

737
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

Seminario de Sociología General y Jurídica

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA Y SUS REPERCUSIONES
SOCIALES Y JURIDICAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
ROSA INES RODRIGUEZ SOMARRIBA

Asesor: Lic. Rafael B. Castillo Rutz

MEXICO, D. F.

1991

FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I. EL SIDA.....	1
1.1. Definición del S.I.D.A	
1.2. Causas, síntomas y signos iniciales de SIDA.	
1.3. Características del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	
1.4. Formas de Transmisión.	
1.5. Medidas de Prevención.	
CAPITULO II. LA SOCIEDAD Y EL SIDA.....	23
2.1 Sociedad.	
2.2. Antecedentes Nacionales e Internacionales del SIDA.	
2.3. Efectos Sociológicos del SIDA.	
2.4. Aspectos Psicosociales en pacientes con infección - por VIH.	
CAPITULO III. EL SIDA ANTE EL DERECHO POSITIVO MEXICANO.....	60
3.1. Los artículos 4 en su párrafo tercero; y 73 fracc. XVI de la Constitución Política.	
3.2. Reglamentación de diversas Instituciones encargadas de la prevención y control del síndrome.	
3.3. El SIDA en relación con los artículos 199 bis, 288 y 302 del Código Penal.	
3.4. Su inclusión como causal de Divorcio en la fracc. - VI. del art. 267 del Código Civil.	
CAPITULO IV. CONCLUSIONES.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	122

I N T R O D U C C I O N

La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A) y su expansión posterior como fenómeno epidémico, ha producido en la Sociedad una multifacética reacción.

Es ésta reacción , aunada a las características de la enfermedad, las que han motivado mi interés para el análisis y la realización del presente trabajo.

El SIDA ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, ha puesto en marcha lo mismo , a los poderes públicos que, a organizaciones civiles , a grupos de voluntarios - que a organismos internacionales. Por lo que tanta explosión social, me ha inquietado para conocer las repercusiones que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa en la sociedad, en la familia, en nuestra legislación, en el comportamiento humano; ya que a la fecha encontramos algunos preceptos que no son idóneos a la naturaleza de la enfermedad. Por lo que cabe hacer notar , que la legislación que regula el SIDA, es incompleta, por tratarse de una enfermedad de reciente aparición, con implicaciones sociales diferentes, y con repercusiones epidemiológicas importantes, como tal vez en su tiempo lo fué la sífilis. Nuestra legislación actual no atiende adecuadamente las características globales del padecimiento. Por ello, la presente investigación, -- pretende analizar de manera selectiva las peculiaridades de la enfermedad, así como sus antecedentes, su epidemiología y desarrollo general.

Espero que el siguiente trabajo cumpla el cometido antes expuesto y deseo sea de utilidad para el mejor entendimiento comprensión y razonamiento jurídico de éste problema médico social, que el día de hoy alcanza magnitudes insospechadas

C A P I T U L O 1

I. EL S.I.D.A.

I.1. Definición de S.I.D.A.

Hubo que esperar hasta el mes de octubre de 1983 para que fuésc aceptada, al fin, una definición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El C.D.C. (Control Disease-Center), control de enfermedades de Atlanta la propuso. El buró-europeo de la organización mundial para la salud la adoptó. El conjunto de la comunidad científica occidental acordó lo siguiente:

El SIDA: Es un síndrome que se expresa por un cierto número de enfermedades-cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza. Evoca una deficiencia de la inmunidad celular. Deficiencia que no tiene causa anterior conocida, es adquirida. (1)

Tal como es, en todo caso, la descripción del SIDA es operacional. Permite la vigilancia de la enfermedad y los límites que ella misma fija, sirve para evitar errores como el tener casos de SIDA en todos lados, lo cual no haría más que acrecentar una inquietud que ya existe.

Las letras S-I-D-A significan: Síndrome (conjunto de síntomas de más de una enfermedad) de Inmunodeficiencia -

(1) Consejo Nacional de Prevención del SIDA. Gaceta Conasida, México, Editorial Conasida Sep/Oct. 1988. año I, número 3.

(falta de defensas contra las enfermedades) Adquirida (que se contrae). El virus que causa el SIDA (VIH), ataca el sistema inmunológico del cuerpo (las defensas contra las infecciones), dejando a la persona afectada sin protección contra padecimientos graves. Se puede estar infectado por el VIH durante ocho años o más sin presentar síntomas ni desarrollar la enfermedad. Durante ese tiempo, las personas infectadas pueden transmitir el virus a otras sin saberlo. (2)

Para los fines limitados de investigación epidemiológica, un caso de SIDA se define como aquél en que una persona tiene:

1.- Una enfermedad diagnosticada con seguridad, que indica cuando menos en forma moderada una deficiencia inmune celular subyacente (como una infección oportunista o un sarcoma de Kaposi en una persona menor de 60 años).

2.- Ninguna causa subyacente de deficiencia inmune celular, ni otra alteración que explique la disminución de la resistencia que se haya relacionado con esa enfermedad. (3)

La definición ha sido bien aceptada por muchos países y el centro de colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para SIDA.

Las infecciones oportunistas que indican SIDA deben:

(2) Boletín Internacional para el intercambio de información sobre el SIDA número 9, octubre 1990, p. 1

(3) Gaceta "Acción en SIDA", México, marzo/abril 1990 núm. 2 pág. 7

1.- Sugerir una deficiencia inmune celular.

2.- Ser lo bastante raras en una población inmunológicamente normal para utilizarse como prueba de discriminación. La aplicación estricta de los criterios de la definición del --- CDC ha asegurado información fidedigna y reproducible sobre la epidemia de SIDA . Sin embargo, al mismo tiempo, sólo ha identificado las manifestaciones más graves y tardías de la enfermedad.

Habiendo expresado algunos de los conceptos con -- los cuales los especialistas definen a la enfermedad, es importante, para tener una idea más clara sobre éste padecimiento el profundizar sobre otro término antes utilizado; la inmunidad.

Cuando se habla de inmunidad, evocamos voluntariamente imágenes guerreras, en donde habitualmente se rechaza a to do intruso. En ella se conjuntan dos sistemas de defensa: la -- inmunidad celular y la inmunidad humoral. Cada una de ellas tie ne acciones específicas, se controlan mutuamente y vigilan la re gularidad de sus funciones. La principal arma de inmunidad ce-- lular, son los linfocitos T. Estas células particulares no son - operativas más que después de haber madurado en una glándula, el timo, por lo que son timodependientes y de ahí el origen T que - se añade a su nombre. Estos glóbulos blancos nacen en los gán-- glios , bazo y médula ósea; después emigran a la circulación san guínea. Hay tres tipos de Linfocitos:

1.- Linfocitos T Auxiliares; 2.- Linfocitos Asesinos; 3.- Linfocitos supresores. Los auxiliares repelen al agente extraño, precipita la alarma y una cadena de reacciones de - defensa. Los linfocitos asesinos engloban al intruso. Cuando -

todo pasa normalmente, en un organismo sano los supresores estabilizan las acciones de ambos linfocitos. La inmunidad celular posee otras armas. Son las sustancias químicas que segregan los linfocitos, a las que se les llama linfocinas, la más conocida es el interferón. Este puede actuar directamente sobre un virus, hacia el cual él es un veneno.

En la inmunidad humoral, su rol esencial es el secretar anticuerpos, sustancias químicas constituidas esencialmente por proteínas.

Los agentes enemigos emiten moléculas químicas, los antígenos, que los anticuerpos arrasan por una serie de reacciones físicas y químicas. Todos éstos fenómenos funcionan permanentemente en el organismo. Es la defensa humoral la que opera al principio. La inmunidad celular, tiene una acción retardada. Ella se manifiesta solamente 48 horas después de la invasión. En el SIDA la inmunidad que aparentemente es la más dañada, es precisamente la inmunidad celular.

Cada uno de los sistemas de inmunidad ataca más específicamente a diferentes agentes infecciosos, por ejemplo la rubéola, el tétanos se enfrentarían a las defensas de tipo humoral; siendo entonces la inmunidad celular la más solicitada; y desgraciadamente las afecciones del SIDA pertenecen a ésta categoría que se aprovecha de una inmunidad celular fallida.

Espero, que después de introducirnos un poco al fascinante mundo de la medicina, exista una idea más precisa del padecimiento al que nos estamos refiriendo.

I. EL S.I.D.A.

1.2. Causas, síntomas y signos iniciales de SIDA.

En una etapa inicial de la epidemia de SIDA, cuando la enfermedad parecía limitada a homosexuales promíscuos, se creía que era posible que la causa del SIDA, dependiera de un agente ambiental tóxico. Uno de los principales candidatos fue el nitrito de amilo; una llamada droga de la calle o de recreación utilizada para aumentar la actividad sexual. Los homosexuales utilizan ésta droga y otros nitritos, como el isobutilo y el nitrito de butilo, con mucha mayor frecuencia que los heterosexuales. Se dice que los nitritos también relajan el músculo liso del recto y el esfínter anal facilitando las relaciones por ésta vía.

