénita y tampoco aparece por el envejecimiento, sino que se obtiene por alguna de las formas de transmisión (vía sanguínea, sexual y perinatal).

Este virus puede penetrar en el organismo por los mecanismos antes señalados, atacando a un grupo de células llamadas CD4, las cuales tienen como misión precisamente organizar la defensa del organismo contra invasión de cualquier antígeno, el virus las parasita utilizando para ello la transcriptasa inversa, lo que le permite transcribir su código genético, contenido en su ARN, al ADN de la célula, obligándola de esta manera que en lugar de reproducirse a sí misma reproduzca al virus. A su vez estos virus nuevos, llamados "viriones", atacan más células, repitiéndose el ciclo hasta que el número de células

CD4 baja tanto que hace muy difícil o imposible la defensa contra otros invasores.

Esto provoca la aparición de nuevas enfermedades llamadas "infecciones oportunistas", muchas de las cuales, en condiciones normales, conviven sin peligro con el organismo humano en el que se hospedan; pero aprovechan la oportunidad provocada por la destrucción de las defensas para aparecer como enfermedades graves incluso llevan al paciente a la muerte.

En estricto sentido el SIDA es el último estadio de la enfermedad por la infección con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), en el que aparece una serie de infecciones en los pulmones, cerebro, ojos y otros órganos, pérdida de peso, diarrea, y un tipo de cáncer llamado Sarcoma de Kaposi.

De acuerdo con la publicación oficial publicada por los CDC de Estados Unidos, una persona recibe un diagnóstico de SIDA cuando tiene una cuenta de CD4 menor

de 200 o cuando aparecen ciertas enfermedades oportunistas.

Actualmente se considera de gran importancia la cuantificación de la carga viral como un indicador de avance y pronóstico de la enfermedad, así como para el control y administración de tratamientos. Entre la transmisión y el desarrollo de la enfermedad pueden transcurrir más de 10 años; el promedio de vida para una persona con diagnóstico de SIDA es de 2 años.

2.2 FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

Las enfermedades transmisibles son las que mayores estragos han causado a la humanidad, tanto por las muertes que han provocado como por la frecuencia con que estas ocurren entre la población joven.

Se puede decir que el control de las enfermedades infecciosas ha sido el mayor logro de la medicina contemporánea, pero en toda regla existe una excepción como lo es en este caso el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Esta enfermedad infecciosa y mortal no ha permitido encontrar un remedio debido a que el agente causa en cuestión tiene una estructura cambiante, o sea que se modifica continuamente, lo que hace muy difícil encontrar una cura para el SIDA. Es un mal básicamente transmisible por contacto directo de una persona a otra.

Desde que se reportaron los primeros casos de VIH, existió la sospecha de que se trataba de una enfermedad transmisible, y para comprobarlo era necesario aislar el agente. En 1983 el equipo del Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de Francia, logro aislar al agente causal. Un año después, el Dr. Robert Gallo y sus investigadores del Instituto Nacional de Cáncer en los Estados Unidos, aislaron el virus con las mismas características, a partir de pacientes con SIDA o en riesgo de adquirirlo, comprobándose posteriormente que se trataba del mismo

agente, al que se le denomino Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH es un virus transmisible por fluidos humanos vitales y por elementos por él contaminados, cuando estos alcanzan el torrente sanguíneo. Técnicamente, no esta determinado que cantidad de liquido es necesaria para la infección, pero por el tamaño del virus el número suficiente podría estar contenido en una sola gota, lo cual multiplica las posibilidades de transmisión.²⁹

Los mecanismos científicamente admitidos por medio de los cuales se transmite el SIDA son los siguientes³⁰:

A)El Contacto Sexual: tanto homosexual como heterosexual (de hombre a mujer, de mujer a hombre, de hombre a hombre, de mujer a mujer).

²⁹ PUCCINELLI, Oscar Raúl. "Derechos Humanos y SIDA". ed. Depalma, Buenos aires 1995. T.I. p. 29.

³⁰ Conasida. "Preguntas y Respuestas sobre SIDA". México, D.F., 1994, p.p.9-10

B) El Sanguíneo: transfusión de sangre y hemoderivados.

C) El Perinatal: ocurre durante el embarazo, el parto, el postparto, a través de la leche materna.

Hasta la fecha, no hay pruebas de infección del virus del SIDA por contacto social o casual, o saludar con las manos; no se transmite en las actividades diarias usuales. El virus no puede contraerse tocando objetos utilizados por una persona infectada: copas, cubiertos, ropa, toallas, asientos de sanitarios, perillas de puertas. El VHI es un virus muy frágil y no tolera el calor.

A continuación veremos separadamente cada forma de contagio.

EL CONTACTO SEXUAL

Durante el acto sexual, habitualmente se transfieren líquidos corporales y se intercambian

numerosos microorganismo. Dependiendo del contacto sexual de que se trate, los líquidos corporales que se transfieren son:

- Semen
- Secreciones cervicales
- Secreciones vaginales
- Sangre
- Moco rectal

Hay que dejar claro que hay varias formas de tener contacto sexual como son³¹:

1. - SEXO ANAL: es la relación sexual en que el pene penetra a través del ano de una mujer o de un hombre.

2. - SEXO ORAL: relación sexual en la que interviene la lengua o la boca de una persona, en la vagina, el pene, o el ano de otra. Aunque el sexo oral se considera de bajo riesgo para contraer el VIH, gracias a que la saliva

³¹ Amigos contra el SIDA. "SIDA HOY". México D.F. 1997. p. 310

contiene una enzima³² llamada lisozima que en condiciones de laboratorio ha demostrado inactivar al VIH, ya que sería necesario que hubiera lesiones importantes en la lengua y en la región de la otra persona con la que se tiene contacto oral, en cambio si es de alto riesgo para encontrar otras infecciones como el herpes y la hepatitis.

3. - SEXO VAGINAL: es la relación sexual en que el pene penetra en la vagina.

En los contactos heterosexuales cuando el infectado es el hombre, el contagio de su pareja sexual ocurre al entrar en contacto los exudados sexuales de la uretra y de la próstata y las secreciones de la vesícula seminal con la vagina, las mucosas intestinales o las bucales de la otra persona, se hallen o no en perfecto estado. Cuando la portadora es la mujer, los virus alojados en las secreciones vaginales penetran en el pene no solo por

³² Proteína capaz de inducir cambios en otras sustancias y que interviene directamente en los procesos de metabolismo, acelerándolos o retrasándolos.

sino también, por efecto de la descamación del frote de la relación, por los vasos capilares, que se hallan dilatados durante la erección. También puede ocurrir el contagio, como en el caso anterior, por el contacto de estas secreciones con otras mucosas, como las bucales.

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.

El modo de transmisión más eficaz es la transfusión de sangre completa, la utilización de la perfusión³³ de productos sanguíneos concentrados (hemoderivados), los cortes o los pinchazos con elementos impregnados con sangre contaminada constituyen las principales fuentes de contagio por esta vía.

No solo la sangre entera transmite el VIH, ya que este también se haya en los componentes celulares sanguíneos, el plasma y los factores de coagulación. Esto resalta la gravedad de del problema, dado que puede ocurrir

³³ Circulación artificial en un órgano de un fluido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel.

que para su fabricación se utilice sangre extraída de infectados o sus derivados sin que la presencia del virus sea detectada en los análisis.

Este mecanismo de transmisión no sexual ha infectado principalmente a las personas hemofílicas, pues son estas quienes constantemente necesitan de la sangre y/o sus componentes para su sobrevivencia.

También se encuadra en este rubro a las personas que hacen uso de drogas a través de la vía intravenosa, ya que el virus se aloja en las agujas hipodérmicas o jeringas inadecuadamente esterilizadas y son de uso común (D.O.F. 17 - feb - 1994).

Al igual se incluyen los trasplantes de órganos y tejidos contaminados. Dado que los trasplantes de órganos son cirugías, necesariamente se ve involucrado en este medio la sangre, ya sea por lo que respecta a las transfusiones sanguíneas o por los instrumentos punzo cortantes.

TRANSMISIÓN POR VÍA PERINATAL.

Dado que el SIDA no es hereditario, el VIH puede transmitirse durante el embarazo, el parto y aun después, mediante la lactancia natural.

La mujer embarazada portadora del VIH, generalmente lo transmite al feto antes de nacer a través de la placenta o bien durante el parto, ya que este se ve expuesto a una cantidad considerable de sangre y secreciones maternas, habiendo así contacto directo con el virus. También puede transmitirlo después de su nacimiento en el momento de amamantarlo, pues la leche materna es considerada como un líquido corporal que contiene anticuerpos y que son transmitidos directamente durante la lactancia.

Si bien no se conoce con exactitud la distribución de la tasa de infección entre la gestación, el parto y la lactancia, hay consenso generalizado en que la mayoría de los niños infectados por el VIH contraen la enfermedad en

el momento del nacimiento o próximo a él, lo cual se debería a diferentes factores, como el estado inmunológico y clínico de la madre, la integridad de la barrera placentaria y los títulos bajos de los anticuerpos maternos.

Otro factor de riesgo para la transmisión lo constituye la práctica de cesáreas, especialmente por el fluido de sangre en la intervención no es posible, por el momento, eliminar el contagio³⁴.

En el siguiente cuadro se verá de una forma más sencilla y resumida las causas de transmisión del VIH.

³⁴ PUCCINELLI, Oscar Raúl. Ob. Cit. p.p. 37-39

TRANSMISION DEL VIH
(VIRUS CAUSANTE DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA)
CAUSANTE DEL SIDA

<p style="text-align: center;">EL VIH SE TRANSMITE UNICAMENTE POR:</p>	<p style="text-align: center;">EL VIH NO SE TRANSMITE POR :</p>
<p>Tener relaciones sexuales con una persona infectada con VIH/SIDA sin la protección de un condón de látex.</p>	<p>Picaduras de insectos.</p>
<p>Recibir sangre y sus derivados u órganos de una persona con VIH/SIDA, incluyendo el uso compartido de jeringas no esterilizadas.</p>	<p>El uso de instalaciones sanitarias como albercas, baños, restaurantes y otros lugares públicos.</p>
<p>De una mujer embarazada con VIH/SIDA a su hijo, durante la gestación, en el momento del parto o al amamantarlo.</p>	<p>Saludar, besar o tener cualquier otro contacto casual con personas con VIH/SIDA</p>

2.3 FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCION.

La determinación de programas preventivos se basa en la identificación de factores que están asociados con un riesgo aumentado para adquirir la infección por VIH. Cuando estos factores que aumentan la probabilidad de transmisión son modificables, entonces se pueden ejecutar y evaluar programas para prevenir la adquisición de la infección.

En el caso de la infección por VIH, la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir la infección. En otras vías de transmisión como la perinatal, los programas de selección de donadores sanguíneos, prohibición de comercio de la sangre, han resultado ser un éxito para controlar la transmisión por vía sanguínea, hasta el grado de que los casos de transmisión por vía sanguínea se han reducido considerablemente.

Más que el comportamiento biológico del virus, las fuentes de infección y las vías de transmisión son los factores más importantes para la propagación de la infección. Entonces, si la infección se concentra en ciertos grupos sociales, la dinámica de la epidemia depende de la forma como interactúan estos grupos. De tal forma que los factores de comportamiento y los grupos sociales serían elementos en la propagación de la epidemia mucho más importantes que los factores biológicos del virus. Para que los programas preventivos alcancen a estos grupos, es necesario identificarlos. Se han reconocido los grupos sociales y prácticas de riesgo investigando como se propaga la epidemia por VIH en usuarios de drogas intravenosas y hombres que practican sexo con otros hombres.

En el desarrollo de cualquier enfermedad es el resultado de la interacción de tres factores o elementos:

- a) El agente causal.
- b) El paciente.
- c) El medio ambiente.

EL AGENTE CAUSAL

Que en este caso se trata de un virus que se immortaliza en las células que infecta del paciente y, que puede permanecer en estado de latencia o activarse por factores aun no totalmente definidos.

FACTORES DEL PACIENTE O DEL HUÉSPED.

Se llama huésped al sujeto de una infección. Hay cuando menos dos elementos que condicionan a que una persona se infecte:

- a) El riesgo relativo a la exposición con el virus.

- b) La susceptibilidad individual, por ejemplo: El riesgo de adquirir el VIH por transmisión sexual depende directamente del grado de promiscuidad y de la frecuencia de infección que tengan los sujetos con los que sostienen relaciones.

FACTORES AMBIENTALES.

Estos pueden influir en la susceptibilidad del individuo para resultar infectado de VIH. Aunque inicialmente limitada a ciertas zonas geográficas en la actualidad esta infección es prácticamente mundial.

La influencia más importante de los factores ambientales se ejerce sobre las manifestaciones de la enfermedad, una vez que existe daño significativo en el sistema inmunológico.

Existen diferencias importantes entre las características de los pacientes de sociedades desarrolladas, como serian los Estados Unidos y Europa, y los pacientes de países subdesarrollados como los africanos y los latinoamericanos. Aun dentro del mismo país, existen manifestaciones distintas de acuerdo al grupo social, por ejemplo las manifestaciones de pacientes homosexuales son distintas a los que utilizan la droga por vía intravenosa.

2.4 GRUPOS DE ALTO RIESGO.

Toda la población esta en riesgo de infectarse con el VIH y esto depende de las actividades que realicen, sin embargo hay un grupo que es más propenso a infectarse en un tanto por ciento mayor que los demás y para determinar quien es hay que clasificar la población en cuatro grupos, según la dinámica de la transmisión del VIH (D.O.F. 17 - feb - 1994):

a) Aquellos que realizan prácticas de alto riesgo son:

- Hombres y mujeres con varios compañeros sexuales independientemente de su preferencia,

- Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual, ya que son más vulnerables.

- Compañeros sexuales de:

- Personas con SIDA.
- Personas que a su vez tengan varios compañeros sexuales.
- Personas que hayan sufrido transfusiones entre 1980 y 1987.
- Usuarios de drogas intravenosas y
- Hemofílicos.

b) Usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.

c) Aquellos expuestos a situaciones de alto riesgo:

- Hemofílicos y personas que sufrieron transfusiones entre 1980 y 1987.
- Personas que hayan tenido necesidad de una transfusión 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 el VIH.

d) Quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo:

- Personal del sector salud o personas que atienden a pacientes con VIH y que presentan cortaduras, punciones accidentales 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 esta propensa a adquirir la infección del VIH.