Algunos estudios sugieren una conexión positiva -- entre el abuso de nitritos y el riesgo de SIDA. Sin embargo, los resultados de estudios de casos controlados indican que ya no se consideran más como factores importantes en la causa de éste padecimiento. Sin embargo, no se ha descartado su control como cofactor en éste síndrome.

En los dos últimos años se han acumulado numerosas pruebas que sugieren que el SIDA es causado por un agente transmisible específico. Desde el principio se pensó que el agente causal del SIDA era un virus.

Distintas pruebas sugieren firmemente que el agente causal del SIDA es un retrovirus nuevo que se ha colocado en el grupo de virus de leucemia de células T humanas. Como ya --

existen dos tipos de éstos virus, el nuevo relacionado con el SIDA se ha denominado virus de leucemia de células T humanas tipo 3. En fechas más recientes se ha cambiado su nombre por el de virus linfotrópico de células T humanas tipo III, o HTLV-III, ya que no causa leucemia.

El HTLV-III, muestra grandes similitudes con un retrovirus aislado con anterioridad en Francia, llamado virus relacionado con Linfadenopatía (VRL). Este virus fué identificado por primera vez por el profesor Luc Montagnier y su grupo en el Instituto Pasteur de París, en mayo de 1983; éste descubrimiento fué seguido rápidamente un año después por la identificación de HTLV-III por el Dr. Robert Gallo, en el National Cancer Institute, en mayo de 1984 en Estados Unidos.

En San Francisco el Dr. Levy aisló éste virus pero lo denominó Virus relacionado con el SIDA (VRS). En consecuencia hoy en día se piensa que HTLV-III, VRL y VRS son el mismo virus. Pero la investigación en ésta área se lleva con tanta rapidez, que es posible que los tres virus, aunque comparten muchas similitudes, pertenezcan a diferentes grupos. Sin embargo el virus del SIDA se denominará HTLV-III. Las pruebas indican que es el agente causal del SIDA.

Los signos y síntomas que pueden sugerir sida son:

1. Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
2. Ganglios linfáticos tumefactos.

3. Pérdida inexplicable de peso mayor de 4.5 Kg. en dos meses.
4. Fiebre persistente o sudoración nocturna durante varias semanas.
5. Acortamiento persistente de la respiración y tos de varias semanas de duración.
6. Infección cutánea; manchas nuevas de color rosa o violeta, planas o elevadas, como un moretón o una vejiga con sangre.
7. Diarrea, por lo general profusa y crónica.
8. El sistema nervioso central se ve afectado por letargo, depresión y en las etapas finales demencia. (4)

(4) Montagnier, Luc. y Col. "16 Especialistas dan respuestas a sus preguntas sobre el SIDA". Edit. Leal. Edición Primera, España, 1987.

I. EL SIDA.

1.3. Características del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El virus HTLV-III linfotrópicos de células T humanas, sólo infecta células específicas del sistema inmune, los grupos de linfocitos T conocidos como células T colaboradoras. En consecuencia, es posible que el defecto subyacente en el SIDA sea un resultado directo de la escasez de células T colaboradoras para producir una respuesta inmune normal.

PATOGENIA DE LA INFECCION POR HTLV-III

Infección: El virus HTLV-III infecta un linfocito T colaborador.

Activación de células T: Las pruebas sugieren que el virus se replica con mayor rapidez si las células T se encuentran en estado de activación. Ello ocurre cuando son estimuladas por un antígeno. Las células T se dividen en seguida para producir una clona de células genéticamente idénticas capaces de combatir al invasor o el antígeno.

En el SIDA, algunos cofactores antigénicos pueden activar la célula T. Los posibles cofactores son infecciones virales anteriores, múltiples infecciones por enfermedades de transmisión sexual, exposición a los componentes antigénicos --

del semen, aplicaciones frecuentes de productos hematológicos, etc.

Replicación: En la célula T colaboradora activa, el virus (HTLV-III) puede replicarse y en consecuencia diseminarse a una porción mayor de células T colaboradoras. Quizá se necesiten varios ciclos celulares antes que el agotamiento de células T. Ello explicaría el período de latencia variable, y en ocasiones prolongado, antes que se manifiesten los síntomas clínicos. Asimismo, indica que la infección por HTLV-III pueden tener diversos resultados finales:

- 1.- Portadores asintomáticos.
- 2.- Linfadenopatía generalizada persistente.
- 3.- Linfadenopatía sintomática o complejo relacionado con el SIDA.
- 4.- SIDA. (5)

Los virus son microorganismos muy particulares. Constan solamente de uno de los dos tipos de material genético (o bien ADN o ARN) de una envoltura y en algunos casos de enzimas. Para reproducirse, requieren de la maquinaria genética de la célula a la que infectan, ya que por sí mismos son incapaces de hacerlo. Actualmente se consideran a los virus formas vivien

(5) Boletín Mensual Dirección General de Epidemiología. Retrovirus Humanos-1987: 177-183.

tes, y son muchos los virus descritos; algunos de ellos infectan vegetales, otros animales y también hay virus que infectan bacterias, hongos, etc. Todos ellos tienen en común la necesidad de utilizar la célula a la que infectan para reproducirse, y ésta es una de las razones por las que no se ha podido encontrar hasta la fecha medicamentos antivirales que además de ser efectivos sean inocuos, ya que para destruirlos o inactivarlos hay que destruir la célula infectada. Afortunadamente, nuestro sistema inmunológico es capaz de controlar la mayoría de las infecciones virales, pero en el caso del virus del sida, como ya dijimos, es precisamente éste sistema, el afectado.

El primer virus responsable del SIDA fué descrito por dos grupos de investigadores: uno del Instituto Pasteur, en 1983, y otro del instituto nacional del Cáncer en Estados Unidos, en 1984. Cada uno lo llamó de forma distinta, pero por tratarse del mismo virus se unificó la nomenclatura de LAV y HTLV-III a Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En 1986 se aisló un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas, en pacientes con inmunodeficiencia en Africa Occidental. Actualmente éste se conoce como VIH-1 y VIH-2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las dificultades para desarrollar una vacuna; y lo que cambia solamente son algunas proteínas de la envoltura. Las evidencias epidemiológicas de que disponemos indican que el VIH-2 ha restringido su circulación al Africa Occidental y Europa. Todavía no se cuenta con estudios epidemiológicos completos sobre la frecuencia de la infección por éste virus, lo que se conoce es que los mecanismos de transmisión parecen ser los mismos que para el VIH-1, por lo que se espera un aumento considerable en el número de enfermos infectados por el VIH-2 durante los próximos años. (6)

(6) Friedland GH, and Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency Virus. N. Eng. J-MED 317 1125-1135, 1987.

I. EL S.I.D.A.

1.4. Formas de transmisión.

Como es sabido la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se efectúa por las siguientes vías:

- a) Contacto sexual: cuando existen intercambio de líquidos corporales (sangre o semen) infectados.
- b) Utilización de agujas o jeringas contaminadas.
- c) Transfusión de productos sanguíneos.
- d) Transmisión perinatal.

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de transmisión para el virus de la inmunodeficiencia humana:

- a) La sexual, tanto homosexual masculina como heterosexual, (tanto en hombre a mujer o de mujer a hombre).
- b) A través de sangre y hemoderivados; siendo la transfusión sanguínea el mecanismo más frecuente dentro de éste grupo.
- c) La perinatal, que puede ocurrir durante el

embarazo a través de la placenta, durante el parto o en el post-parto a través de la leche materna. (7)

Es importante hacer notar que la notificación de los primeros casos en homosexuales ocurrió en 1981, por lo que al padecimiento se le denominó en un principio Gay Related - Immunodeficiency Disease (Grid). Posteriormente en 1982 surgió el padecimiento en drogadictos intravenosos lo que hacía evidente que ambos grupos padecían la misma enfermedad. Simultáneamente empezaron a aparecer otros grupos afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas sexuales con SIDA y sus hijos (transmisión perinatal), por lo que se sospechó que existían otros mecanismos de transmisión y se acuñó el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TRANSMISION SEXUAL

Durante el contacto sexual puede ocurrir transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos transferidos pueden ser:

Vaginales: Semen, Moco rectal; Orina; Heces Fecales; Sangre; Saliva. El VIH ha sido aislado de éstos fluidos. Sin embargo, solamente, la sangre y el semen han sido particularmente implicados en la transmisión. Además hay que tomar en cuenta que el hecho de aislar el VIH de un fluido corporal no significa necesariamente que éste sea importante en la transmisión.

(7) Revista de Inv.Clínica. Sector Salud. México 1987.

Existen múltiples estudios acerca de la eficacia de transmisión según el tipo de prácticas sexuales utilizadas y la vía de entrada del virus. Existen casos documentados de transmisión sexual hombre a hombre, hombre a mujer y mujer a hombre, pero se ha demostrado que la eficiencia de transmisión no es igual en todos los casos. Las relaciones sexuales en las que existe penetración penéana por el recto son las que implican mayor riesgo de transmisión. (8). La explicación más aceptada se basa en la naturaleza del epitelio rectal que es de tipo cilíndrico de una sola capa, ricamente vascularizado y con abundante tejido esponjoso no encapsulado, que con frecuencia sufre laceraciones durante el coito rectal, permitiendo la entrada del virus a la circulación. En la práctica sexual donde existe coito vaginal, la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que en la anterior. Esto se debe a las características anatómico-fisiológicas de la mucosa vaginal. Es muy probable que el riesgo de infección durante el período menstrual, tanto por los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal y la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo para la mujer, como por la presencia de sangre para el hombre. Al parecer existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo que viceversa, debido ésto a que el semen posee una concentración de partículas virales mayor a la de las secreciones vaginales. El Virus de Inmunodeficiencia Humana es sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente, lo que explica que solamente por transmisión directa, logre transmitirse. Se ha comprobado que sustancias contenidas en los espermaticidas, como el nonoxynol 9, son capaces de inactivar al VIH, por lo que se recomienda para disminuir el riesgo de transmisión en algunas prácticas sexuales. (9)

(8) Conasida, Boletín Mensual. Sector Salud. México, año 1 Núm. 3 1987

(9) Winkelstein W Lyman D.M. Sexual Practices and Risk of Infection By de Hum Immunodeficiency Virus JAMA. 1987, pág. 257 321.

La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambie, influyen en la eficacia de la -- transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido en linfocitos, y por ello los más efectivos en la transmisión.

Se desconoce el número exacto de exposiciones - necesarias para la transmisión por vía sexual efectiva por VIH, pero se han documentado casos atribuibles a un solo contacto, y -- se sabe que el riesgo aumenta de manera directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas.

TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

De los mecanismos de transmisión para la infección por el VIH, el de transmisión perinatal tiene particular importancia debido al grupo de edad que afecta y a que es un indicador indirecto de la transmisión heterosexual, que ha llegado a -- constituir un problema de salud materno infantil en algunas regiones como en el Africa.

Se acepta que en la transmisión del VIH de una madre a su producto puede ocurrir por tres mecanismos distintos:

1. Por vía transplacentaria.
2. Durante el parto.
3. Durante el post-parto a través de la leche materna. (10)

(10) Lapointe, N. Michaud. Transplacental Transmission of HTLV-III, N. Eng JAME 1985.

La vía de transmisión trasplacentaria se sospechó -- desde que se empezaron a reportar los primeros casos en lactantes, debido al período relativamente corto en que algunos de ellos desarrollaban SIDA, así como el reporte de casos de niños infectados -- que presentaban una apariencia dismórfica característica, que hacía sospechar la transmisión temprana in útero; posteriormente se demostró infección por VIH en líquido amniótico y tejidos en un feto de 15 semanas de gestación. (11)

Durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con la del niño, puede ocurrir transmisión del VIH. Este mecanismo es difícil de demostrar, ya que la transmisión puede ocurrir antes, a través de la placenta.

Referente a la transmisión post-parto, el primer informe en que se formuló la hipótesis de transmisión a través de leche materna fue publicado en 1985 por Ziegler y cols. (12). Se trató de un niño obtenido a través de cesárea, durante la cual la madre fue transfundida. El niño fue alimentado al seno durante 6 semanas. Un mes y medio después presentó dermatitis atópica y detención del crecimiento; a los 13 meses de edad, el niño y la madre resultaron positivos para anticuerpos anti-vih por prueba de Elisa; trece meses después del nacimiento del niño el donador desarrolló SIDA. Los autores sugieren que el niño se infectó a través de la leche materna.

Existe controversia acerca de cuál es la tasa de transmisión perinatal y de cuales son los posibles factores que favorecen que una madre infectada, transmita a su producto el VIH.

(11) Dr. Willy Rosebaum. SIDA "Realidad y Fantasmas". Serie Ciencia 2 Edit. Katum, 1985.

(12) Ziegler JB D.A. Cooper 1985 Postnatal Transmission Of AIDS - Associated retrovirus from Mother to infant, pág. 69.

Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, así como madres positivas en pruebas de detección de anticuerpos, que dan a luz niños infectados que desarrollan la enfermedad. Entre otros factores, ésto depende del estado de maduración del sistema inmunológico del niño en el momento en que ocurre la transmisión.

La situación epidemiológica de los casos de Sida perinatal, se ha modificado conforme la epidemia ha ido avanzando; la asociación entre madre seropositiva y producto infectado se ha incrementado de manera proporcional al aumento de la transmisión heterosexual.

En los países de Africa Central, cuyo patrón de transmisión es predominantemente heterosexual, la transmisión perinatal se ha constituido en una de las principales preocupaciones.

En los Estados Unidos, la transmisión perinatal constituye el principal mecanismo de infección en los casos pediátricos notificados. En México, es mas frecuente la vía de transmisión sanguínea. Se han reportado tres casos de transmisión perinatal, que representan el 0.5% del total de casos.

La definición utilizada, por los Centros de Control de enfermedades para definir caso de Sida en pacientes pediátricos en Atlanta, Estados Unidos ha sido incorporada a la definición mexicana, se considera como caso pediátrico: a aquél paciente que presente alguna infección oportunista (a), o neoplasia (b) sugesti

- (a) Se conocen como infecciones oportunistas, aquellas cuyos agentes, ya sean virus, bacterias, protozoarios y hongos, aprovechan la disminución de defensas en el organismo humano para introducirse y desarrollarse. Algunas son: Herpes simple, Pneumocystis carinii.
- (b) Neoplasia, es la formación de un tejido nuevo, tumoral y canceroso.

va de inmunodeficiencia celular, excluyendo infecciones congénitas diferentes a VIH (virus de inmunodeficiencia humana) (13)

TRANSMISION DEL SIDA POR SANGRE Y HEMODERIVADOS.

Desde el año 1982 había suficientes evidencias -- epidemiológicas para suponer que el Síndrome de Inmunodeficiencia -- adquirida, era causado por un agente infeccioso de transmisión sanguínea y sexual.

Los servicios de salud pública de los Estados Unidos , aceptaron ésta hipótesis y en 1983 recomendaron que las personas pertenecientes a algunos de los grupos de riesgo para desarrollar SIDA, deberían abstenerse de donar sangre o plasma. Estos grupos plenamente caracterizados son: hombres homosexuales y bisexuales, adictos a drogas intravenosas, pacientes con hemofilia, prostitutas y personas que han tenido contacto sexual con miembros de éstos grupos.

En 1984 se identificó plenamente el HTLV-III, como responsable de éste Síndrome -actualmente denominado como (VIH). En 1985 se contó con técnicas comerciales para detectar anticuerpos -- contra éste virus por análisis inmunoenzimático (Elisa); y a partir de ésa fecha en Estados Unidos y países europeos se inició la detección de anticuerpos contra el virus del SIDA en todos los donadores de sangre y hemoderivados. Estos programas de detección, permitieron eliminar las unidades de sangre y plasma contaminadas e interrumpir la transmisión por éste mecanismo.

- (13) CDC. Revisión of The CD Surveillance case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. (Mex. 35:265) 1983.
- (14) FriedlandGH, and Klein Rs. Transmission of The Human Immunodeficiency Virus. N. Eng. J- Med 317: 1125. 1989.

Es importante mencionar, que la transmisión del virus de la inmunodeficiencia Humana, se puede producir por la utilización de agujas o jeringas contaminadas; transmitiéndose el virus -- de una persona a otra. Así pues, la esterilización correcta de todos éstos instrumentos es muy importante para evitar la transmisión. Esto especialmente en los establecimientos de salud, donde la prevalencia de infección entre los pacientes es elevada; por lo que se aconseja sumergir el instrumental médico durante 30 minutos, en un desinfectante químico antes de limpiarlo, con lo que se reforzará la protección del personal durante la limpieza del material contaminado. (15)

(15) Consejo Nacional de Prevención del SIDA. Gaceta Conasida, México, Editorial Conasida, Noviembre/Diciembre. 1988. año I -- Núm. 4 p. 5

1. EL S.I.D.A.

1.5. Medidas de Prevención.

La mejor forma de combatir una enfermedad es previniéndola. La vacunación es la forma más simple, segura y efectiva de prevención. Las vacunas tienen el antecedente de haber tenido éxito en las campañas contra varias enfermedades virales; frente a éstos éxitos la situación del VIH, es diferente. El lograr una vacuna para ésta enfermedad es tal vez el reto más formidable y urgente al que se enfrentan los virólogos en la actualidad. A pesar de las investigaciones en éste sentido, se espera que no se disponga de una vacuna antes de fin de siglo.

Las dificultades a las que se enfrenta el desarrollo de una vacuna contra el VIH son diversas. Una de ellas es la variabilidad, ya que éste virus es capaz de modificar la estructura de su superficie. Otra característica es la de integrar sus genes al Código genético del huésped. Asimismo, la falta de un buen modelo animal de la enfermedad dificulta la estrategia de producción de una vacuna. En la actualidad se están probando varias vacunas en seres humanos. Es prematuro poder predecir su utilidad sin embargo, los resultados obtenidos hasta ahora no son muy prometedores. Una vacuna anti-VIH es un reto mayor al planteado por otras vacunas, puesto que el virus afecta algunas de las mismas células que la vacuna debe activar.