Pero ¿qué se entiende por factor de riesgo? Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la posibilidad para que una persona adquiera o transmita el virus en cuestión. Para fines prácticos dividámoslas en actividades de riesgo y situaciones de riesgo:

1. - ACTIVIDAD (vía sanguínea)

- Homosexual
- Bisexual
- Heterosexual
- Prostitución
- Drogadicción intravenosa
- Personas que vendieron o adquirieron sangre entre 1980 y 1987

2. - SITUACION

- Hemotransfundidos (después de 1980)
- Hemofilias.
- Hijo de madre infectada

Nadie esta exento de contraer el virus provocado por el SIDA, sin embargo, hay factores de riesgo o prácticas de riesgo que determinan a un grupo especifico.

A) La promiscuidad sexual es uno de los factores de riesgo más constantes pues al aumentar el número de compañeros sexuales, se incrementa la posibilidad de contraer el virus, tal y como se explico en su oportunidad.

B) Por su parte, las relaciones sexuales anónimas como lo es el caso de la prostitución, son una de las prácticas que presentan, 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.

C) La existencia de heridas provocadas por instrumentos estimulantes sustitutos de cualesquiera de los órganos genitales del hombre o de la mujer o ulceras

genitales debido a alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), aumenta las posibilidades de riesgo.

D) El intercambio de líquidos corporales como lo es el semen y/o las secreciones vaginales en las relaciones sexuales, facilita la incorporación del virus en el organismo humano.

2.5 PRUEBAS PARA DETERMINAR LA INFECCIÓN DEL SIDA.

La prueba de detección, es un método para determinar la existencia de algo. En el caso del SIDA, es el procedimiento de laboratorio para precisar si existen anticuerpos al VIH. Estas deberán realizarse de manera voluntaria, anónima y los resultados de las mismas deben ser manejadas con absoluta discreción.

El VIH ha sido aislado en numerosos fluidos del organismo humano, la mayor concentración se encuentra en la sangre, el semen, y las secreciones vaginales y cervicales; y es menor en la leche materna, las lagrimas, la saliva, el líquido cefalorraquídeo, el calostro, la orina, la médula ósea, los módulos linfáticos, la epidermis y el tejido cerebral, en ese orden. Los especialistas han coincidido que solo en los tres primeros de esos fluidos aparece una concentración del VIH que puede resultar infecciosa, pero al estar presente en los cuatro últimos hay un riesgo cierto de transmisión por transplantes.

Para reconocer su presencia en el hombre se cuenta con dos tipos de métodos: los directos y los indirectos.

Los directos consisten en análisis bioquímicos que reconocen el virus y que tiene, por tanto, la ventaja de detectar la infección inmediatamente producida. El único problema que presentan es su elevadísimo costo, que hace impracticable su utilización, por lo cual comúnmente se recurre a los métodos indirectos, que pueden referirse a

análisis tanto a sustancias sobre sustancias como a indagaciones orales o escritas y a diagnósticos realizados a partir de síntomas físicos.

Los análisis bioquímicos indirectos tienen la particularidad de que no detectan el virus, sino los anticuerpos anti-VIH, producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la invasión viral³⁵.

Primero se efectúa la prueba llamada ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay por su sigla en inglés, que significan ensayo inmuno enzimático absorbente), es la más utilizada por su sencillez y bajo costo. Estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus o protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o algunos de sus antígenos.

Consiste en mostrar por una reacción coloreada, la

³⁵ PUCCINELLI, Oscar Raúl. Ob. Cit. p. 19.

presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH.

En el caso del SIDA es empleada para detectar anticuerpos contra el VIH. Consiste en una serie de reacciones entre un anticuerpo y su antígeno, cuyo producto final proporciona una reacción de color, en caso de resultar positiva debe hacerse una confirmatoria llamada WESTERN BLOT. Su adecuación para la detección de anticuerpos VIH2 fue perfeccionada y comercializada a partir de 1986.

La prueba WESTERN BLOT es la prueba confirmatoria de la presencia en la sangre de anticuerpos de VIH, se emplea después de que una prueba de ELISA ha dado resultado positivo. Es más confiable que aquella, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra uno que detecta la de ELISA, pero es más difícil y costosa.

La desventaja de este sistema radica en la falta de certeza, en especial porque el virus, persiste durante un

tiempo, generalmente hasta seis meses, en las células sin que el organismo reconozca y sin que sea posible, por medio de pruebas conocidas de alta sensibilidad y especificidad, como la prueba de ELISA, determina su presencia en este periodo determinado como "ventana" o "window period".

Sin embargo puede ocurrir que personas infectadas se vuelvan seropositivas (persona portadoras solo del virus, pero todavía no infectadas en sus células), ya sea en forma: a) definitiva, por hallarse el enfermo en fase terminal, cuando el sistema inmunológico no produce más anticuerpos; o b) transitoria, como ocurre si se efectúa el análisis citado y se produce el fenómeno antígeno (virus) - anticuerpo, que tiene lugar cuando estos se unen en un momento en que el virus comienza a multiplicarse, sin dejar anticuerpos libres para su detección, con lo cual las reacciones ELISA o WESTERN BLOT pueden arrojar un resultado negativo o indeterminado³⁶.

³⁶ Idem

CAPITULO III

“EL SIDA Y SU PREVENCIÓN.”

3.1 PROGRAMAS PREVENTIVOS.

La tarea más importante es la de reducir el impacto del SIDA en áreas ya afectadas y prevenir su propagación a nuevas regiones; en éstas es donde deberían de concentrarse los mayores esfuerzos.

Hay dos niveles de prevención, el primero se enfoca a la prevención de nuevas enfermedades y el segundo en reducir la vulnerabilidad y la mortalidad una vez que se presenta la infección.

La prevención primaria se enfoca en:

- 1.- La reducción de la ocurrencia de nuevas infecciones.
- 2.- La eliminación de productos sanguíneos infectados.
- 3.- El tratamiento antiviral para mujeres infectadas embarazadas.

- 4.- Programas de conducta para reducir prácticas de riesgo.
- 5.- Uso constante de condones.
- 6.- El control de enfermedades de transmisión sexual son programas reconocidos para prevenir la ocurrencia de nuevas infecciones y controlar la infección del VIH.

La prevención secundaria esta dirigida a:

- 1.- Intervenciones que ayuden a reducir la progresión de la infección del VIH.
- 2.- Retrasar la aparición de enfermedades oportunistas.
- 3.- Aumentar la sobrevida y calidad de vida de pacientes infectados.

Estas intervenciones se basan en tratamiento antiviral³⁷ oportuno y eficaz, tratamiento profiláctico³⁸ de enfermedades oportunistas, mejoría del estado nutricional y manejo del estado emocional del paciente.

Las actividades de prevención primaria dirigidas a controlar la propagación de la epidemia se componen de varios elementos:

- a) Se requiere de la información que permita elaborar un diagnóstico de las situaciones.
- b) Investigación
- c) Planeación de programas
- d) Implementación y evaluación de programas.

³⁷ Cualquier agente o fármaco que sirva para destruir, debilitar o impedir la multiplicación.

³⁸ Medicamento que se utiliza para prevenir cierta enfermedad. Cuando el tratamiento profiláctico es contra una enfermedad que aun no ha atacado al organismo, se llama primario; cuando es para evitar la recurrencia de una enfermedad se llama secundario o profiláctico de mantenimiento.

Los resultados de toda esta información son esenciales para los sistemas de vigilancia epidemiológica.

La epidemia se caracteriza de acuerdo a sus tendencias, los grupos poblacionales más afectados, localización geográfica, grupos de edad, sexo y categoría de transmisión. Debido a que el conteo de casos de SIDA de alguna manera representa casos de infección que ocurrieron años o meses antes, la información se complementa con encuestas. La investigación médica también es importante para caracterizar patrones de resistencia viral, diferencias regionales en enfermedades oportunistas y la efectividad de tratamientos profilácticos.

La investigación en las áreas sociales y del comportamiento es importante para el diseño de programas preventivos y para la identificación de poblaciones vulnerables a la epidemia. La planeación es otro de los componentes necesarios para el diseño y ejecución de programas preventivos. La planeación se

ESTA TESIS NO SALE
DE LA RESERVA

basa en la información disponible y retoma programas existentes y actividades para diseminación de la infección. Dos factores determinantes en el proceso de planeación son la efectividad de las intervenciones y costos puestos en práctica. Como estos planes se deberán ajustar a los presupuestos disponibles, uno de los criterios que es muy útil para la asignación de recursos se basa en establecer prioridades usando un criterio de costo-efectividad.

La práctica de un programa representa un reto en el área de SIDA. Es de particular importancia trabajar con los diferentes grupos afectados. Como la transmisión del VIH implica prácticas sexuales o el uso de drogas intravenosas, la información explícita sobre estos riesgos podría ser ofensivo para algunos segmentos de la población, es por ello que deben seleccionarse no solo los mensajes apropiados sino los canales adecuados para alcanzar a la población objetivo. Hay dos formas de proporcionar información sobre VIH, incluyendo programas universales y programas dirigidos a grupos específicos.

Finalmente la evaluación de resultados es un componente esencial de todo programa preventivo. Cada vez que se pone en práctica un programa nuevo o se transfiere un programa a un contexto diferente se presenta la oportunidad de aprender sobre la efectividad de la intervención. Es así como se ha logrado avanzar en la lucha contra el fenómeno VIH/SIDA.

3.2 PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS.

Las infecciones oportunistas son causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo humano o en el medio ambiente, pero que solo producen enfermedad en las personas que no presentan condiciones óptimas de salud; aparecen en el organismo aprovechando la oportunidad

que tiene de multiplicarse al disminuir las defensas del organismo entre otras causas por el empleo de la quimioterapia, uso de medicamentos inmunosupresores como los corticosteroides³⁹ o por la acción del VIH.

El manejo preventivo, diagnóstico y terapéutico de las diferentes infecciones oportunistas ha sido crucial para el manejo apropiado de pacientes con infección por VIH. Se ha descrito una relación entre la aparición de diferentes infecciones oportunistas con el nivel de células CD4 (Linfocito T4), es la encargada de regular el funcionamiento del sistema inmunológico, enviando señales a otras células del sistema para que efectúen sus funciones específicas, coordina las actividades inmunológicas: humoral basándose en anticuerpos y celular a base de las células T8 o CD8 citotóxicas y supresoras. Se le llama CD4 por el receptor que tiene en su membrana externa, que es donde se adhiere la espícula del VIH.

³⁹ Sustancia esteroide obtenida de la corteza de las glándulas suprarrenales o manufacturadas sintéticamente.

En condiciones normales los receptores le sirven a las células para mandarse mensajes entre si. La destrucción de estas células es la causa principal de la inmunodeficiencia en personas con SIDA. A pesar de la baja en su numero, el nivel total de células T permanece constante, debido al concomitante esfuerzo de las células CD8, la relación CD4/CD8 es un marcador importante de la progresión de la enfermedad, por arriba de 200 células CD4/mm³, pueden ocurrir tuberculosis pulmonar, Sarcoma de Kaposi algunas infecciones bacterianas, por debajo de 200 CD4 la incidencia de neumonía por *Pneumocystis carinii* e infecciones por candida aumentan, y por debajo de 100 y especialmente de 50 ocurren infecciones por citomegalovirus, bacteria por y toxoplasmosis cerebral. Por lo que la cantidad de CD4 en cada paciente nos ha permitido diseñar los esquemas de prevención⁴⁰.

En el siguiente cuadro podemos observar cuales son las enfermedades oportunistas que con mayor

⁴⁰ IZAZOLA, José Antonio. "SIDA Estado actual del conocimiento". Ed. Noriega. México 1996. p.p 79 - 83

frecuencia se presentan, además del tipo de medicamento se receta así como sus efectos secundarios de estos en el paciente⁴¹:

⁴¹Amigos contra el SIDA. Ob. Cit. p.p. 40-41.

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTICO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>CANDIDIASIS (hongo) Causada por Candida albicans</p>	<p>-Oral: grumos color blanco lechoso en lengua y paladar - En esófago: dificultades al deglutir y dolor retroexternal En pulmón: dolor, fiebre y expectoración - En piel: manchas rojizas y violáceas escamosas con comezón.</p>	<p>-Examen clínico -Fibroscopia esofagica - Examen de rayos X y cultivo de pulmón - Examen clinico y cultivo de piel.</p>	<p>Ketoconazo, Nistatina, Itraconazol, Fluconazol y Anfotericina</p>	<p>Gastritis, Hipoplasia medular - disminución en la sangre- Alteraciones en la función renal, Toxicidad hepática.</p>

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTIO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>CITOMEGALOVIRUS (virus) Causada por Citomegalovirus</p>	<p>Diarrea, disminución de agudeza visual, visión borrosa o con manchas</p>	<p>Revisión de fondo de ojo. Serología. Biopsia en intestino o pulmón.</p>	<p>Ganciclovir Foscarnet</p>	<p>Toxicidad en el riñón. Disminución de potasio. Daño en medula ósea.</p>
<p>CRIPTOCOCOSIS, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (hongo) Causada por Cryptosporidium neoformans</p>	<p>Dolor de cabeza, mareo, visión doble, convulsiones y fiebre rara vez</p>	<p>Estudio de liquido cefalorraquídeo.</p>	<p>Anfotericina B5 Fluocitocina Fluconazol Itraconazol</p>	<p>Gastritis, náusea, mareo, vómito, daño renal, neutropenia</p>

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTIO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
CRIPTOSPORODIOSIS (parásito) Causado por Cryptosporidium	Asintomático o con diarreas espumosas por las noches.	Examen coproparasitosco pico en serie de tres.	Provamicina, Espiramicina Trimetoprima sulfametazol	Gastritis, nausea, mareo, neutropenia.
ENCEFALOTOPIA (virus) Causada por el VIH	Perdida progresiva de la memoria, alteraciones del estado de alerta, convulsiones, cefalea, falta de retencion y desinteres.	Elecgroencefalograma,tomografia axial, busqueda del VIH en liquido, cefalorraquídeo	Retrovir - AZT.	Alteración muscular, daños en médula ósea, anemia, fatiga, baja de plaquetas, linfocitos, de leucocitos

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTIO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>HERPES ZOSTER (virus) Causada por varicella zoster.</p>	<p>Lesiones micocutaneas en trayecto nervioso, generalmente intercostal en media cara o miembro.</p>	<p>Análisis clinico o biopsia en caso de duda.</p>	<p>Aciclovir Factor de transferencia.</p>	<p>Ronchas y comezón en la piel por intolerancia en el medicamento. Gastritis.</p>
<p>HISTOPLASMOSIS (hongo) Causada por Histoplasma capsulatum.</p>	<p>Cutánea: lesiones tipo roncha con evolución a costra. Pulmonar: fiebre, tos, expectoración e insuficiencia respiratoria Sistemática: fiebre, crecimiento ganglionar, de hígado y bazo.</p>	<p>Cultivos de sangre, expectoración y medula ósea. Biopsia de ganglio, pulmón, hígado y piel</p>	<p>Anfotericina—B Fluconazol Istroconazol.</p>	<p>Toxicidad en riñón Disminución de potasio</p>

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTICO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL (virus) Causada por papovirus</p>	<p>Demencia progresiva.</p>	<p>Análisis clínico Tomografía axial computarizada.</p>	<p>No hay tratamiento</p>	
<p>LEUCLOPASIA O LEUCLOPAQUIA (virus) Causada probablemente por Epstein barr.</p>	<p>Lesiones papilares blanquecinas de tipo rugoso en los bordes de la lengua</p>	<p>Análisis clínicos, serología búsqueda de anticuerpos al virus</p>	<p>Aciclovir</p>	<p>Gastritis, náuseas y mareo.</p>

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTICO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>NEUMOCISTOSIS (hongo o protozooario) Causada por Pneumocystis carinni</p>	<p>Tos, expectoración blanca y espumosa, insuficiencia respiratoria, fiebre, sudoración nocturna y falta de apetito.</p>	<p>Inducción de ex- pectoración, biop- sia de pulmones, lavado alveolar, fibroscopia bronquial.</p>	<p>Trimetoprima con sulfametoxa- zol, Dapsone y Pentamidina</p>	<p>TPM y Dapsone: Gastritis, ronchas, fiebre. Pentamidina: baja de glucosa en la sangre.</p>
<p>TUBERCULOSIS/ OTRAS MICOBACTERIOSIS "MAI" (bacteria) Causada por Mocobacterium TB y otras micobacterias atípicas.</p>	<p>Dolor de pecho al respirar, tos, fiebre, sudoración nocturna y falta de apetito. Expectoración blanca y espumosa. Puede estar fuera del pulmón.</p>	<p>Baciloscopias en expectoracion, sangre, orina, jugo gástrico y materia fecal. Biopsia y cultivo para Mycobacterium</p>	<p>Rifampicina, piracinamidaE tambutol, Isoniazida, Citprofloxacin a Etreptomicona</p>	<p>Intolerancia gástrica, hipersensibilidad cutánea, daño hepático, neurosis periférica.</p>

INFECCIONES	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTIO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
<p>TOXOPLASMOSIS (parásito) Causada por toxoplasma gondii</p>	<p>Crecimiento: ganglios, hígado bazo alteraciones neurológicas, hemiparesia o hemiplegia alteraciones o parálisis en medio cuerpo dificultad para hablar</p>	<p>Topografía axial, Biopsia de ganglios, hígado y / o bazo.</p>	<p>Primetadina, sulfadizina, Clindamicina Acido folico</p>	<p>Hipoplasia medular, anemia, resequedad de la piel.</p>

NEOPLASIAS OPORTUNISTAS	PRINCIPALES SINTOMAS	FORMA DE DIAGNOSTIO	MEDICAMENTOS	EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO
LINFOMA	Tumoracion de tejido linfático: ganglio, pulmón, hígado, bazo e intestino, fiebre sudoración nocturna y pérdida de peso.	Biopsia	Quimioterapia o radioterapia	Alopecia, fiebre, anemia, leucopenia, estreñimiento, malestar general.
SARCOMA DE KAPOSI	Aparición de manchas de color vino en el paladar, encías, planta de los pies, entre los dedos y uñas, rectal o genital y en la piel de cualquier parte del cuerpo. No produce molestias	Biopsia de la lesión	Quimioterapia y/o radioterapia	Alopecia, fiebre, anemia, hipersensibilidad cutánea, neutropenia, malestar general.

3.3 EVALUACION DE INTERVENCIONES Y PROGRAMAS PREVENTIVOS.

La prevención es el punto más importante de las etapas del SIDA ya que aplicándose los programas adecuados se podría evitar un elevado número de contagios por VIH. Se han elaborado muchas ideas positivas como la investigación científica sobre el tratamiento curativo o el logro de una vacuna, o estrategias educativas; así como otras que salen de la lógica o realidad humana y social, como la de aislar a los infectados, lo cual, hasta ahora sólo Cuba se ha atrevido a hacerlo, con la idea de evitar que la epidemia se propague en el resto de la población.

Esta posición ha sido seriamente analizada y expuesta a críticas muy sólidas respecto a lo inadecuado de esta medida, que además, de no proporcionar una verdadera seguridad de tener aislados a todos los afectados

atenta contra los derechos humanos de los afectados y de sus familias. De hecho, es una medida no aplicable en ningún otro país⁴².

Es sabido que los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia de mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, ciencias y conductas.

En una revisión de las estrategias de previsión y control del SIDA afirman que no cambian de una manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más específicas; por lo que es indispensable desarrollar programas que toquen

⁴² CARDENAS Bravo, Luis. "SIDA lo que todos debemos de saber". Ed. Trillas. México, D.F. 1994 p. 65

aspectos más profundos de los individuos a los que quiere llegar, estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, en el ámbito emocional, social, cultural y económico.

Por otro lado, las pruebas de detección en sangre han constituido una de las opciones eficaces para la prevención del SIDA, además de que ayudan a la vigilancia de la seroprevalencia, promueven la confianza de la población en la atención de la salud y apoyan la prevención secundaria en personas infectadas por transfusión. La prevención a través de las pruebas de detección de la sangre a influido significativamente en la disminución de la epidemia.

Ese no es el caso de la transmisión sexual, que es responsable de la mayoría de los casos. Sin embargo hay pocos estudios de la costeabilidad de intervenciones específicas, pero no es recomendable esperar a que las haya para iniciar la prevención, y es aconsejable, que en cada

diseño específico se incluyera una forma de evaluación de su efectividad. Se ha demostrado que las intervenciones son más costeables a principio de la epidemia, pues la introducción temprana de las medidas de control y de prevención disminuye la gravedad y los costos de la epidemia a largo plazo.

Si bien se ha otorgado particular importancia en los programas preventivos a la reducción de parejas, al sexo no-insertivo y al incremento del uso adecuado del condón, se requiere complementar los programas con mensajes realistas que apoyen otras opciones preventivas, como la abstinencia, la monogamia y el retraso de la iniciación sexual.

La mayoría de los estudios e intervenciones coinciden en las siguientes consideraciones⁴³:

⁴³ IZAZOLA, José Antonio. Ob. Cit. pp. 134 - 135

- 1.- Es imprescindible la voluntad política de los gobiernos para producir estrategias de prevención y atención frente a la epidemia del SIDA, a través del compromiso de recursos económicos y la colaboración nacional e internacional.

- 2.- Esta voluntad tendría que traducirse en acciones concretas de control de la diseminación del virus que incluyan, además de políticas de salud pública adecuadas, el apoyo y coordinación con organizaciones locales y comunitarias que ofrezcan las posibilidades de acceso y trabajo con grupos vulnerables a la infección.

- 3.- Los gobiernos deben empezar los programas de prevención con aquellos grupos en los que prevalezca el VIH, sin desatender aquellos que constituyen el futuro de la epidemia.

- 4.- Los programas de información, educación y comunicación dirigidos al público en general demuestran una eficacia sumamente limitada, pues las investigaciones han demostrado que el conocimiento del VIH y sus modos de transmisión no son suficientes para el cambio de conductas de riesgo, debido a las determinaciones estructurales -sociales, económicas y culturales- que construyen la vulnerabilidad social de ciertos grupos a la epidemia.

- 5.- Los programas preventivos y de atención deben considerar y abordar tales determinaciones para influir en las condiciones que permiten o impiden la adopción de conductas de protección contra la infección.

- 6.- La movilización comunitaria ha resultado la estrategia más exitosa de lucha. Por ello, el enfoque de los programas preventivos debe

cambiar para colocar el énfasis en el abordaje de grupos y comunidades específicas, más que de individuos y sus conductas.

- 7.- Para algunos gobiernos y en especial para algunos grupos sociales más afectados por el VIH, el SIDA parece no ser una prioridad en sus precarias condiciones de vida, el trabajo preventivo debe incluirse en una perspectiva más amplia que aborde otras preocupaciones específicas de las comunidades.

- 8.- Es necesario asegurar el mantenimiento de tales programas, pues constituyen la opción más efectiva a largo plazo contra la epidemia. Los programas de alcance para la población difícil de acceder, o para la población no cautiva en servicios educativos y de salud, deben estar basados en el reclutamiento y apoyo a educadores pares.

9.- Los materiales educativos y su distribución deben estar elaborados de manera específica y deben de ser elaborados y distribuidos junto con miembros de las comunidades a las que van dirigidos, para asegurar su pertinencia. Asimismo, su impacto debe ser evaluado, sin sobrevalorar el efecto que la información puede tener en la adopción de conductas de protección.

10.- Las estrategias preventivas deben considerar las dificultades encontradas en diversas poblaciones para utilizar el condón, y ofrecer un menú de alternativas que incluyan la abstinencia, la monogamia y la reducción de parejas, tomando en cuenta las particularidades de los grupos en cuestión.

Los gobiernos nacionales tienen la obligación de llevar acciones preventivas contra la transmisión del VIH y

de atención a los infectados SIDA, debido a que se trata de un problema de salud pública. No hacerlo por los costos políticos que, ello puede significar, constituye una grave irresponsabilidad que pone en peligro a grandes sectores de la población.

CAPITULO IV

“EL SIDA EN LATINOAMÉRICA”

4.1 ESTADO ACTUAL DE LA EPIDEMIA EN LATINOAMÉRICA Y ESTADÍSTICAS.

América Latina y el Caribe tienen un número significativamente menor de infecciones por VIH que Asia o África. Sin embargo, y a pesar de que en América Latina y el Caribe reside el 8.4% de la población mundial, estas regiones albergan ya al 11.5% de todas las personas infectadas con VIH en el mundo.

La difusión inicial de la infección por VIH en América Latina es en los años setenta y principios de los ochenta. Se estima que la transmisión homosexual y bisexual continua siendo importante en esta región, pero el contacto heterosexual se esta convirtiendo en el modo principal de la transmisión. Compartir agujas y jeringas contaminadas entre usuarios de drogas es también un método de transmisión de VIH en muchas otras ciudades, sobre todo en el Cono Sur de Sudamérica⁴⁴.

⁴⁴ IZAZOLA, José Antonio. Ob. Cit. pp. 20 - 21.

La epidemia del SIDA en América Latina ha causado alrededor de 390 000 muertes desde su inicio y, esta situándose como la más importante causa de muerte entre 15 y 49 años de edad. Debido a que el SIDA afecta a este importante segmento de la fuerza productiva, su impacto en la productividad puede llegar a ser importante. Determinar el tamaño de la epidemia es crítico debido a sus implicaciones demográficas, económicas y de salud pública.

Según informes de la OMS, de las personas actualmente infectadas en América, más de la mitad corresponden a América Latina, y el 60 % de ellas se concentran en Brasil.

Las tasas de infección revelan que los países más afectados, relacionando el número de habitantes con el de casos, serían los siguientes: Haití, Brasil, República Dominicana, Honduras, Costa Rica, Uruguay, Panamá, El Salvador, Colombia, Argentina, México, Venezuela, Chile, Perú, Guatemala, Ecuador, Cuba, Bolivia, Paraguay, Nicaragua y Belice, aproximadamente en ese orden.

Todos los países de nuestra área tienen prácticamente los mismos problemas para presentar la expansión de la pandemia, y casi todos carecen de normas de carácter general para luchar contra ella.

Los rasgos comunes son los siguientes⁴⁵:

- a) La escasez de medios económicos, que hace que los sistemas de salud no estén preparados para albergar y brindar tratamiento apropiado a quienes desarrollan la enfermedad, protección a quienes trabajan con ellos, o campañas de prevención adecuadas.

- b) Las altas tasas de pobreza de sus habitantes, que acarrearán la imposibilidad material de adquirir los elementos de prevención, así como también la prostitución, la drogadicción y las demás consecuencias de la miseria, que facilitan la transmisión del virus.

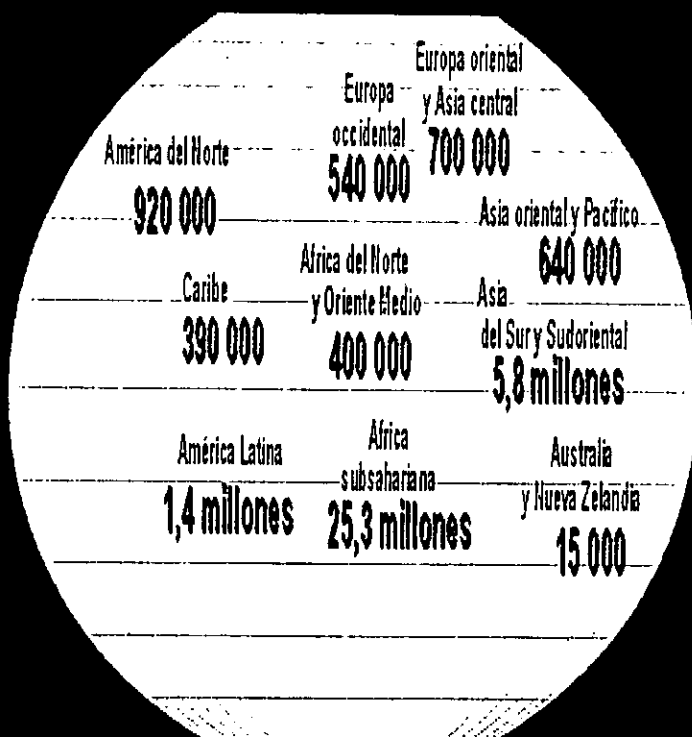
⁴⁵ PUCCINELLI, Oscar Raúl. Ob. Cit. T. I pp. 102 - 103.

- c) El analfabetismo, que constituye la máxima dificultad para la tarea de educación y concientización.

- d) Los componentes culturales y psicológicos de las poblaciones, que en muchos estratos rechazan la utilización de los métodos de prevención.

En los siguientes cuadros estadísticos se puede determinar cual es la magnitud del problema del SIDA, en el mundo y América Latina en particular.

Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2000



Total: 36,1 millones



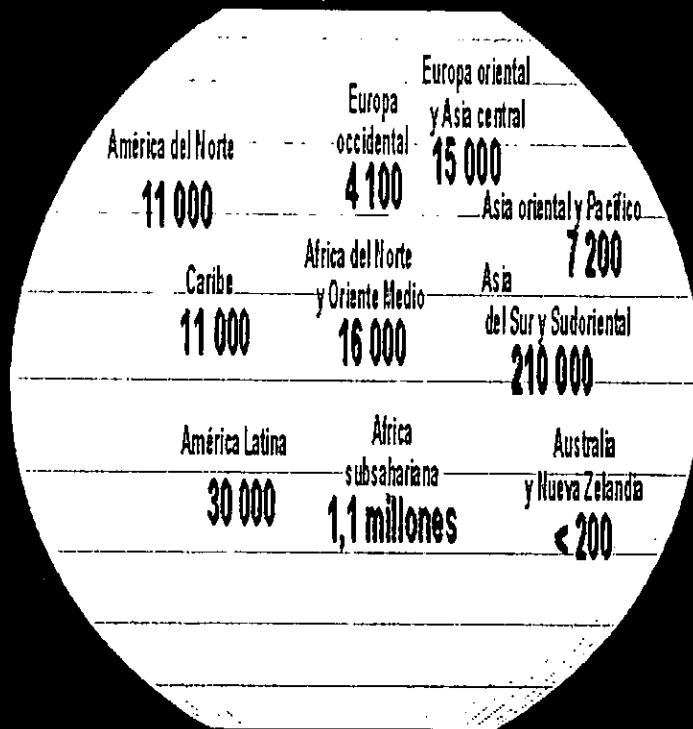
ONUSIDA
UNEP/WHO
COLLABORATING CENTRE

0002-S-1-16- diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número estimado de niños (< 15 años) viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2000



Total: 1,4 millones



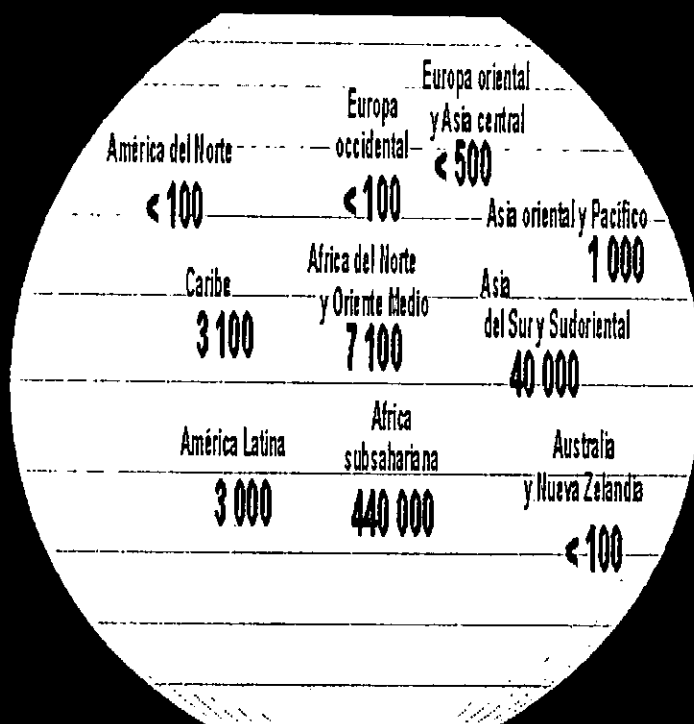
ONUSIDA
Organización Mundial de la Salud

00023-0-2 - Año calendario de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número estimado de niños (< 15 años) fallecidos por causa del VIH/SIDA en 2000



Total: 500 000



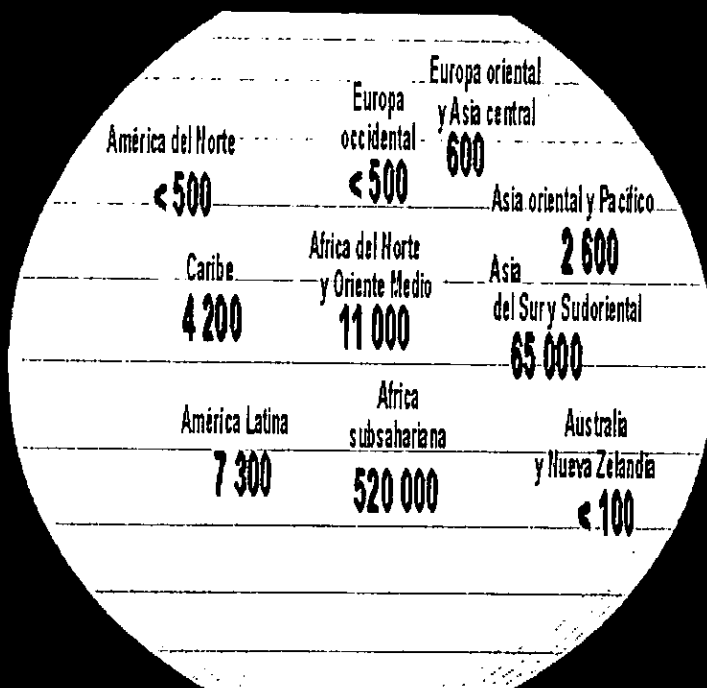
ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas
para el SIDA

0002-Sp-4-7 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en niños (< 15 años) en 2000



Total: 600 000



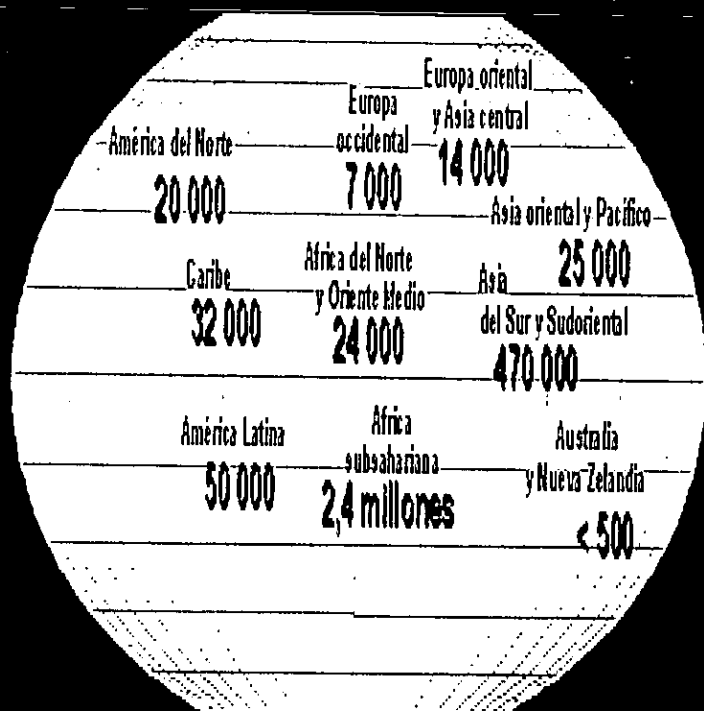
ONUSIDA
UNIVERSITY MICROFILMS
SERIALS ACQUISITION
300 N ZEEB RD
ANN ARBOR MI 48106-1500
USA

0002-S-6 - 1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número de adultos y niños fallecidos por causa del VIH/SIDA en 2000



Total: 3 millones



Programa
de las Naciones Unidas
para el SIDA
UNAIDS

05073-5 p.1 - 1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2000



Total: 5,3 millones



ONUSIDA
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY

0002-9-5-1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Número acumulado estimado de niños que han quedado huérfanos* por el SIDA a los 14 años de edad o antes, a fines de 1999



Total: 13,2 millones



ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas
para el SIDA

* Se consideran huérfanos a los niños seropositivos que han perdido a su madre o a sus padres por causa del SIDA

0002-07 - 1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Estimaciones mundiales a fines de 2000

Niños y adultos

- o Personas que viven con el VIH/SIDA 36,1 millones
- o Nuevas infecciones por el VIH en 2000 5,3 millones
- o Defunciones por causa del VIH/SIDA en 2000 3 millones
- o Número acumulado de defunciones
por causa del VIH/SIDA 21,8 millones



ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas
para el SIDA

0002-9-0-1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Estimaciones mundiales a fines de 2000

Niños (< 15 años)

- Niños que viven con el VIH/SIDA 1,4 millones
- Nuevas infecciones por el VIH en 2000 600 000
- Defunciones por causa del VIH/SIDA en 2000 500 000
- Número acumulado de defunciones
por causa del VIH/SIDA 4,3 millones



ONUSIDA
UNICEF

0002-P-10-1 de diciembre de 2000



Organización
Mundial
de la Salud

Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 2000

	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos (*)	% de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión en los adultos que viven con el VIH/SIDA (*)
África subsahariana	finales de los 70-com. de los 80	28,1 millones	1,1 millones	1,1%	55%	Hetero
África del norte y Oriente Medio	finales de los 80	400 000	10 000	0,3%	40%	Hetero, CDI
Asia del sur y sudoriental	finales de los 80	3,1 millones	700 000	0,31%	15%	Hetero, CDI
Asia oriental y Pacífico	finales de los 80	140 000	110 000	0,07%	11%	CDI, Hetero, VSV
América Latina	finales de los 70-com. de los 80	1,4 millones	160 000	0,6%	24%	VSV, CDI, Hetero
Caribe	finales de los 70-com. de los 80	130 000	10 000	2,3%	35%	Hetero, VSV
Europa oriental y Asia central	com. de los 80	700 000	210 000	0,18%	24%	CDI
Europa occidental	finales de los 70-com. de los 80	640 000	10 000	0,24%	24%	VSV, CDI
América del Norte	finales de los 70-com. de los 80	920 000	45 000	0,1%	20%	VSV, CDI, Hetero
Australia y Nueva Zelanda	finales de los 70-com. de los 80	15 000	500	0,11%	10%	VSV
TOTAL		11,1 millones	3,1 millones	1,1%	47%	



ONUSIDA
UNEP/WHO

* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2000, basada en las cifras de población de 2000

** Hetero: transmisión heterosexual - VSV: transmisión entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres -

CDI: transmisión a través del consumo de drogas intravenosas



Organización
Mundial
de la Salud

00010-9-11 - 1 de diciembre de 2000

4.2 ALGUNOS PAÍSES EN PARTICULAR.

En este punto señalaremos los artículos de los Códigos Penales de algunos países Latinoamericanos donde encuadraría el peligro de contagio o el contagio del VIH.

ARGENTINA.

Artículo 91. - Se impondrá reclusión de **3 a 10 años**, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente **incurable**, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro; de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir.

Artículo 119. - Será reprimido con reclusión o prisión de 6 meses a 4 años, el que abusare sexualmente de persona uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso

coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovecharse de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

La pena será de 4 a 10 años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización, hubiere un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima.

La pena será de 6 a 15 años reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por cualquier vía.

En los supuestos de los dos párrafos anteriores, la pena será de **8 a 20 años** de reclusión o prisión si:

- a) Resultase un grave daño en la salud física o mental de la víctima.
- b) El hecho fuese cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor,

curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o guarda.

- c) El autor tuviere el conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido **peligro de contagio**.
- d) El hecho fuere cometido por dos o más personas o con armas.
- e) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones.
- f) El hecho fuere cometido contra un menor de 18 años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo.

En el supuesto del primer párrafo, la pena será de 3 a 10 años de reclusión o prisión si ocurrieren las circunstancias de los incisos a), b), d), e) o f).

Artículo 202. - Será reprimido con reclusión de **3 a 15 años**, el que propagare una **enfermedad peligrosa y contagiosa** para las personas.

BRASIL.

Artículo 130. - Exponer a alguien, por medio de relaciones sexuales o cualquier otro acto libinidoso, **el contagio de una enfermedad venérea**, a sabiendas de que esta contaminado:

La pena de prisión será de **3 meses a 1 año o multa.**

Si se tiene la **intención** de transmitir la enfermedad:

La pena será de reclusión de **1 año a 4 años y multa.**

COLOMBIA.

Artículo 306. - Circunstancias de agravación punitiva. La pena para los delitos descritos en capítulos anteriores, se aumentara de una tercera parte a la mitad en los casos siguientes:

1. Si se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. Si el responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Si la víctima queda embarazada.
4. Si se produjere **contaminación venérea**.
5. Si el delito se realizare sobre persona menor de diez años.

GUATEMALA

Artículo 146. - Quien causare a otro lesión gravísima, será sancionado con prisión de 3 a 10 años.

Es lesión gravísima la que produjere alguno de los resultados siguientes:

1° ***Enfermedad mental o corporal cierta o probable incurable.***

2° Inutilidad permanente para el trabajo.

3° Pérdida de un miembro principal o de su uso de la palabra.

4° Pérdida de un órgano o de un sentido.

5° Incapacidad para engendrar o concebir.

Artículo 151. - Quien, conociendo que padece de una enfermedad venérea, expusiere a otro el contagio, será sancionado con multa de 50 a 300 quetzales.

Si el contagio ocurriere, además, se impondrá **prisión de 2 meses a 1 año.**

Este delito solo es perseguible a instancia de parte.

Artículo 301. - Quien de propósito, propagare una **enfermedad peligrosa o contagiosa** para las personas, será sancionado con prisión de **uno a seis años.**

MÉXICO.

Artículo 199 bis. - El que ha sabido de que esta enfermo de un **mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante**, ponga en **peligro de contagio** la salud de otro, por relaciones sexuales u otro

medio transmisible, será sancionado de 3 días a 3 años de prisión.

Si la *enfermedad padecida fuera incurable* se impondrá la pena de *6 meses a 5 años de prisión*.

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

Artículo 292. - Se impondrá de *5 a 8 años de prisión* al que infiera una lesión de la que resulte una *enfermedad segura o probablemente incurable*, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre, cualquiera función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrá de 6 a 10 años de prisión, al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte

incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

PERÚ.

ARTICULO 289. - El que, a sabiendas, propaga una **enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud** de las personas, será reprimido con pena privativa de la libertad **no menor de 3 tres ni mayor de 10 años.**

Si resultan **lesiones graves o muerte** y el agente pudo prever estos resultados, la pena será **no menor de 10 ni mayor de 20 años.**

Como observamos la mayoría de los países latinoamericanos tipifican de una forma muy similar el peligro de contagio o el contagio mismo; sólo como comentario México es uno de los países que utiliza una de las penas mas bajas para este delito, en capítulos posteriores haremos un estudio más estrictos de los

artículos del Código Penal Mexicano y se aclararan algunas dudas que surgen con la lectura de estos ahora.