Los resultados más impresionantes hasta la fecha, se obtuvieron en los ensayos con una vacuna. Estos ensayos se produjeron en Zaire. Fueron los primeros ensayos llevados a cabo en humanos y en los cuales el investigador principal Daniel Zagu-

ry de la universidad de París, se inoculó a si mismo junto con los primeros voluntarios en noviembre de 1986. Este ensayo demostró que es posible obtener inmunidad contra el VIH en seres humanos. Zaguy está investigando una metodología más sencilla para lograr la misma respuesta. Mientras tanto, se empiezan a tener resultados de los ensayos llevados a cabo en los Estados Unidos, y en el Centro de Investigaciones Clínicas en Inglaterra. (16)

Como podemos darnos cuenta la vacuna no es hasta ahora, una medida de prevención para la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana; por lo que debemos valernos de otras medidas preventivas, no tan eficaces, pero que si se concientizan por la humanidad, pueden contribuir y evitar que el padecimiento se propague, controlando por el momento las dimensiones que la --pandemia podría llegar a alcanzar. Siendo de los tres mecanismos de transmisión del SIDA, el sexual el que mayores problemas preventivos plantea, por involucrar uno de los aspectos más íntimos y delicados de la conducta humana: la vida sexual. Es, por otro lado, el que se asocia a un mayor número de casos y al que, por lo tanto, mayor atención debe prestarse. En tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivos, la educación y la modificación de prácticas que conlleven riesgo constituyen los únicos medios a través de los cuales se puede incidir en el problema. Es por ello que las campañas de difusión y prevención y los programas educativos deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la --sexualidad en forma plena y segura, orientando a los individuos con conductas de alto riesgo o con riesgo potencial para que modifiquen sus hábitos sexuales substituyéndolos por otros que han sido ampliamente difundidos en las campañas educativas a nivel mundial, como una medida efectiva para reducir el riesgo en la trans

(16) Revista del Inv. Clínica. Sector Salud. México, año I núm. 5, 15 de mayo de 1987.

misión sexual del VIH. Existen diversos trabajos que han documentado, el que el VIH no atraviesa una barrera de látex o una membrana natural de la utilizada en la fabricación de algunos preservativos. Entre las recomendaciones generales de tipo médico-sanitario cuya práctica disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección se encuentran las siguientes:

- a) Tener una sola pareja sexual
- b) Evitar relaciones sexuales ocasionales
- c) Reducir el número de parejas sexuales.

Para aquellas situaciones en que los hábitos sexuales son diferentes, se han elaborado otra serie de recomendaciones, como establecer en qué consisten las prácticas sexuales sin riesgo y las que son de alto riesgo, ésto para disminuir las posibilidades de adquirir la infección. La decisión sobre el tipo de relaciones sexuales que cada individuo practique solamente podrá tomarla el propio individuo. (17)

Respecto a las medidas de control adoptadas en México para prevenir la transmisión del virus por sangre y hemoderivados, la Secretaría de Salud ha adoptado las siguientes medidas: la prohibición de la comercialización de la sangre y la realización de campañas para promover su donación. Es posible que exista un incremento, en corto plazo de la proporción de casos asociados a transfusiones de sangre y hemoderivados, pero se espera que con el tiempo ésta proporción disminuya gradualmente, proban

do de ésta manera la eficacia de las medidas preventivas adoptadas en los centros colectores de sangre.

Por último, es importante conocer, cuales fueron las medidas adoptadas para la prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana. Entre las recomendaciones que el sector salud ofrece, pudimos darnos cuenta, que tienen como propósito orientar a médicos y personal paramédico sobre la magnitud del problema; así como definir los grupos de mujeres a quienes deberá recomendarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, en caso de embarazo o antes del mismo; llegando a la conclusión que el grupo de mujeres es el siguiente:

- 1.- Aquéllas que presenten alguna evidencia clínica de estar infectadas.
- 2.- Aquéllas que sean parejas sexuales de bisexuales hemofílicos, politransfundidos y hombres con evidencia clínica o de laboratorio de infección por VIH.
- 3.- Prostitutas. (18)

Otras de las medidas que se recomiendan son las de dar asesoría, apoyo en los servicios médicos, clínicas para enfermedades de transmisión sexual, clínicas para prostitutas, así como en los servicios de planificación familiar, ginecología y obstetricia.

(18) Selwyn P.A. D.E. Schoenbaum. A.R. Feingold. "Perinatal transmission of Aids in intravenous drug abusers. III International Conference on AIDS. Washington D.C. Estados Unidos 1987 pag. 157

Las pruebas de detección de anticuerpos, deberán -- realizarse exclusivamente si se tiene la autorización de la mu-- jer y después de haberle proporcionado información acerca del -- significado positivo o negativo de la prueba.

Los anticuerpos contra el VIH son detectables 6 a 8 semanas después de ocurrida la exposición, por lo que una prueba negativa en éste lapso no asegura que la persona no se haya in-- fectado y deberá repetirse con una periodicidad entre 3 a 6 me-- ses. (19)

A las mujeres infectadas habrá que persuadirlas de-- disponer el embarazo hasta que se conozca más acerca de la trans misión perinatal del virus. Si ya se encuentran embarazadas se -- les deberá ofrecer servicios médicos y sociales adicionales y -- apoyo psicológico, debido al riesgo de infecciones oportunistas-- y alteraciones psicológicas durante y después del parto. (20)

Las mujeres infectadas deberán ser informadas de - que no deben amamantar al niño para evitar la transmisión pos--- parto.

Los niños deberán ser evaluados clínicamente y se -- les deberá practicar pruebas de laboratorio para llegar a un --- diagnóstico temprano. (21)

(19) Scott G.R. Mother of infant with acquired immunodeficiency Syndrome. JAMA 1985.

(20) Blanche Longitudinal Study of 18 children with perinatal LAV/HTLV-III - Infection 1986.

(21) Marion, Human T. Virus Type III A ney dysmorphic syndrome associate in intrauterine HTLV_III infection Rw 1986.

C A P I T U L O I I

2. LA SOCIEDAD Y EL SIDA

2.1 Sociedad.

La Sociedad , a pesar de su importancia, no hay un claro acuerdo sobre el significado del término, incluso algunos científicos han designado a su disciplina como la "ciencia de la sociedad".

En su uso más general, la Sociedad se refiere meramente al hecho básico de la asociación humana. Es decir, el término ha sido empleado "en el más amplio sentido", para incluir toda clase y grado de relaciones en que entran los hombres, sean ellas organizadas o desorganizadas, directas o indirectas, conscientes o inconscientes, de colaboración o de antagonismo. (22)

El concepto de relación social se basa en el hecho de que la conducta humana está orientada en numerosas formas hacia otras personas. No sólo viven juntos los hombres y comparten opiniones, valores, creencias y hábitos comunes, sino también entran constantemente en interacción, respondiendo uno frente al otro y ajustando su conducta en relación a la conducta y a las expectativas de los otros. La interacción, como la sugiere la palabra misma, no es una ocurrencia momentánea, ni una respuesta aislada a un estímulo aislado; es un proceso persistente de acción y reacción. Puede decirse que una relación social existe cuando individuos o grupos poseen expectativas recíprocas concernientes a la

(22) Ely Chinoy . "La Sociedad" Fondo de Cultura Económica. México 1966. pág. 109 y 122.

conducta de los otros de modo que tienden a actuar en forma relativamente reguladas. Desde el punto de vista , la Sociedad es, pues , el "Tramado de las Relaciones Sociales". (23)

La sociedad considerada como el "tejido total de las relaciones sociales, puede distinguirse de aquéllas determinadas - sociedades en las que se agrupan los hombres. Georg Simmel, uno de los fundadores de la sociología consideraba una sociedad, como "un cierto número de individuos unidos por la interacción".(24) Mientras que el antropólogo Ralph Linton la identificaba como -- todo grupo de gentes que han vivido y trabajado juntos durante -- el tiempo suficiente para organizarse y considerarse como una -- sociedad, con límites bien definidos."(25)

Esta concepción de la sociedad, aunque sea valiosa en -- la medida en que enfoca la atención hacia la red de relaciones -- que mantiene unidos a ciertos agregados humanos, es demasiado -- general. Definida así, la sociedad podría incluir cualquier multiplicidad de grupos que encontramos entre los hombres, es de--- cir, sociedad de amigos, clubes, logias, etc.

La Sociedad , pues, es más un grupo dentro del cual --- puedan vivir los hombres una completa vida común, que una organización limitada a algún propósito específico. Desde éste punto de vista una sociedad consiste no solamente de individuos vinculados unos a los otros, sino también de grupos interconectados - y superpuestos, que constan de millones de personas vinculadas-

(23) Ibid. pág. 130

(24) Georg Simmel. "Sociology Trad. Kurt H. Glencoe III. "The Free Press, - 1950, pág. 10

(25) Raplh Linton, "Estudio del Hombre". Trad. de D.F. Rubin de la Borbolla México. Buenos Aires F.C.E. 8ed. 1963

dentro de un complejo tejido de relaciones, que a la vez conforman comunidades urbanas y rurales, sectas y denominaciones religiosas, partidos políticos, razas y grupos étnicos, clases económicas y sociales, sindicatos, organizaciones de empresarios y de veteranos, y de la infinita variedad de otras organizaciones voluntarias en que se divide la población.

Cada sociedad puede, pues, ser analizada en términos de sus grupos constitutivos y de sus relaciones recíprocas.

Una sociedad, ya sea definida como el tramado de relaciones sociales, posee una forma de vida o, en nuestra terminología, una cultura. Los patrones de interacción y de relación social se definen por las normas que rigen la conducta y son afectados por los valores y creencias que comparten los miembros de la sociedad. Este hecho es tan importante, que la sociedad misma ha sido en ocasiones definida simplemente como el sistema de instituciones que gobiernan la conducta y proporcionan el marco de la vida social. Dentro de esta concepción, la sociedad deberá ser descrita en términos de sus principales instituciones: familiares, religiosas, económicas, políticas, educacionales, etc. Sin embargo, reducir la sociedad a una estructura de instituciones significa acentuar más al aspecto cultural, desviando la atención de la estructura de las relaciones sociales. Ambos elementos, no obstante, son esenciales para el análisis sociológico.

Una tarea importante de la sociología es descubrir no solamente las normas evidentes y explícitas que definen y regulan las acciones de los hombres, sino también aquellas que permanecen por lo general ocultas por debajo de la superficie.

Puede decirse que los hombres realizan o desempeñan papeles sociales, y que ocupan o tienen status. El Status es una especie de título de identificación social que coloca a las personas en relación con las otras, y que implica también alguna clase de papel. Cada hombre ocupa diversos status y desempeña diferentes papeles, es decir un hombre es esposo y trabajador de una fábrica y católico, etc. Cada una de estas identificaciones constituye un status y lleva consigo expectativas de conducta. Por lo tanto, la conducta de una persona depende en gran parte de la posición particular en la que se encuentre y de las expectativas de papeles que ella suponga.

En toda sociedad, los diferentes papeles dependen de hechos como la edad y el sexo. En toda sociedad los hombres y mujeres ocupan distintas posiciones y se espera que actúen de un modo diferente, variando en carácter, en personalidad, etc.

En la sociedad occidental, los enfermos ocupan una posición definida que permite, estimula, e incluso exige ciertos tipos de conducta, como lo ha demostrado Talcott Parsons. (26)

Pero la mayoría de los papeles y status surgen del mismo proceso mismo de la vida colectiva. Hay status atribuidos, que deriva de los atributos sobre los cuales no tiene control una persona; edad, sexo, color, y existen status adquiridos que está determinado por alguna acción directa, como el ser esposo o profesionista, etc. La atribución limita el acceso a ciertas posiciones de status: un hombre no puede llegar a ser una mujer. (27)

(26) Talcott Parsons, "The social system." Glencoe III. The free Press. 1951. pág. 239.

(27) Ibid, pág. 447

La importancia de los papeles sociales radica no sólo en el grado en que regulan la conducta, sino también en el hecho de que permiten a los hombres predecir los actos de los demás, y determinar, por tanto, sus propios actos de acuerdo con aquéllos. En consecuencia, las relaciones sociales existen entre los papeles desempeñados por los miembros de una sociedad. Estas relaciones no están sólo definidas indirectamente por las normas que exigen formas específicas de conductas sino también por prescripciones institucionales generalizadas que indican lo que se espera que hagan recíprocamente quienes se encuentren en status definidos.

El complejo conjunto de papeles y status que define la conducta de los individuos, y las relaciones que hay entre ellos, constituyen lo que los sociólogos llaman la organización o la estructura social. Los conceptos de la organización social y de grupo social definen una perspectiva central de la investigación sociológica. En su significado más amplio, dichos conceptos constituyen la sociedad, definida como "la matriz de las relaciones sociales dentro de la cual se desarrollan otras formas de vida de grupo", o como el grupo más amplio dentro del cual los hombres comparten toda su vida. Paralela a ésta perspectiva está la que proporciona el concepto de cultura y sus elementos componentes. Los patrones normativos, los valores y creencias comunes, las habilidades técnicas y los implementos prácticos surgen todos del proceso de la interacción social, de la experiencia de la vida social.

2. LA SOCIEDAD Y SIDA.

2.2. Antecedentes nacionales e internacionales del SIDA.

A partir del primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), diagnosticado en México en 1983, (28)- su frecuencia en nuestro país se ha incrementado en forma importante. Si bien no ha alcanzado las cifras alarmantes que se informan en los Estados Unidos, el aumento esperado para los próximos años ha llevado a las autoridades de la Secretaría de Salud a emprender campañas, para informar, divulgar, explicar, aclarar y tratar de prevenir ésta enfermedad.

El Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" se ha convertido en un centro de concentración para pacientes -- con SIDA, debido a que posee la infraestructura necesaria, además de haber sistematizado la metodología de estudio, y crear un grupo interdisciplinario para la atención integral de los pacientes.

El estudio de los pacientes con SIDA es necesariamente multidisciplinario, ya que los procedimientos, diagnósticos y de tratamiento requieren de especialistas de diversas áreas; siendo la vasta experiencia de dichos especialistas lo que dió lugar a la elaboración de Artículos que conformarán un suplemento de la Revista de Investigación Clínica, para conocer qué modalidades ha presentado la enfermedad en pacientes mexicanos, informar estadísticamente, conocer los factores de riesgo, entender la fisiopatología y las complejas alteraciones inmunológicas, conocer los cuadros clínicos que permitan sospechar el diagnóstico y los estudios paraclínicos que lo corroboren, observar las al-

(28) Consejo Nacional de Prevención del SIDA. Mayo/Junio 1988. Gaceta.

teraciones morfológicas y funcionales que ocurren en los aparatos y sistemas, conocer las condiciones que con mayor frecuencia provocan la muerte y enterarse de los problemas psicológicos y del entorno socio-económico de los pacientes. Existiendo por ésto mayor conocimiento de la enfermedad ya que las publicaciones referentes a los diversos aspectos de la epidemia de SIDA son, a la fecha innumerables.

En 1983 el primer paciente con SIDA en México fué diagnosticado en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".

La velocidad con que la población de éstos enfermos ha venido incrementándose es reflejo del desarrollo de la epidemia.

Del estudio de los primeros 93 pacientes atendidos en el departamento de infectología, de enero de 1983 a agosto de 1987, se recabo información en cuanto al sexo, edad, orientación sexual, lugar de residencia, historia del contacto sexual con extranjeros, uso de drogas, manifestaciones clínicas previas al diagnóstico de SIDA, tipo de infecciones, tiempo de sobrevida y hospitalización.

Se estudiaron 92 hombres y una mujer con el diagnóstico de SIDA, en un término de 5 años, en donde el noventa por ciento de los pacientes se encontraban entre los 30 y 50 años de edad, y el 10% restante tenía más de 50 años. La mayoría eran residentes de la Ciudad de México, 14% residían en provincia y 10% fuera del país.

De acuerdo a la presencia de grupos de riesgo (c) 56 eran homosexuales, 25 eran bisexuales, 3 heterosexuales y en 9 se desconocía o negaron cualquiera de los factores de riesgo.

Los 93 pacientes con Sida adquirieron la enfermedad por vía sexual, algunos de ellos con antecedentes de contacto sexual con extranjeros, en donde la proporción de éstos disminuye -- con los años. Los 93 pacientes tenían anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo I.

En 70 pacientes la manifestación del SIDA fué una infección de gérmenes oportunistas, en 19 fué Sarcoma de Kaposi (d) y en 4 pacientes se presentaron ambas.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes previas al diagnóstico fueron: diarrea, pérdida de peso y debilidad generalizada. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del SIDA fué de 8 meses, posteriormente el 50% de los enfermos fallece a la semana 22 de avanzada la enfermedad. Existiendo mayor sobrevida en los pacientes que iniciaron el síndrome con Sarcoma de Kaposi que para aquéllos que iniciaron con una infección oportunista. Los pacientes estudiados en México tuvieron manifestaciones semejantes a las reportadas en otros países, siendo más frecuente el antecedente en México de bisexuales.

Como sabemos por la experiencia obtenida en nuestro país, el impacto económico derivado de la atención de éstos enfer

- (c) La expresión grupos de riesgo, indica que la probabilidad de ser infectados por el virus del SIDA, es mayor entre ciertos grupos de personas que en el conjunto de la población,
- (d) Sarcoma de Kaposi es un tumor de la piel, que se conoce desde principios de siglo.

mos es muy grande pero inevitable. Por una parte, una proporción de éstos pacientes se recuperan ad integrum por varios meses, reintegrándose a su trabajo y actividades productivas, y por otra, el manejo de los pacientes sólo mejoraría conforme se tenga mayor experiencia y, considerando que es de esperar un tratamiento efectivo en los próximos años, se ofrecería entonces la mejor atención clínica dentro de los lineamientos sugeridos.