4.3 COMO PUEDE UN PAÍS LATINOAMERICANO ABORDAR EL PROBLEMA DEL SIDA.

No tener recursos financieros suficientes para brindar una atención médica adecuada y 100 % cubierta con recursos públicos no significa que los gobiernos de Latinoamérica no estén en posibilidades de realizar una gran cantidad de actividades paralelas que tiendan a aminorar el sufrimiento de las personas que viven con VIH y disminuir las tasas de crecimiento del número de casos.

El papel del gobierno como regulador/legislador es fundamental para que esta epidemia que tantos estragos socioeconómicos causa en los países en desarrollo sea con menor grado de sufrimiento para

aquellos que la padecen y en prevención para los que no, pero especialmente para aquellas personas con prácticas de alto riesgo.

La prevención del VIH ha demostrado ser una medida de alto índice costo/efectividad, por lo tanto se debería incrementar los recursos públicos destinados a este fin, ya que permitir que la enfermedad siga creciendo con las actuales tasas llevará a que los sistemas de salud de estos países se vean completamente rebasados en su capacidad física y económica de respuesta a mediano plazo.

Tomando en cuenta el número de infectados por SIDA, algunos países empezarán a sentir las consecuencias en un tiempo más corto por lo que deberán de establecer las previsiones legales en sus sistemas de salud.

Promover la solidaridad social y comunitaria para la atención de estos enfermos es otra alternativa que los gobiernos deben impulsar.

4.4 IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LA EPIDEMIA DEL VIH.

Cuando el SIDA apareció, se considero principalmente como un problema de salud pública; sin embargo, debido a que la infección por VIH era asociada con determinadas prácticas sexuales, en algunos países se presentaba el dilema de considerar al SIDA como una cuestión ética y moral, o de salud pública. Claramente la discusión de ese dilema desviaba la atención de los puntos centrales del problema, y actualmente además de ser un problema de salud pública, el SIDA se ha convertido en una preocupación para el desarrollo económico.

En efecto la evolución del VIH está afectando adversamente al desarrollo, en el largo plazo, la productividad (la producción por trabajador) es casi todo lo que importa para el desarrollo económico. La capacidad de un país para mejorar su estándar de vida a

través del tiempo depende casi por completo de su habilidad para elevar su producción por trabajador.

Para ser justos, y como una cuestión de pura aritmética, al menos en una economía cerrada existen tres formas de elevar el consumo per capita de un país: a) aumentar la productividad, de tal manera que cada trabajador produzca más; b) poner una mayor proporción de la población a trabajar, y c) dedicar una porción más pequeña del producto del país a la inversión, y destinar una mayor parte de la capacidad productiva a manufacturar bienes para el consumo presente. De hecho, el SIDA afecta a las tres formas que pueden aumentar el consumo per capita de un país porque, siendo una enfermedad, implica menos días de trabajo, menores oportunidades de obtener empleos mejor remunerados y vidas de trabajo más cortas⁴⁶.

Conviene destacar que el SIDA tiene una prevalencia mucho menor en los países en desarrollo que otras enfermedades como la malaria, pero su impacto

⁴⁶ IZAZOLA, José Antonio. Ob. Cit. p. 31.

económico por caso es mayor por varias razones entre ellas:

1. Afecta principalmente a adultos en sus años más productivos.
2. Las infecciones que resultan del SIDA a una fuerte demanda de tratamientos caros.
3. En medida en que estos tratamientos cumplen su cometido se podría prolongar prescripción por largos periodos.
4. El número de personas ya infectadas por VIH que aun no desarrollan SIDA ya es de enormes proporciones.
5. El número de infectados por VIH aún puede verse incrementado.

CAPITULO V

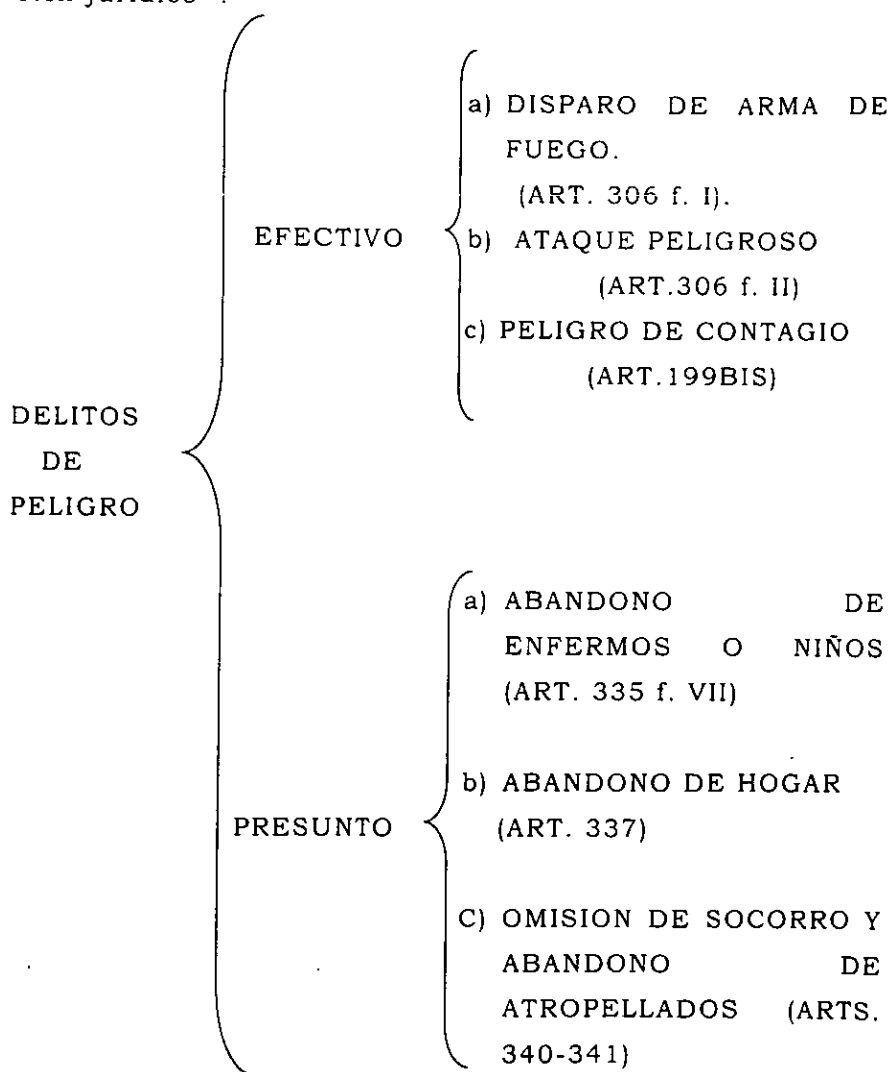
**“EL SIDA EN EL DERECHO PENAL
MEXICANO”**

5.1 DELITOS DE DAÑO Y PELIGRO.

Doctrinalmente se han distinguido los delitos de daño de los delitos de peligro, pues, mientras en los primeros se produce la destrucción o disminución del bien jurídico con la consiguiente lesión de interés, en los segundos el legislador ha tomado sólo en cuenta, para estructurar el tipo la probabilidad de que el bien jurídico puede ser dañado como consecuencia de la conducta desplegada por el agente.

Para determinar la naturaleza del delito según el sentido de la tutela penal, se ha de llevar el examen de la descripción de la conducta hecha por el tipo legal, de manera que se tendrá como delito de daño aquel en que la exigencia típica haga necesaria la destrucción o disminución del bien jurídico o del interés del titular en tanto se calificará el delito de peligro aquel en que la descripción típica simplemente considere a efectos de su

constitución la amenaza de destrucción o disminución del bien jurídico⁴⁷.



⁴⁷ PAVON Vargas, Francisco. "Delitos de peligro para la vida" Ed. Porrúa. México 1981 p.14

Estos delitos de peligro encuadran correctamente en nuestro Código Penal, junto con los delitos contra la vida y la integridad corporal (Homicidio, Lesiones, Aborto, Violación,...).

En los delitos de peligro efectivo, la realidad del peligro debe presentarse y demostrarse en cada caso enjuiciado.

En los delitos de peligro presunto, el peligro se considera en el supuesto de la conducta descrita en el tipo sin que se admita en ningún caso prueba en contrario sobre su existencia.

La doctrina acepta sin objeciones la división en delitos de daño o lesión y delitos de peligro tomando como base, el grado de energía de la acción que provoca el deterioro del bien jurídico protegido.

Si el resultado produce la destrucción total o parcial del bien o de un derecho, estamos en presencia de

un delito de daño; si sólo alcanza la posibilidad de producirlo, nos hallamos en un delito de peligro. En el primer caso se afecta directamente el interés tutelado, en el segundo, no se daña el bien jurídico, sino sólo se pone en peligro, por lo que la ley castiga el riesgo en que se coloque dicho bien.

Antes de tratar directamente lo que es el delito de peligro de contagio, es pertinente mencionar quienes son los sujetos y cuales son sus objetivos, para tener una idea más clara de dichos aspectos, que son parte importante del delito.

El sujeto activo, es la persona física que comete el delito (se llama también delincuente, agente o criminal), es decir, que concretiza específicamente el contenido de cada uno de los elementos incluidos en el tipo (descripción legal del delito); independientemente del sexo, edad y nacionalidad. Nunca una persona moral o jurídica podrá ser sujeto activo, cabe mencionar, que en ocasiones, aparentemente, es la institución la que comete el ilícito,

pero siempre habrá sido una persona física la que lo ideó, actuó y ejecuto el delito. El artículo 13 del C.P.D.F. señala quienes pueden ser responsables de los delitos.

El sujeto pasivo, frente al sujeto que lesiona el bien jurídico protegido, siempre existe una persona física sobre quien recae el daño o peligro causado por la conducta del delincuente. Se le puede denominar también víctima u ofendido. En principio cualquier persona puede ser sujeto pasivo; sin embargo, dadas las características de cada delito, en algunos casos señala quien puede serlo y en que circunstancias⁴⁸.

La teoría tradicional, sin embargo, señala cinco formas diferentes de intervención del sujeto en la comisión del delito: autoría material, coautoría, autoría mediata, autoría intelectual (instigación) y complicidad⁴⁹.

⁴⁸ AMUCHATEGUI Requena, Irma Griselda. "Derecho Penal". Ed. Harla. México 1993, pp. 35-37.

⁴⁹ RAMIREZ Islas, Sergio. "Lógica del tipo en el derecho penal" Ed. Jurídica Mexicana. México 1970, pp. 44-45.

5.2 ARTÍCULO 199 BIS CPDF.

A partir de la reforma realizada al Código Penal, el 29 de enero de 1940, quedo adicionado el artículo 199 bis, creo una figura típica a la que se le ha venido conociendo con el nombre "de peligro de contagio", dicho precepto textualmente expresa lo siguiente:

"El que sabiendo que esta enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo de infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión de hasta 3 años y multa de hasta 3 mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Cuando se trata de cónyuges sólo podrá procederse por querrela del ofendido".

Este artículo estuvo en vigor casi 51 años, el 21 de enero de 1991, entra en vigor una nueva reforma al citado artículo, modificándose de la siguiente manera.

"El que a sabiendas de que esta enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de 3 días a 3 años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de 6 meses a 5 cinco años de prisión.

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

La redacción del texto, revela que la intención del legislador fue la creación de un delito de peligro efectivo, en el que el contagio venéreo de constituirse caería dentro de la figura típica del delito de lesiones (art. 288 C.P.D.F.). Ello da al delito "de peligro de contagio", el carácter de tentativa de lesión, puesto que su aplicación es independiente del contagio venéreo que como resultado pueda producirse.

Indudablemente que si el precepto tipificado, sanciona la conducta activa y consciente en las relaciones sexuales de quien se sabe enfermo de un mal venéreo y otra enfermedad grave en periodo infectante, poniendo en peligro la salud de otra persona, el bien jurídico tutelado no puede ser otro que el de la salud individual, ya que de esta depende la salud pública. Es decir, si el sujeto activo al ejecutar la relación sexual, "no supiere", de su infección no se le sancionará por el peligro de contagio, ya que no es tentativa, de lesión, pero de llegar a producirse el contagio, se le sancionaría como una tentativa punible, ya que la aplicación del peligro de contagio es independiente de la lesión que se produjera, es decir surgirían diversas hipótesis acerca del delito de peligro de contagio.

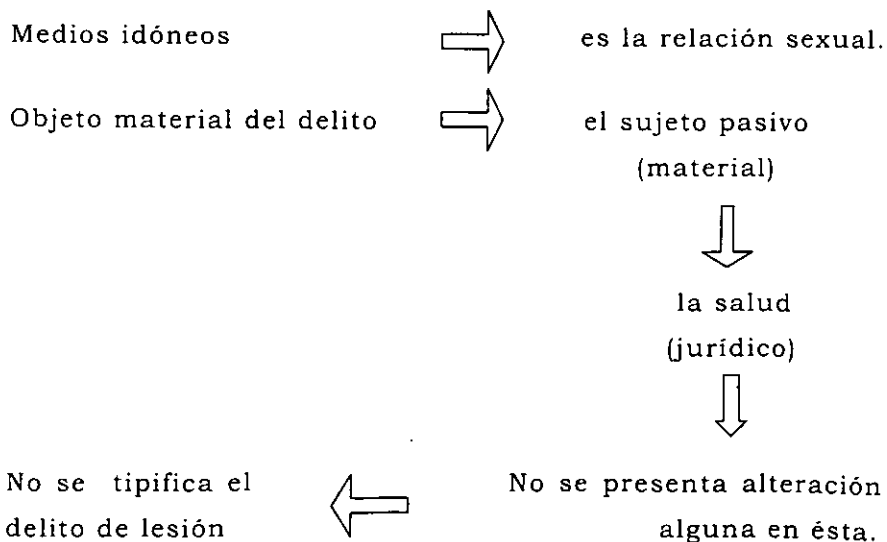
Fundamentalmente tendríamos cinco hipótesis, que son:

1. - Si el sujeto activo, con previo conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el

sujeto pasivo, pero, este último no desarrolla la enfermedad venérea.

En este caso se sancionaría al sujeto activo por el peligro de contagio, ya que constituye una tentativa de lesión.