El Sida será visto con mayor frecuencia en los hospitales de México y los pacientes provendrán de los diversos grupos de riesgo, aunque serán cada vez más frecuentes los casos de transmisión heterosexual y por transfusión.

La República Mexicana ocupa el décimo lugar en el mundo, y el tercer lugar en América según datos actualizados hasta el 30 de agosto de 1991.

México ha notificado para el primero de mayo de 1991 un total de 7,839 casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud. (OMS)

Las entidades que acumulan el mayor número de casos de SIDA con aquéllos que concentran las áreas urbanas del país, como el D.F. (2,667) casos de SIDA, Jalisco (944), Estado de México (1030), Puebla (353), Nuevo León (269) y Coahuila (157).

La relación de casos SIDA por sexo para las dos últimas anualidades es de 6 casos en hombre por cada caso en mujeres.

La distribución porcentual de los casos por edad indica que 66.3% se presenta en la población de 15 a 44 años, 14.1% en adultos entre 45 a 64 años, 3.4% en niños y el resto en mayores de 65 años. (29)

Según las estadísticas por ocupación, es en los empleados administrativos en donde recae la mayor incidencia de casos, el grupo ocupacional de técnicos se encuentra en segundo lugar, el tercer grupo es el de los trabajadores de servicios públicos y privados, y las tasas más bajas continúan siendo en amas de casa, campesinos y estudiantes.

La mayor proporción de casos de SIDA asociados a homosexualidad se han presentado en Yucatán, Quintana Roo, Querétaro, Colima, Coahuila y Nuevo León. La mayoría de los casos con antecedentes transfusionales se han presentado en Tlaxcala, Puebla y Jalisco.

2. LA SOCIEDAD Y EL SIDA.

2.2. Antecedentes Internacionales del SIDA.

La hipótesis sobre el origen del SIDA, señala la semejanza entre el VIH con el virus linfotrópico T-III de simios (STLV/III) el cual fué aislado del Cercopithecus aethiops.

De acuerdo a ésta hipótesis éste virus se humanizó y originó al VIH (30). Al parecer la transmisión del VIH se inició desde los años cincuentas en una pequeña región de Africa Central; durante varios años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección en Africa Central. De Africa pasó a Haití, Estados Unidos y Europa a finales de los setentas.

EL SIDA EN ESTADOS UNIDOS

El 5 de junio de 1981, los norteamericanos proporcionan a la comunidad científica una extraña información : 5 jóvenes, todos homosexuales, padecen de una infección pulmonar rarísima, la neumocistosis. Este hecho epidemiológico surge de MWR --- (Morbidity and Mortality Weekly Report), una publicación médica -- del centro de control de enfermedades en Atlanta. Dicho centro registra cada enfermedad en los Estados Unidos, además de controlar el consumo de ciertos productos farmacéuticos. Y en 1980 los médicos constatan un hecho sorprendente, la toma de un medicamento, la Lomidine, el cual sirve al tratamiento de la neumocistosis. El parásito incriminado se llama neumocistis carinii (e) y provoca--

(30) Rozenbaum, Willy y Cols. "Sida Realidades y Fantasmas, México Editorial Katun, S.A. Segunda edición, 1985. pág. 23

(e) Protozoario de una sola célula que se aloja en la vías respiratorias.

ataques esencialmente pulmonares. Los médicos se asombran de que se advierta un crecimiento de casos de neumocistosis. El enigma aumenta cuando se constata que ésta enfermedad se desarrolló en dos regiones: New York y California. (31).

Los cinco jóvenes afirman ser homosexuales y son hospitalizados en tres hospitales de los Angeles. En agosto, de 1981, el misterio se agranda. El fenómeno toma gran amplitud, 108 personas atacadas por éstas enfermedades son detectadas. Entre ellas una sola mujer; 47 sufrían de sarcoma de Kaposi, 54 de neumocistosis, 7 sufren de las dos afecciones. En la medida en que la gran mayoría de personas atacadas son hombres jóvenes homosexuales, los médicos nombran sucesivamente a la enfermedad "GAY RELATED INMUNO DEFICIENCY" (GRID), es decir Inmunodeficiencia relativa a la homosexualidad. Sin embargo, la evolución de la enfermedad llevará a los médicos a abandonar estos calificativos demasiado específicos.

Al principio del año 1982, otros sectores de la población peligraban, los toxicómanos; pero no cualquiera de los drogaditos, solamente los que se inyectaban por vía intravenosa desarrollaban la enfermedad. El síndrome ha perdido entonces su particularidad Gay. La comunidad científica llega al acuerdo del término "A.I.D.S." Acquired Inmuno Deficiency Syndrome, que en francés, se convertirá en "S.I.D.A", o sea Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; ya que todas las manifestaciones de la enfermedad provocan una deficiencia de la inmunidad celular. En el espacio de un año, los estudios epidemiológicos, (31) Montagnier. Luc. y Cols. Op. Cit. pág. 45

llegan a la conclusión de que la inmunodeficiencia es adquirida en oposición a un fenómeno congénito que se manifiesta desde el nacimiento. Como ya mencionamos anteriormente, en el curso de la vida adulta, un evento brutal viene a mitigar las defensas del organismo.

Los norteamericanos desarrollan dos hipótesis.

-La enfermedad parece propagarse como una epidemia hecho que sugiere la transmisión por un agente infeccioso.

- Los Estados Unidos afrontarían una epidemia de bida a un producto tóxico. Ya que en la comunidad homosexual, -- circula una sustancia, el nitrato de amyle o de butyle, mejor -- conocido con el nombre de "poppers", el cual tiene virtudes afrodisíacas, propiedades vasodilatadoras. Pero cómo se explica que dentro del porcentaje elevado de los homosexuales utilizadores - del nitrato de amyle, solamente algunos desarrollan la enfermedad; por lo que ésto condujo a los científicos a imaginar que -- los poppers se desenvuelven como coadyuvantes que reforzarían lo nocivo de otros agentes.

Hubo que esperar hasta el mes de octubre de 1983 para que fué debate aceptada, al fin, una definición de la enfermedad y es la que hoy conocemos y mencionamos en el primer capítulo - de ésta tesis. (32)

Según datos actualizados hasta el 30 de abril de 1991, la Organización Mundial de la Salud, (OMS), ha registrado 359,272 casos de SIDA. En donde según las estadísticas, nos -- dan a conocer los doce países con mayor frecuencia de nú--

(32) Weekly Epidemiological Record Conasida. Mayo 1991.

meros de casos de SIDA.

Estados Unidos:	171,876 casos	Italia:	9,053 casos
Uganda:	21,719 "	Tanzania:	8,163 "
Brasil:	16,015 "	España:	7,489 "
Francia:	14,449 "	Malawi:	7,160 "
Zaire:	11,732 "	C.Marfil:	6,836 "
Kenia:	9,139 "	México:	6.790 "

AFRICA

Para explicar la distribución de los casos de SIDA en el continente africano éste se ha dividido en 5 regiones: Africa Occidental, Africa Oriental, Africa Central, Africa del Sur y -- Norte. La mayor prevalencia de la enfermedad es en las regiones oriental y central, siendo mucho más elevada en la primera.

Los estudios seroepidemiológicos han reportado tasas de infección en prostitutas, en donadores de sangre y mujeres em barazadas. La enfermedad es transmitida predominantemente por actividad heterosexual, exposición a sangre y jeringas contaminadas así como transmisión perinatal. La relación de casos entre hombres y mujeres es de uno a uno, afecta principalmente a adultos jóvenes y niños. las infecciones oportunistas más frecuentes detectadas son tuberculosis, criptococosis y criptosporidiosis.

El contexto sociocultural y el desarrollo de servicios de salud en Africa plantean un pronóstico desfavorable -- por lo que se espera que el SIDA sea el problema de salud pública más importante.

De los estudios epidemiológicos sobre SIDA en Africa y Haití, se obtuvo evidencia convincente sobre la transmisión heterosexual. En Africa Central las mujeres prostitutas fueron señaladas como un importante reservorio del VIH. (33)

La presencia de SIDA en Africa Central es muy interesante, ya que en esta area el sarcoma de Kaposi es endémico. La frecuencia mundial más elevada se encuentra en Zaire. La frecuencia tan alta de dicho cáncer en Africa Central indica que el SIDA se originó asimismo en ésta región. La falta general de instalaciones médicas y la presencia de muchas otras infecciones endémicas evitarían descubrir una afección de inmunodeficiencia. Más aún, en un ambiente con mortalidad infantil tan elevada por enfermedades infecciosas, es posible que no se identifiquen los casos de SIDA. La desnutrición grave de energía y proteínas en niños puede predisponerlos al agente de ésta infección o quizá no. Un informe reciente indica que en Zaire un 36% de los niños tiene anticuerpos contra el agente del SIDA.

En el transcurso de los años han vivido en Zaire -- unos 14.000 Haitianos y la hipótesis supone que los individuos sensibles llevaron el SIDA a Haití después de sus visitas de -- trabajo. Haití es también una isla favorita para festividades de homosexuales estadounidenses.

Por último, se ha propuesto que la epidemia de SIDA fué causada por las actividades ilícitas de contrabandistas internacionales de sangre, que compran plasma barato en Africa -- Central y el Caribe y lo venden a compañías estadounidenses. Esta teoría se ha criticado debido a la frecuencia de SIDA en homo

(33) Biagy Enzo. Un Sol Maligno. SIDA Madrid, Mandadori 1988. - pag. 214.

sexuales. Los bancos de sangre en Estados Unidos de América, niegan su participación en el contrabando de la misma, pero se sabe que quienes la venden operan en cualquier parte del mundo y compran y venden sangre por télex.

SIDA EN HAITI

No es fácil explicar la frecuencia elevada de SIDA en haitianos que viven en ese país o en quienes han emigrado a Estados Unidos, Canadá o Francia. Una hipótesis señala que es posible que Haití haya sido la fuente real de la epidemia de SIDA. Sin embargo, en opinión de investigadores experimentados en ése país, en ésta Isla no se observaron casos de SIDA hasta un año después que se presentó la epidemia en Estados Unidos, por lo que parece probable que el SIDA se haya presentado antes en Estados Unidos que en Haití.

Sin embargo, relativamente pocos haitianos han admitido relaciones homosexuales por los tabués culturales contra esa costumbre. No obstante, se sabe que en ese país hay prostitución homosexual en varones. Los prostitutas varones son invariablemente haitianos heterosexuales, por lo general con familia, que recurren a ésta actividad para complementar sus ingresos, por otra parte escasos.

En consecuencia, es posible que el contacto homosexual entre haitianos y turistas estadounidenses haya introducido el SIDA a Haití. Una vez establecida, la enfermedad, pudo diseminarse entonces con rapidéz en esta población pequeña, por contacto sexual.

Hoy en día, los haitianos se han quejado de discriminación en Estados Unidos y de una disminución importante del turismo como resultado de la publicidad relacionada con el SIDA.

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN FRANCIA

En Francia el doctor Willy Rosenbaum conoce el primer caso de SIDA, cuando uno de sus enfermos presenta los mismos síntomas, que los 5 jóvenes que informa el control de enfermedades de Atlanta (Control Disease Center). Willy Rozenbaum crea entonces un grupo de trabajo sobre el SIDA. Gracias a una rápida organización, la medicina francesa se arma eficazmente contra el SIDA, y Francia se convierte en el centro de referencia y de coordinación para el conjunto de Europa. (34).

(34) Rozenbaum, Willy y Cols. SIDA. Realidades y Fantasmas México, Editorial Katún, S.A. segunda edición.

2. LA SOCIEDAD Y EL SIDA

2.3. Efectos sociológicos del SIDA

El SIDA, como la lepra o la tuberculosis en otras épocas, es una enfermedad que estigmatiza socialmente a sus víctimas. Además, ésta enfermedad ha contribuido a politizar -a hacer públicos aspectos tradicionalmente privados, como el contexto de la relación amorosa -homosexual o heterosexual-, que es -- una de las principales formas de transmisión de la enfermedad.

La Transmisión del SIDA supone actos privados con -- consecuencias públicas. Las políticas sociales orientadas a combatirlo suponen, a la inversa actos públicos que tienen un impacto en la esfera de lo privado. Junto a éste vínculo de lo público con lo privado, se ha abierto un espacio para que ciertos -prejuicios y estigmas se acentúen. Consecuentemente, los enfermos de SIDA sufren una doble marginación: Biológica, por lo incurable de su mal y Social, por los prejuicios y estigmas que recaen sobre ellos.

La aparición del SIDA y su expansión posterior como -- epidemia ha producido en la sociedad una multifacética reacción. El SIDA es un fenómeno nuevo como enfermedad, pero viejo como la peste . Las sociedades lo mismo si se trata de nuevos males que de viejos e incurables enfermedades han experimentado a lo largo de la historia de la humanidad reacciones muy diversas y en -- más de un sentido contradictorias.

En presencia de un mal de carácter mortal, cuya posibilidad de enfrentamiento está más allá de los medios individuales, la sociedad sólo puede apelar a los poderes públicos, instancia de donde deben surgir las acciones contra la amenaza, así como la responsabilidad de gran parte de su éxito o fracaso.

En la Antigüedad Clásica, la peste tenía sólo una explicación primaria o general: era un castigo que, en venganza -- una divinidad ofendida enviaba a un pueblo o nación.

No obstante, lo anterior, Hipócrates, en el siglo IV-A.C., sostuvo que la enfermedad no se explicaba por la sanción de un Dios encolarizado, sino que procedía de causas naturales susceptibles de ser descifradas por la razón. En el siglo XVI, Giordano Fracastor escribía que el contagio de la peste enfermedad, se realizaba por partículas que el ojo humano no podía percibir,. Un siglo después, Kircher-jesuita alemán, habiendo observado la peste de Roma en 1656, fué el primero en creer en el contagium vivum que se producía a través de animales invisibles-pequeños. Tal hipótesis no comenzó a discutirse seriamente hasta el siglo XVIII, y terminó imponiéndose en el XIX con los trabajos de Pasteur y de Yersin, quien en 1894 descubrió el bacilo de la peste.

Antes de que se dieran tales avances, los autores -- cristianos identificaban a la pestilencia como el dolor y sufrimiento para que los hombres tomaran conciencia de sus pecados, e hicieran penitencia mientras les quedase tiempo. Así, la agonía representaba una de las últimas oportunidades que tenía el creyente para expiar o purgar sus culpas. Esta tendencia fué creciendo conforme se profesionalizaba el quehacer científico y se admitían las nuevas ideas médicas de la Europa ilustrada, al punto que, para fines del siglo XVII, numerosos reportes médicos señalaban a la pobreza, el hambre y la falta de una alimentación adecuada como principales factores que predisponía a la población a contraer

el mal.

Los poderes civiles, si bien no contaban con el casi incondicional apoyo colectivo que en ése entonces favorecía a la iglesia, ni tenían un órgano especialmente dedicado a lo que hoy se conoce como salud pública, también fueron objeto de importantes transformaciones en pro de la erradicación de la peste.

La peste estimulaba la capacidad de las autoridades civiles para instrumentar medidas higiénicas, de asistencia social, financiera, administrativa, de investigación y de capacitación de personal. A fines del siglo XVIII, sobre todo, se dió una reorganización en las funciones civiles. Prueba de ello es el Real Tribunal de Protomedicato, dedicado sólo a labores de inspección y expedición de licencias médicas a médicos, boticarios. La segunda mitad del siglo XVIII también atestiguó el cambio operado en el personal médico, que poco a poco fué transformando los esfuerzos individuales y heroicos en estrategias racionales de organización y lucha.

La amenaza de la peste también suscitó la aparición de "epidemias metales"; con ellas, la mayor parte de la población recurrió a conductas antisociales extremas, cuyo planteamiento esencial era la asociación del castigo con la conducta inmoral de un grupo en particular. La búsqueda de los culpables es tan antigua como la peste. Mal aconsejados por el miedo, numerosos hombres y mujeres buscaron refugio en la definición ciega de "normalidad". A partir de entonces, comenzaron las persecuciones y cacerías contra lo "anormal". Así, en la Europa medieval, judíos, musulmanes, gitanos, leprosos, brujas,

fueron utilizados como chivos expiatorios. Las acusaciones eran de lo más variado; desde haber desatado la furia divina por su inmoralidad, hasta tener claro el propósito de contagiar a la población. En Polonia, las mujeres fueron acusadas frecuentemente de extender voluntariamente la peste, por medio del contacto sexual.

La falta de información y el carácter elitista del saber médico eran aliados de la enfermedad. Si a ello se suma que las medidas sanitarias muchas veces fueron erróneas y descoordinadas, bien se puede entender que la desconfianza y el temor popular hacia las medidas civiles contra la peste fueran enormes. Con una autoridad dispersa en materia de salud pública, y una incapacidad de informar y convencer a la población de las ventajas de lo que intentaba, la cooperación del público no podía ser sino escasa.

El establecimiento de la cuarentena para los enfermos de viruela en 1797, por ejemplo, y la estipulación de que debían recluirse en los lazaretos junto a los leprosos, generó una abierta resistencia de la población, al punto que hubo enfermos que se escondían en su casas y no llamaban ni al sacerdote, por temor a que éste informara a las autoridades sanitarias.

En un siglo que se aprecia de haber separado el discurso científico del teológico, de haber desarrollado un saber médico racional totalmente desacralizado, de haber enfrentado exitosamente las epidemias conocidas, y de haber prescindido de cualquier interpretación metafórica de la enfermedad, el SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha plantado dilemas lo mismo en el orden de la salud pú

blica, que de la psicología, en el derecho y la moral; se ha constituido en una sombría y mortal amenaza, ha relativizado los triunfos que la medicina logró durante más de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso-salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones semejantes a las de antaño en esferas sociales, políticas y científicas.