Para configurar la tentativa (art. 12 C.P.D.F.) es necesario que los medios empleados resulten idóneos para lograr el daño, así mismo no debe faltar el objeto sobre el que debe recaer la conducta delictuosa, es decir:



- 2.- El sujeto activo, con previo conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo y este si desarrolla la enfermedad.


En este caso se sancionará con la norma de mayor entidad valorativa que sería la lesión, tomando en cuenta el grado de alteración de la salud que se le produjo al sujeto pasivo.

- 3.- El sujeto activo sin conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo, y este último no desarrolla la enfermedad venérea.

En este caso nos encontraríamos ante un delito imposible ya que sin previo conocimiento de la infección





no constituye el
peligro de contagio.

Si no se desarrolla la enfermedad venérea  por ende no constituye lesión.

4. -El sujeto activo sin conocimiento de la infección, tuviere relaciones sexuales con el sujeto pasivo, y este último si desarrolla la enfermedad.

En este supuesto, el sujeto activo al no tener conocimiento de su infección no se adecuaría al peligro de contagio, pero debido a que este delito es autónomo e independiente de la lesión que se consumase, se sancionaría la lesión que desarrollo el sujeto pasivo, adecuándolo como una tentativa punible.

Sin conocimiento  No se sanciona el peligro de contagio.

Se desarrolla la enfermedad  se sanciona el grado de lesión.

5.- Ambos sujetos, tanto activo como pasivo, tienen la infección, tengan o no la intención dolosa del contagio al ser portadores de la enfermedad ambos serían sujetos activos, y obviamente no podrían reinfectarse por la misma enfermedad, por lo que el propósito delictivo no se anularía por ambos, ya que para configurar el delito se requiere de una víctima o sujeto pasivo. En este caso estaríamos frente a un delito imposible.

5.3 TIPIFICACION DEL DELITO.

Poco tiempo después de que entro en vigor el código vigente de 1931, se pugno por la creación legislativa que sancionara las actividades sexuales de los enfermos venéreos, en total independecia de la consumación del delito, es decir, se argumentaba que con conocimiento de la existencia del mal se originaría un delito intencional o

culposo de lesiones, según se diera con el propósito de transmitir la enfermedad venérea o bien sin la intención y con la esperanza de no transmitirla o sin la prevención para causar ese daño, deberían sancionarse las actividades sexuales de los enfermos venéreos: creándose un delito de peligro autónomo e independiente de las lesiones que originaría el contagio.

El texto original de 1940, se reformo hasta enero de 1991, con lo que se vuelve a confirmar la autonomía típica del peligro de contagio, cuya previsión legal cae en los artículos 12 y 288 del Código Penal Vigente, refiriéndose estos a la tentativa y lesiones, quedando claramente establecido el delito de Peligro de Contagio (art. 199 bis), como una tentativa de lesiones.

El error de los legisladores a esta adición legal, consiste en creer factible la comisión imprudencial del contagio venéreo, lo que precisa el previo conocimiento de

la enfermedad por su autor, ya que ese conocimiento hace dolosa la conducta típica⁵⁰.

La tipicidad es uno de los elementos del delito cuya ausencia impide su configuración. En nuestra constitución en el artículo 14 se señala en forma expresa que:

"...En los juicios de orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía y aún por mayoría de razón, pena alguna que no este decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que trate".

Lo cual significa que no existe delito sin tipicidad.

Tipo.- Es la creación legislativa, la descripción que el estado hace de una conducta de los preceptos penales.

⁵⁰ GONZALEZ de la Vega, Francisco. "Derecho penal". T.J. México. México 1939 p.117.

Tipicidad.- es la adecuación de una conducta concreta con la descripción legal formulada en la ley.

La tipicidad es el encuadramiento de una conducta con la descripción hecha en la ley, la del comportamiento con el descrito por el legislador. En suma es: "la adecuación de un hecho a la hipótesis legislativa"⁵¹.

Cuando no se integran todos los elementos descritos en el tipo penal, se presenta el aspecto negativo del delito llamado atipicidad, es decir, si la conducta no es típica jamás podrá ser delictuosa.

Se presenta la atipicidad en el delito de peligro de contagio cuando⁵²:

⁵¹ REYES, Alfonso. "La Tipicidad". Ed. Universidad de Colombia. Colombia 1978 p. 68.

⁵² LOPEZ Betancourt, Eduardo. "Delitos en Particular". 3ª Edición. Ed. Porrúa. México 1997. T. II. p. 71.

- Faltan los elementos subjetivos legalmente exigidos, es decir, cuando no se da el requisito subjetivo señalado en el tipo penal que es: " El que a sabiendas..."

- Existe la ausencia de calidad exigida por la ley en cuanto al sujeto activo. En este supuesto se requiere el sujeto activo sea una persona enferma de un mal venéreo u otra enfermedad grave, en período infectante y con conocimiento de ese mal.

- Falta el objeto material o el objeto jurídico. Se presenta cuando no se ponga en peligro a una persona sino a otro ser, en cuanto al objeto material. En cuanto al objeto jurídico se presentará este supuesto cuando la enfermedad no sea venérea o grave en período infectante.

Por lo que debemos entender como adecuación típica, el proceso mediante el cual un concreto

comportamiento humano encuadra dentro de un tipo penal determinado.

Este proceso puede realizarse de dos maneras: la primera es que el comportamiento humano encuadre directa o indirectamente en uno de los tipos de la parte especial del código y entonces habrá una adecuación directa, y la segunda es que tal encuadramiento se produzca a través de uno de los dispositivos legales amplificadores del tipo penal (tentativa, complicidad), en cuyo caso la adecuación es indirecta.

Ahora bien, si por enfermedad venérea, entendemos aquel mal contagioso que se contrae por medio de relaciones sexuales; tenemos que el SIDA es un mal contagioso ya que es causada por un virus, que se transmite, principalmente, por relaciones sexuales, por tanto, el SIDA es una enfermedad que se adecua perfectamente a la conducta descrita en el artículo 199 bis del C.P.D.F.

5.4 EL CONTAGIO VENEREO EN LA DOCTRINA.

Para tener una idea más completa de lo que es el contagio venéreo, estudiaremos su concepto⁵³.

Contagia: es comunicar o pegar una enfermedad contagiosa.

Contagio: del latín cum, con y targo, tocar, es la transmisión por contacto inmediato o mediato de una enfermedad específica, desde el individuo enfermo al sano.

Enfermedades venéreas, llámense en general, todas las afecciones que son consecuencia más o menos directa del acto sexual. En consecuencia, contagio de enfermedades venéreas es la transmisión por contacto inmediato o mediato de una enfermedad de este tipo.

⁵³ ALSINA, Hugo .et.al. "Enciclopedia Jurídica Omeba". Ed. Libreros. Buenos Aires 1956. T.X, pp. 307-310.

El problema del contagio de enfermedades venéreas tiene amplias e importantes proyecciones en el ámbito social, por cuanto afecta no solo al individuo, sino, a la especie misma; al primero en cuanto a la integridad de su organismo y a la segunda por las consecuencias que provoca en las generaciones sucesivas.

Desde el punto de vista jurídico, podemos ubicarlo en el derecho penal en cuanto a la transmisión de enfermedades venéreas puede ser punible en virtud del dolo o la inculpa en que incurriera el agente transmisor.

5.5 CULPABILIDAD Y PUNIBILIDAD DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO.

El peligro de contagio, únicamente se puede cometer por dolo, ya que uno de los requisitos del mismo es saber del mal contagioso padecido, pues solamente con intencionalidad se puede realizar tal conducta típica,

porque al exigir el tipo "el que a sabiendas de que esta enfermo..." ya elimina la culpa, por lo cual no se podría aludir a la ignorancia del mismo, y por lo contrario, la víctima deberá comprobar del conocimiento previo que tenía el sujeto activo, al momento de la realización del delito.

A sabiendas es el elemento subjetivo del activo que hace referencia a la culpabilidad en su aspecto dolo o intención, calificándolo⁵⁴.

Podría presentarse el aspecto negativo de la culpabilidad si el peligro de contagio se cometiera por error, cuando el mismo sea de hecho e invencible, cuando el agente por circunstancias ajenas a su voluntad no conoce la realidad, se atenta contra el factor intelectual del sujeto. El derecho mexicano sólo reconoce el error cuando es de naturaleza invencible, es decir, cuando es imposible evitarlo humanamente, por la falsa apreciación que se tiene del hecho, verbigracia, que el sujeto activo padezca de una

⁵⁴ CARRANCA y Trujillo, Raúl y CARRANCA y Rivas, Raúl. "Código Penal anotado". 20ª Edición. Ed. Porrúa. México 1997. p. 529.

enfermedad venérea, pero le ha sido informado por sus médicos que no es venérea⁵⁵.

El artículo 15 en su fracción VIII del C.P.F., menciona el error de hecho y de prohibición, dice que, el delito se excluye cuando:

Se realice la acción u omisión bajo un error invencible:

- a) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal; o
- b) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que esta justificada su conducta".

"Artículo 66. - En caso de que el error a que se refiere el inciso A) de la fracción VIII del artículo 15 sea

⁵⁵ LOPEZ Betancourt, Eduardo. Ob. Cit. pp. 72 - 73

vencible, se impondrá la punibilidad del delito culposo si el hecho del que se trata admite dicha forma de realización. Si el error vencible es el previsto en el inciso B) de dicha fracción, la pena será de hasta una tercera parte del delito que se trate."

La punibilidad del artículo 199 bis, estipula una sanción de "tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa", sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

También se establece en el caso de enfermedades incurables, una pena de seis meses a cinco años de prisión.

Por un lado la ley adopta por sancionar el contacto sexual, creador del peligro de contagio, con la consiguiente alteración de la salud que integra el delito de lesiones cuando el contagio se produce, lo que nos da por resultado la sanción de la tentativa de lesiones y por otro si se llegare a producir el daño, aunque la solución lógica del aparente concurso de delitos se encuentra en la aplicación de la

norma de mayor entidad valorativa que en este caso sería la lesión⁵⁶.

Es decir, en teoría el contagio por VIH, esta perfectamente tipificado como una tentativa de lesión, que de llegar a consumarse se adecuaría al artículo 292 y 293 del C.P.D.F., referente a lesiones que ponen en peligro la vida, esto lo analizaremos un poco más en el punto relacionado a tentativa, lesiones y la imposibilidad de la aplicación penal.

El fundamento de la punición en la tentativa es el principio de efectiva violación de la norma penal, al poner en peligro intereses jurídicamente tutelados.

La tentativa se sanciona de una forma menos enérgica que el delito consumado, ya que este último además de violar la norma penal, lesiona bienes protegidos

⁵⁶ PAVON Vasconcelos, Francisco y VARGAS López G. "Los Delitos de Peligro para la Vida". Porrúa. México 1981. p. 162.

por el derecho, mientras que la tentativa sólo pone en peligro esos bienes. Si el sujeto desiste espontáneamente de su acción criminal no es punible la tentativa, por lo que a esta se refiere sin perjuicio de aplicar la pena que corresponda por actos u omisiones que constituyen delitos⁵⁷.

Todas las tentativas son punibles, excepto cuando el sujeto desista de la acción o impida la consumación del delito, no se impondrá ninguna pena; pero es independientemente de que se constituya o no algún delito.

El artículo 63 del C.P.D.F., menciona:

"Al responsable de tentativa punible se le aplicará a juicio del juez y teniendo en consideración las prevenciones de los artículos 12 y 52 hasta las dos terceras partes de la sanción que se les debería imponer de haberse consumado

⁵⁷ CASTELLANOS Tena, Fernando. "Lineamientos de Derecho Penal". 41ª Edición. México 2000. pp. 287 - 291.

el delito que se quiso realizar, salvo disposición en contrario.

En los casos de tentativa que no fuere posible determinar el daño que se pretendió causar cuando este fuere determinante para la correcta adecuación típica, se aplicara hasta la mitad de la sanción señalada en el párrafo anterior.

En los casos de tentativa punible de delito grave así calificado por la ley, la autoridad judicial impondrá una pena de prisión que no será menor a la pena mínima y podrá llegar hasta las dos terceras partes de la sanción máxima para el delito consumado".

5.6 DENUNCIA Y QUERRELLA EN EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO.

El artículo 199 bis, es perseguible de oficio en forma ordinaria, previa denuncia, la autoridad esta obligada

a actuar, por mandato legal, persiguiendo y castigando a los responsables, independientemente de la voluntad del ofendido, consecuentemente al ser perseguible de oficio no opera la voluntad del ofendido a la inversa de lo que ocurre en la querrela necesaria.

La mayor parte de los delitos se persiguen de oficio y sólo un reducido número es por querrela; Aarón Hernández López, en su obra de Derecho Procesal Penal, enumera los siguientes:

- 1) Rapto
- 2) Estupro
- 3) Adulterio
- 4) Golpes o violencias físicas o simples
- 5) Injurias
- 6) Difamación
- 7) Calumnias
- 8) Abuso de confianza
- 9) Abandono del cónyuge
- 10) Daño en propiedad ajena por imprudencias.

- 11) Delitos patrimoniales, cuando sean cometidos por familiares.
- 12) Contagio entre cónyuges.
- 13) Delitos federales, contrabando y evasión fiscal.⁵⁸

LA QUERELLA.

El artículo 199-bis precisa que cuando se trata de cónyuges, concubenarios o concubinarias, sólo podrá procederse por **querella del ofendido**, de manera que solo es perseguible a instancia de parte y cesa toda acción penal con el perdón del ofendido.

La razón por la cual se mantiene la querella se basa en la consideración de que en ocasiones, la persecución oficiosa acarrearía a la víctima mayores daños que la misma impunidad del delincuente.

⁵⁸ HERNANDEZ López, Aarón. "Manual de procedimientos penales". Ed. Pac. México 1985. p 142.

La querrela subordina al ejercicio de la acción penal, a la manifestación de la voluntad del particular ofendido, ya que en virtud de la ofensa que a la honestidad del cónyuge inocente implicaría la acusación pública, originada en la denuncia pública de un extraño al vínculo matrimonial sobre la conducta punible del culpable, con el siguiente escándalo familiar.⁵⁹

CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD.

La inimputabilidad es el elemento negativo de la imputabilidad, es decir, es la falta de capacidad de querer y entender en el campo del derecho penal.

El artículo 15 del C.P.D.F. en su fracción VII, nos señala:

Padecer el inculpado, al cometer la infracción trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le

⁵⁹ PAVON Vasconcelos, Francisco y VARGAS Lopez, G. Ob. Cit.

impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión excepto en los casos en los que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencial.

Son causas de inimputabilidad la falta de desarrollo y salud mental, así como los trastornos pasajeros de las facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber; esto es, aquellas causas en las que, si bien el hecho es típico y antijurídico, no se encuentra el agente en condiciones de que se le pueda atribuir el acto que perpetro.⁶⁰

La incapacidad se presenta en los menores de edad, sólo en aquellos que por obvia pequeña edad no pueden querer y entender las actitudes que expresan ante el hecho que están realizando. También se presenta en los individuos con trastorno mental o desarrollo intelectual retardado.

⁶⁰ JIMENEZ de Asua, Luis. "La ley y el delito" Ed. Hermes. Buenos Aires, Argentina 1954. p. 365

El trastorno mental se presenta cuando el agente ejecuta el ilícito, bajo los efectos de un trastorno mental transitorio, siendo necesaria su comprobación de este estado, con un estudio profesional. La falta de salud mental, los artículos 15 y 69 bis del C.P.D.F. nos mencionan que se presentará ésta cuando exista un trastorno mental o desarrollo intelectual retardado ya sea permanente o se encuentre disminuido, siendo una causa de inimputabilidad. Resulta pertinente añadir, que este estado deberá ser comprobado con análisis profesionales.

El miedo grave es la circunstancia interna subjetiva que lleva a actuar al agente en una forma distinta de cómo lo haría en circunstancias normales, por ejemplo, la creación de temores falsos es su mente, la fantasía de fantasmas, etc.⁶¹

⁶¹ LOPEZ Betancourt, Eduardo. Ob. Cit. pp. 67 - 68.

CAPITULO VI

**“LESIONES CAUSADAS POR EL
CONTAGIO DEL VIH”**

6.1 LA ADECUACIÓN TEÓRICO PENAL DE LAS LESIONES CAUSADAS POR LA INFECCIÓN VIH.

Considerando que la infección del VIH comprende una secuela de enfermedades oportunistas, que merman la salud en el sistema inmunológico del paciente, por lo que las enfermedades venéreas se consideran lesiones, ya que por lesión entendemos "toda alteración" en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano si esos efectos son producidos por una causa externa. En el Código Penal se señalan los diferentes tipos de lesiones, a continuación señalaremos las que se adecuan a las provocadas por la infección del VIH.

Art. 292. - Se impondrá de 5 a 8 años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable...

Se impondrá de 6 a 10 años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte

incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Art. 293. - Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrá de 3 a 6 años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le corresponda conforme a los artículos anteriores.

El artículo 292 nos señala, al que infiera en una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable o cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica.

Con la inoculación del virus en las células del sistema inmunológico no siempre se desarrolla la enfermedad (del 25% al 30% de las víctimas de la infección permanecerán asintomáticos, el 50% la desarrollará en el transcurso de 10 años), por lo que podríamos hablar de una enfermedad segura, ya que es contagiosa para los demás y como se sabe hasta ahora es incurable y mortal; además de

que queda perjudicada para siempre la función orgánica del sistema inmunológico, además de ser hereditaria.

ENFERMEDAD

Al desarrollar SIDA franco sobreviene la incapacidad permanente para trabajar, así como la enajenación mental (Encefalopatía del SIDA 40% desarrolla demencia y cambios de personalidad) y hasta donde sabemos la infección pone en peligro la vida, por lo que se le considera una lesión grave conforme a los artículos 292 y 293.

INCURABLE

Si bien hemos visto la lesión es imposible configurar, teóricamente la infección por VIH, se adecuaría de la siguiente forma.

Se tomará como base el dictamen pericial del médico legista, basándose en el grado de lesión y posible desarrollo de la enfermedad, además de considerar la tentativa punible (art. 63) e individualización de la pena (art. 52), por tomar un ejemplo, el término medio aritmético de estas sería según el art. 292 de 5 a 8 años de prisión.

Art. 292. - de 6 a 10 años de prisión: {
 Incapacidad
 permanente para
 trabajar.
 Enajenación
 mental.

Art. 293. - de 3 a 6 años de prisión: {
 Lesión que ponga
 en peligro la vida
 sin perjuicio de -
 las sanciones del
 art. 292

Teniendo en consideración que sólo se sancionará como una enfermedad incurable y como una lesión que pone en peligro la vida sería:

$5 + 8 = 13$ años, termino medio = 6.5	tentativa punible
$3 + 6 = 9$ años, termino medio = <u>4.5</u>	(2/3 partes de la pena)
<u>11 años</u>	(2/3 partes de la pena)
<u>7.4</u>	años entre dos
3.8	años

Considerando el término medio y la aplicación hasta las 2/3 partes de la pena, por tentativa punible tiene hasta unos 7.4 años, que se pueden reducir a 3.8 años, según el grado de lesión y las consideraciones particulares del juzgador, por razones obvias el reo, permanecería no en un reclusorio, sino en aislamiento en un hospital adecuado, en calidad de detenido, más aún este tipo de sanción estaría fuera de lugar, debido a que la muerte en México, se presenta alrededor de los 6 meses posteriores a la detección de la enfermedad.

En cuanto al contagio por transmisión de sangre, nos enfrentamos a un segundo dilema, si bien la posibilidad de contagio es la más alta (90%), este puede durar hasta 5 años.

Primero debemos considerar si se encuentra o no en un grupo de alto riesgo:

Alto riesgo	{	Homosexual. Bisexual. Heterosexual promiscuo Hemofilico. Drogadicto intravenoso.
-------------	---	--

Infante	{	Hemofilico. Abuso sexual. Transfusión.
---------	---	--

Anciano	{	Hemofilico. Transfusión.
---------	---	---------------------------------

Primero desecharnos al grupo de alto riesgo estadístico, por la alta posibilidad de adquirir la infección por otros medios (contacto sexual), quedando los infantes y los ancianos, en estos dos casos, teóricamente nos encontramos en una tentativa punible de lesión (art. 63), que no se podría configurar debido a la falta de elementos objetivos como a continuación veremos:

Si es hemofílico, no existen medios idóneos de prueba, para comprobar que transfusión fue la que le transmitió la infección, y si fue siempre en el mismo hospital, la ley general de salud, no contempla ninguna sanción para los casos de infección por transfusión.

En el caso del infante o anciano hemofílico, o por transfusión a este, bien podrían argumentar que la enfermedad tarda más de 5 años en desarrollarse, y bien puedo hacerse la transfusión contagiosa en 1985, cuando todavía existían bancos de sangre que no tenían un control de calidad de esta, o que fue por abuso sexual; así nos encontramos ante una serie de dificultades para poder establecer una posible configuración del delito.

Si bien en el caso del infante se podría argumentar el abuso sexual, considerado en el código como violación, no se atendería al peligro de contagio o a la tentativa punible de lesión, sino a la violación por ser este precepto la norma de mayor entidad valorativa.

Como podemos observar la falta de elementos para poder configurar el delito, hace imposible una sanción penal.

6.2 LAS LESIONES CONFERIDAS POR EL VIH.

En nuestro Código Penal, artículo 288, encontramos como definición de lesión.

"Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa."

El Código, ya antes citado, regula diversas penalidades para los diferentes tipos de lesiones a las que

se refiere. El artículo 292, menciona la penalidad y los tipos de lesiones calificadas, que son a las que se recurren cuando el peligro de contagio se a perpetrado; diciendo así:

"Se impondrá de **5** a **8** años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una **enfermedad segura o incurable**, la inutilización completa o la perdida de un ojo, de un brazo, de una pierna o de unos pies, o de cualquier otro órgano, cuando quede perjudicada **para siempre cualquier función orgánica** o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una enfermedad incorregible.

Se impondrá de 6 a 10 años de prisión la que infiera una lesión como consecuencia de la cual resulte **incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental**, la perdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales."

Art. 293. - Al que infiera una lesión que **pongan en peligro la vida** se le impondrá de 3 a 6 años d prisión, sin

perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores.

Como podemos observar la definición del art. 288, es bastante amplia, ya que entre otros comprende toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

Como sabemos la infección por el VIH comprende una secuela de enfermedades oportunistas que merman la salud del paciente en su sistema inmunológico, por lo que la infección venérea se considera una lesión.

El art. 292, nos señala, que, al que infiera una lesión de la que resulte una "enfermedad segura" (permanente), o "probablemente incurable" (la que amenaza de permanencia), como sabemos la inoculación del VIH en las células del sistema inmunológico no siempre se desarrolla (25 - 30 % permanecen asintomáticos de por vida; el 50 % desarrolla la enfermedad en 10 años aproximadamente) por lo que no se podría hablar de una

infección segura, pero si incurable, ya que es sabido que es incurable y mortal al desarrollarse ésta, además de ser hereditaria y quedar mermada para siempre la función orgánica del sistema inmunológico.

"Las lesiones que ponen en peligro la vida, se clasifican en el momento de ser inferidas", y su categoría de tales no desaparecen porque el sujeto pasivo sane y se recupere totalmente, ya que basta con la puesta en peligro de la vida del ofendido, como consecuencia de la lesión, para que la misma subsista con esa categoría, independientemente de los resultados posteriores o en la hipótesis de que quedarse consumida en otro tipo de mayor punibilidad."Semanao Judicial de la Federación. 5ª época, T. CX, 1ª parte, p. 65.

Al desarrollar el SIDA franco sobreviene la incapacidad permanente para trabajar así como la enajenación mental (Encefalopatía del SIDA, el 40 % lo desarrolla, demencia y cambios de personalidad), y hasta donde sabemos la infección pone en peligro la vida por lo

que se le considera una lesión grave si no se desarrolla totalmente, pero al desarrollarse es mortal, aunque por razones técnicas no se le considere como lesión mortal.

Como podemos observar la infección por VIH se adecua perfectamente a los artículos 199 bis, 292 y 293 del C.P.D.F., aunque sea solo en teoría.

6.3. CONTAGIO DEL VIH ¿ LESION U HOMICIDIO?.

El homicidio y las lesiones por contagio venéreo, suponen ordinariamente la relación sexual como medio de origen, aunque la relación sexual de una persona enferma de un mal venéreo ordinario (puede producir una lesión en el cuerpo, pues por esta entendemos toda alteración en la salud producida por una causa externa), la lesión no resulta en forma general suficiente para producir la muerte, más no es así en el caso de la infección por VIH, que a la

fecha es una enfermedad incurable y mortal, pero se descarta por razones técnicas como homicidio, ya que el artículo 303 del C.P.D.F., tipifica las lesiones que son mortales, nos señala lo siguiente:

Art. 303.- Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las circunstancias siguientes:

- I) Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, algunas de sus secuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por incurable, ya por no tener al alcance los recursos necesarios.

- II) Que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días contados desde que fue

lesionado. (Fracción derogada el 1° de febrero d 1994).

- III) Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando esta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el C.P.P.

Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastara que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fue resultado de las lesiones inferidas.

Para analizar este artículo, comenzaremos por analizar las tres fracciones (circunstancias) por separado:

1. - Si bien la infección por VIH, pueden producir la muerte por alteraciones causadas por el virus, que al atacar el sistema inmunológico, hace presa

fácil al paciente de enfermedades oportunistas que no puede combatir debido al notable deterioro de linfocitos y por ende es incurable hasta la fecha.

Como podemos apreciar la primera circunstancia es adecuada, a las lesiones que origina el VIH.

2.- Derogada.

3.- Esta circunstancia es más bien referente a homicidios violentos no aplicables a la infección de VIH. Por lo que no se podría entonces adecuarse a una lesión mortal.

CAPITULO VII

**“LA TENTATIVA EN EL DELITO DE
PELIGRO DE CONTAGIO”**

7.1 LA TENTATIVA.

El iter criminis (camino del delito) comprende el estudio de las diversas fases recorridas por el delito; desde su ideación hasta su agotamiento o ejecución. Dentro del iter criminis se distinguen dos fases:

La fase interna (subjetiva) y la externa (objetiva). El delito se encuentra en su fase interna cuando aún no ha sido exteriorizado, es decir, que no ha salido de la mente del autor, y la fase externa es simplemente la manifestación material de la intención delictuosa.

Intentar un delito es poner en acción todo aquello con que se pueda obtener su ejecución. Mientras su ejecución no se haya cumplido del todo, el delito es simple tentativa, pero cuando haya sido llevado a sus últimos extremos, ya no es tentativa sino consumación del delito. Por lo que podríamos decir que la tentativa es la ejecución incompleta de un delito.

Por lo que la doctrina considera como definición de tentativa a: " Los actos ejecutivos (todos o algunos), encaminados a la realización de un delito, si éste no se consuma al querer del sujeto"⁶².

El artículo 12 del C.P.D.F. dice:

"Existe tentativa punible, cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza realizando en parte o totalmente los actos ejecutivos que deberían de producir el resultado, u omitiendo los que deberían de evitarlo, si aquel no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente.

Para imponer la pena de la tentativa el juez tomará en cuenta, además de lo previsto en el artículo 52, el mayor o menor grado de aproximación al momento consumativo del delito.

⁶² CASTELLANOS Tena, Fernando. Ob. Cit. p. 287

Si el delito se desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se impondrá pena o medida de seguridad alguna por lo que a éste se refiere, sin perjuicio de aplicar la que corresponda a actos ejecutados u omitidos que constituyan por si mismos delitos".

7.2 LA TENTATIVA POR LESIÓN DE CONTAGIO.

Es difícil afirmar que puede existir una tentativa del peligro de contagio del VIH o de las lesiones provocadas por este ya que algunos autores niegan la tentativa en los delitos de peligro, por la inexistencia de daño en la consumación, argumentando la imposibilidad del peligro de un peligro.

Sin embargo, Jiménez Huerta admite como regla general, la tipicidad de la tentativa con los delitos de

peligro, "siempre y cuando los actos a los que dichos tipos requiere ampliar, sin integrar plenamente la conducta peligrosa que el tipo describe, sean en su esencia típicamente idóneos para su realización", lo cual tiene lugar cuando los actos ejecutados inician el riesgo al bien jurídico tutelado, como lo sería el caso de quien es sorprendido, sobre la vía del ferrocarril, al comenzar a sacar un clavo o un tornillo que sujeta un durmiente o un riel, pues en tal situación a ejecutado actos idóneos encaminados a la consumación del delito de ataque a las vías generales de comunicación.⁶³

Es por ello que sí se puede dar la tentativa de lesión en estas circunstancias ya que se trata de un delito de carácter material, porque se pone en riesgo la salud que es el bien jurídico que se tutela.

Al referirnos al peligro de poner en riesgo, se entiende que existe una intención de daño, por ende es

⁶³ PAVON Vasconcelos, Francisco. "Breve ensayo sobre la tentativa". 4ª Edición. Ed. Porrúa. México 1989. p.p 162 -163.

doloso, esta intención es independiente de la consumación del delito, por ello es autónomo.

En el caso de peligro de contagio venéreo, la tentativa se da, por ejemplo, cuando el sujeto activo, con previo conocimiento de la infección, realiza actos idóneos para el contagio, es decir mantiene relaciones sexuales con el sujeto pasivo, con la intención dolosa de transmitir la enfermedad a su víctima, esta tentativa se configura siempre y cuando no se transmita la infección y por ende no constituya lesión por causas ajenas a la voluntad del sujeto activo, de consumarse la lesión, se le sancionará, hasta las dos terceras partes de la sanción que se le debería imponer, que es lo dice el artículo 63 del C.P.D.F.

7.3 EXCLUSIÓN DEL CONTAGIO DE SIDA COMO TENTATIVA DE HOMICIDIO.

La infección del VIH como sabemos se considera como una enfermedad venérea, que se transmite principalmente por medio de relaciones sexuales, en el

artículo 199 bis del C.P.D.F. tipifica el delito de peligro de contagio para enfermedades venéreas e incurables, por ende esta conducta se adecua perfectamente a este artículo, que se considera como una tentativa de lesiones.

El medio idóneo para transmitir la enfermedad son las relaciones sexuales en su mayor parte y en segundo término por transfusión sanguínea.

Teóricamente para confirmar la tentativa de homicidio, el sujeto debe de ejecutar hechos directa e indirectamente a tratar de privarle de la vida a alguien, estos hechos deben de ser idóneos, es decir que el sujeto activo tenga una amplia posibilidad de realizar y por ende que la víctima muera ya que se supondría esa fuera su intención.

Medios idóneos	⇒	relación sexual
Objeto material del delito	⇒	transmisión de la enfermedad.

Debido a que la posibilidad de contagio es muy variable y difícil de acreditar por el largo periodo de incubación del virus, y después de ese prolongado tiempo sería casi imposible de señalar al individuo causante del contagio, ya que podría haber muerto a causa de la enfermedad, por ello no podríamos hablar de hechos encaminados directa e inmediatamente a tratar de privarle la vida a alguien, ya que la relación sexual causa del contagio no podría acreditarse. Por lo que los medios idóneos de prueba serían imposibles de reunir.

De llegar a consumarse el contagio, en teoría se aplicaría el artículo 292 del C.P.D.F. que nos habla de lesiones que resulten de una enfermedad probablemente incurable, el 293 de lesiones que ponen en peligro la vida y no podríamos hablar de una lesión mortal debido al 303 fracción I y III, por la imposibilidad de probar los medios idóneos.

Por ende, ni aun en teoría podríamos hablar del contagio por VIH, como tentativa de homicidio.

7.4 EL CONTAGIO CONSUMADO POR LA INFECCION DEL SIDA.

Para ello tenemos que considerar los siguientes hechos:

- 1) 50% de los infectados, desarrollan la enfermedad en un plazo de 10 años.
- 2) 35% en un plazo de 5 años.
- 3) 25 - 30 % permanecen asintomáticos de por vida.
- 4) En donaciones de sangre, la latencia del virus puede durar hasta 5 años, con un 90 % de posibilidades de contagio.
- 5) El riesgo de contagio por una relación sexual varia de 1/100 entre homosexuales y de 1/1000 entre heterosexuales.

- 6) Los seropositivos sobrepasan de 10/1¹ y de 100/1 quienes padecen de SIDA.
- 7) Los compañeros regulares de los pacientes con SIDA tienen un 60% de posibilidades de contraer la infección.
- 8) 75% de los homosexuales han tenido más de 30 compañeros.
- 9) 21% de los heterosexuales mas de 15 compañeros.
- 10) La defunción se produce prácticamente siempre a los 2 años posteriores al diagnóstico de SIDA. En México tienen un promedio de 6 meses la defunción después del diagnóstico.
- 11) El 100% de los casos diagnosticados, son reportados hasta dos años posteriores de la infección.

A continuación analizaremos como, basándose en los citados hechos, se hace imposible reunir los medios idóneos de prueba para configurar el delito de lesión por infección VIH.

Si consideramos que el presunto sujeto activo aun viviera y estuviera registrado su caso en la Secretaría de Salud, teóricamente podríamos configurar el primer elemento de prueba que sería el peligro concreto, es decir la confirmación de la enfermedad por el presunto sujeto activo.

Ahora bien se pasaría a analizar si la presunta víctima se encuentra en los grupos de alto riesgo estadístico o bien es la pareja sexual regular del presunto sujeto activo.

Sí se encontrase o comprobase que pertenece a los grupos de alto riesgo (homosexualidad, promiscuidad, hemofílicos, etc.) por razones obvias no se procedería contra el supuesto sujeto activo.

Por otro lado, si fuera la pareja sexual regular de la presunta víctima, se analizaría si este presunto sujeto activo se contagio por contacto sexual o transfusión de sangre y si conocía o desconocía su enfermedad.

- I) Si es por contacto sexual, al estar alguno de los dos contagiados, se presumiría solo el peligro de contagio.

- II) Si estuvieran los dos infectados, sería un delito imposible de configurar debido a que tendríamos 2 sujetos y además el virus tiene un estado de latencia diferente entre las personas o bien podría alegar al sujeto activo infidelidad de su cónyuge o contagio a él por transfusión, etc. Entre otros elementos que hacen imposible la configuración del delito.

Si bien, se podría decir que entre cónyuges o concubinos se podría demostrar quien es el sujeto activo ofreciendo las siguientes pruebas:

- 1.- Análisis de sangre prematrimoniales.
- 2.- Acta de matrimonio.
- 3.- Análisis seropositivos del presunto sujeto activo.
- 4.- Análisis seropositivos de la presunta víctima (sujeto pasivo).

Al estar los dos contagiados, debido al periodo de latencia del virus, así como la variabilidad del contagio se haría imposible de configurar la lesión.

Ejemplo.- Una pareja se hace sus respectivos análisis prematrimoniales, ambos resultan seronegativos, se casan en 1994 y posteriormente en 1999 alguno se hace los análisis correspondiente y resulta seropositivo, aun no desarrolla la enfermedad plena, pero se lo oculta a su pareja y continua manteniendo relaciones sexuales con ella, posteriormente ella se entera y formula su querrela acreditando las respectivas pruebas.

En que forma podría acreditar la presunta víctima que no fue ella la que contagió al presunto sujeto activo.

Mientras el virus tenga cambios moleculares en su estructura y por ende se desarrolle diferente entre los individuos trayendo como consecuencia una latencia diferente en el desarrollo de la enfermedad así como una amplia variabilidad de contraer la infección, jamás se podrán configurar los medios idóneos de prueba para acreditar la lesión por infección del VIH.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Primera. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, implica actualmente muchos retos para la ciencia médica y jurídica y la sociedad en general.

Segunda. El VIH es una inmunodeficiencia que tiene características como el de un largo plazo asintomático, con la posibilidad de ser asintomático, pero seropositivo toda la vida y la alta promiscuidad, en los grupos de alto riesgo hace muy difícil sino imposible la configuración de los elementos materiales para comprobar el delito de peligro de contagio o en su caso la tentativa punible de lesiones, más aun la sanción solo podría ser aplicable a los individuos asintomático o a quines no desarrollen la enfermedad plenamente, ya que de otra forma estaría fuera de lugar ya que no alcanzaría a ser cumplida.

Tercera. La infección del VIH, supera por mucho a la realidad médica, como jurídica, de tal forma que la medicina moderna aun carece de los medios científicos para curar la enfermedad, y la legislación penal no esta preparada para configurar los medios idóneos de prueba para sancionar esta conducta dolosa.

Cuarta. Esta conducta dolosa, penalmente solo es adecuado como una tentativa punible de lesión en caso de solo estar expuesto al contagio, o de lesiones en caso de haber sido contagiado.

Quinta. El artículo 199 bis del C.P.D.F. en materia de fuero común y para toda la República en materia federal, no tiene una autonomía real al constituir una tentativa o mejor dicho, al describir posibles tentativas del delito de lesiones.

Sexta. Quizá el utilizar el derecho penal como represión en los casos del peligro de contagio no resultaria tan efectivo como el de elegir las estrategias adecuadas, como las

educativas y las mejoras en la accesibilidad de los pacientes al diagnóstico y al tratamiento.

Séptima. El problema del SIDA, es un problema de salud pública, por lo que requiere de una mejor información, capaz de abordar las cuestiones técnicas, legales y sociales en toda su complejidad, además de ser rigurosa, para que permita vencer miedos e imponerse a la enfermedad, en fin que se le dé un enfoque humano al problema, ya que se trata de la vida, en toda la extensión de la palabra.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Amigos contra el SIDA. "SIDA HOY". México, D.F. 1997.
2. AMUCHATEGUI Requena, Irma Griselda. "Derecho penal". Ed. Harla. México 1993.
3. BASSO, Domingo. "El sida: responsabilidad de todos". Ed. Lumen. Buenos Aires 1991.
4. BURGSTALLER, Manfred. "Problemas jurídico penales del sida". Ed Bosh. Barcelona 1993.
5. CARDENAS Bravo, Luis. "SIDA, lo que todos debemos saber". Ed. Trillas, México, D.F. 1994.
6. CASTELLANOS Tena, Fernando. "Lineamientos de Derecho Penal". 41ª Edición. Ed. Porrúa. México 2000.

7. CONACIDA. "Preguntas y Respuestas sobre Sida". México, D.F. 1994
8. GALLO, Roberto, et.al. "El origen del virus del SIDA". Ed. Prensa Científica. México 1991.
9. GARAU, Javier y MARTINEZ, Joaquin. "EL SIDA". Ed. Emeka, España 1990.
10. GOMEZ Rivero, María del Carmen. "La imputacion de los resultados producidos a largo plazo". Ed. Tirant lo Blanch. Valencia, España 1998.
11. GONZALEZ de la Vega, Francisco. "Derecho Penal". T.J. México 1939.
12. GRMEK, Mircko. "Historia del SIDA". Ed. Siglo XXI. México 1992.
13. HERNÁNDEZ López, Aarón. "Manual de procedimientos penales". Ed. Pac. México 1985.

14. INCHAURRAGA, Silvia. "El sida en la cultura".
2a Edición. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires 1997.
15. IZAZOLA, José Antonio. "SIDA, Estado actual del conocimiento". Ed. Noriega. México 1996.
16. JIMÉNEZ de Asúa, Luis. "La ley y el delito". Ed. Hermes. Buenos Aires, Argentina 1954.
17. LEIBOWICH, Jackes. "Un virus extraño que viene de lejos". México 1992.
18. LOPEZ Betancourt, Eduardo. "Delitos en particular". 3ª Edición. Ed. Porrúa. México 1997.
T.II.
19. MARK, Platts. "SIDA: aproximaciones éticas". Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1996.
20. MEJICA, Juan. "Régimen jurídico del sida". Ed. COMARES. Granada, España 1999.

21. NEUMAN, Elias. "Sida en prision". Ed. Depalma. Buenos Aires 1999.
22. PAVON Vargas, Francisco. "Delitos de peligro para la vida". Ed. Porrúa. México 1981 p. 14
23. PAVON Vasconcelos, Francisco y Vargas Lopez, G. "Los delitos de peligro para la vida". Ed. Porrúa. México 1981.
24. PAVON Vasconcelos, Francisco. "Breve ensayo sobre la tentativa". 4ª Edición. Editorial Porrúa. México 1989.
25. PUCCINELLI, Oscar Raúl. "Derechos Humanos y SIDA". Ed. Depalma. Buenos Aires 1995. T. I.
26. RAMÍREZ Islas, Sergio. "Lógica del tipo en el Derecho Penal". Ed. Jurídica Mexicana. México 1970
27. REYES, Alfonso. "La Tipicidad". Ed. Universidad de Colombia. Colombia 1978.

28. SANCHEZ Caro, Javier. "Derecho y SIDA". Ed. Mapfre. Madrid 1995.
29. SÁNCHEZ Ocaña, Ramon. "Ante el SIDA ¿Que puedo hacer?". Ed. Planeta. México 1992
30. SEPÚLVEDA Amor, Jaime. "El SIDA en preguntas". México 1987.
31. VEGA Ruiz, José de. "Tratamiento jurídico del SIDA". Ed. Colex. Madrid 1992.

ECONOGRAFIA

1. "Diccionario Enciclopédico Universo". 5ª Edición. México 1984.
2. Pavón Vasconcelos, Francisco. "Diccionario de derecho penal". Ed. Porrúa. México, 1997.
3. PINA Milán, Rafael de. "Diccionario de Derecho". 21ª Edición. Ed. Porrúa. México, 1995.
4. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Semanario Judicial de la Federación. 6ª época, T. CX 1ª parte.

LEGISLACION

1. "Códigos Penales Latinoamericanos 2000". S.C.J.N. México 2000.
2. "CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES COMENTADO". DÍAZ DE LEÓN, MARCO ANTONIO. 5ª EDICIÓN. ED. PORRÚA. MÉXICO 1998.
3. "CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS COMENTADA". 14ª EDICIÓN. ED. PORRÚA, UNAM, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS. MÉXICO, 1999.
4. "Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal". Ed. Porrúa, México 1999.
5. "Compilación de Instrumentos Nacionales e Internacionales sobre vih/sida y Derechos Humanos". comp. y ed. de Ariadna Estevez López. Comité Sida y Derechos Humanos. México, 1999.
6. "Código Penal para el Distrito Federal en materia de

fuero común y para toda la República en materia de fuero Federal y su interpretación por el Poder Judicial de la Federación". Suprema Corte de Justicia de la Nación, México 1998. 5 vols.

HEMEROGRAFIA

1. NACIONES UNIDAS. "Informe de una consulta internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos". Ginebra 26-28 julio de 1989. Ed. Naciones Unidas. N.Y. 1991. p. 55
2. Revista Especial. "muy interesante". México. Núm. 10, 1994.
3. RULLAN Cordova, Francisco. "La sexualidad en el adulto". Revista de Información Científica y Cultural, CIENCIAS DE LA SALUD. Villahermosa, Tabasco. Núm. 34. Ene-Abr, 1993, p. 27.