Es de esperar que la enfermedad y muerte por SIDA se incrementen en los próximos años, y considerando el número de individuos que involucra, los modos en que se transmite, el impacto que tiene y las reacciones que provoca, bien podría ser llamada una enfermedad social. Pese a que en los comienzos de la epidemia no parecía haber razón para dudar de que los problemas planteados por la nueva infección podrían ser rápida y eficientemente resueltos por el saber médico, el largo período asintomático de la enfermedad, el largo tiempo en que se prevé que será posible encontrar una vacuna efectiva, así como el carácter íntimo y privado en que se lleva a cabo la mayor parte de los contagios han hecho del SIDA un problema de salud pública.

Así, ante la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha los viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpas a través de la exarcebación de prejuicios ya existentes.

Si un negro esclavo trajo la viruela a la población

indígena en 1520, ahora Haitianos y Africanos han sido señalados como los responsables de que el SIDA llegara al Continente Americano.

En éste caso, la búsqueda encontró en los homosexuales a los nuevos desviantes anormales para cebar en ellos los estigmas de la nueva enfermedad. Cualquier revisión hemerográfica, por superficial que sea, puede dar cuenta de la amplitud con que en México se ha realizado la asociación entre SIDA y Homosexualidad, a través de las ideas de culpa y castigo divino. En un semanario de amplia circulación, el SIDA apareció definido como: "Castigo divino contra la Sodomía, el Libertinaje y las desviaciones aberrantes de hombres y mujeres". La difusión de tales prejuicios no pueden sino convertirse en una aliada más de la enfermedad, en la medida en que produce reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante los avances del mal -- (basada en la falsa seguridad, según la cual, quien no es homosexual no está expuesto a ningún riesgo), hasta la abierta hostilidad hacia tales grupos (incluidos drogadictos y prostitutas), que se traduce en exigencia y presiones a las autoridades públicas para que apliquen medidas fuertes sobre ellos.

La función que asumía el rumor en las pestes, en la que se disparaban las posibilidades de contagio, y se inistía en el carácter fatalista e irremediable de la enfermedad, no -- parece haber desaparecido del todo, si tomamos en cuenta lo -- que al respecto se ha publicado: "El SIDA, se transmite por saliva, por semen, derivados de sangre y materia fecal....(frente al SIDA sólo queda cruzarse de brazos..)Son calamidades que pau

san sobre el hombre, sin poderseles eludir y para las que sólo queda la resignación como recurso". Lo mismo que antaño, lugares considerados como centros de perdición y depravación han sido clausurados. En los Estados Unidos, algunas legislaturas estatales han vuelto a considerar como delito la sodomía. Tales actitudes se fincan en la idea de que la enfermedad es incombatible, de que lo incurable siempre será incurable, y al igual que la de los antiguos aliados de la peste -su única propuesta consiste en distinguir a los contaminados de los no contaminados, y a practicar con éstos la exclusión sistemática, con lo que el SIDA se convierte en un evocador de culpa; la impureza, en un alto concentrador de contaminación física y moral, y en un elemento de disgregación social, entorpeciendo de esta manera cualquier intento por detener y erradicar la enfermedad.

La marginación de los nuevos réprobos en los nuevos leprosarios, para sidosos, tienen firmes raíces en ideas tan antiguas como erróneas: separar al apestado equivale a separar la enfermedad; toda vez que hayan sido separados los culpables la muerte acabará tanto con el enfermo como con la enfermedad. En el orden de reacciones, parecen inscribirse algunas propuestas poco estructuradas de cuarentena para los enfermos, pese a que ésta ha demostrado históricamente su ineficacia como medida sanitaria, por lo que muy poca utilidad podría representar para la salud pública el satisfacer tales requerimientos en el caso del SIDA. La influencia que las "epidemias mentales" de la actualidad pueden llegar a alcanzar entre la población no debe subestimarse si se toma en cuenta que siempre corren a su favor la desinformación, el temor natural al contagio y una serie de pre-

juicios ya existentes y fácilmente exacerbables. En 1985, en Nueva York, por ejemplo, ante el anuncio de la alcaldía según el cual se permitía asistir a clases a un niño de siete años enfermo de SIDA, 10.000 padres de familia boicotearon la asistencia de sus hijos, protestaron públicamente, pese a que la anuencia de las autoridades estaba basada en un dictamen competente.

Los resultados de algunas encuestas levantadas a raíz de la controversia mostraron que tal respuesta respondía al temor hacia el SIDA. Ya que pensaban era posible contagiarse al compartir el salón de clases con un enfermo, o que lo mismo podía suceder si se bebía del mismo vaso. Otros el 40% de los neoyorkinos estaba a favor de la cuarentena para enfermos. Las condiciones de desconocimiento en las que la gente elaboró esta respuesta al SIDA ponen de manifiesto las dimensiones potencialmente explosivas de las reacciones sociales que se desatan en pro de la exclusión.

El SIDA ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avances.

La amenaza ha puesto en marcha lo mismo a los poderes públicos que a organizaciones civiles, a grupos de voluntarios que a organismos internacionales. La política de salud frente al SIDA ha tenido que ser rediseñada tanto en aspectos administrativos y financieros como en la coordinación de las diversas instituciones sanitarias y de seguridad social concernientes, con el propósito de obtener una respuesta sistemática y eficiente. La nueva reglamentación sobre la donación de sangre bien puede considerarse un fruto de los avances que ante el sida se han tenido que realizar.

La Sociedad civil tampoco ha permanecido estática. Como antaño sucedía con las cofradías de socorro, se han autoorganizado grupos voluntarios que realizan funciones de información, educación y colaboración. En diciembre de 1987 se organizó un concierto con el propósito de recabar fondos para la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, y para insistir de que la cura no es posible sin la participación de todos.

La necesidad de prevenir efectivamente el contagio por la vía sexual ha hecho que tanto el Estado como la sociedad manifiesten una mayor disposición a reconocer los cambios -- que indudablemente se han dado en las conductas sexuales. Aspirar a una educación sexual adecuada y exenta de tabués, que se imparta desde la niñez, se ha vuelto una necesidad sentida y un asunto que atañe a la salud pública.

Es claro que las políticas de salud deben alentar y coordinar los esfuerzos de la sociedad civil por participar activamente, y por corresponsabilizarse y asumir como tarea colectiva la prevención, el control y la erradicación del SIDA, ya que el éxito de las medidas de salud y educación pública depende necesariamente de la cooperación de la sociedad en su conjunto.

Por otra parte, es importante que se preserve -- la capacidad social para que las estrategias de lucha y las medidas concretas sean producto de análisis razonados y de decisiones respaldadas por el conocimiento científico, de modo que no haya margen para improvisaciones producto de la presión, el miedo y la irracionalidad. Esta capacidad no debe ser subvertida por las "epidemias mentales".

Si bien la medicina contemporánea debe presentar en éste fin de siglo avances tan valiosos para erradicar la enfermedad, como los correspondientes a los últimos cien años, las políticas de salud deben alentar y patrocinar una importante misión científica, pero también persuadir a la población para que se prevenga del contagio modificando las conductas riesgosas.

No menos importante tarea del Estado, es impedir que las respuestas públicas se encaucen por la dirección equivocada. Permitir que el alarmismo cunda y cobre mayor fuerza la tendencia proexclusión no puede más que provocar que la enfermedad se vuelva clandestina y que, ante la fortaleza del estigma, los posibles contagiados encuentren preferible padecer la enfermedad en secreto, a la discriminación y marginación públicas. Sin embargo, dado el carácter irracional y potencialmente explosivo de las reacciones antisociales, la clandestinización de la enfermedad bien podría no ser la peor consecuencia.

En suma, las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender el bien público. Por ello, es importante que se insista en informar y educar, en especial a los enfermos, de manera que las reacciones antisociales no influyan en ellos disolviendo los lazos que tienen con la colectividad, e imposibilitando su colaboración en la lucha.

Es tarea de las políticas de salud y de la sociedad en general desmontar e inhibir las ideas y actitudes que tienden a parcializar el fenómeno SIDA, al considerarlo como -

enfermedad privativa de un grupo , o como enfermedad problemática que únicamente compete resolver a las autoridades sanitarias.

Podemos señalar en síntesis, que el SIDA ha generado por lo menos dos tipos de respuestas sociales susceptibles de una cuidadosa reflexión: las medidas de salud y educación pública por un lado, y los prejuicios y el estigma por otro.

El concepto de prejuicio puede ser definido : Como una aversión o una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo , existe una actitud negativa hacia alguien, y una creencia errónea hacia el grupo al que pertenece. Algunos autores han distinguido cinco grados de prejuicios -el primer grado es la anti-locución o rechazo verbal. El segundo es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona. El tercero es la discriminación y excluir del trabajo o la escuela a ciertas personas. El cuarto tiene que ver con el ataque físico. Y el quinto con el exterminio de una persona o grupo. Por lo que establecemos que el SIDA no sólo permite prejuicios sino que a la vez estigmatiza a sus víctimas. El estigma ha sido definido como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. Se han distinguido tres tipos de estigmas:

- Los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas.

- Los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales. ejem. drogadictos.

-Los que se asocian a una raza, nación o religión por herencia, ejm. judíos, negros, indios, etc.

A los sidosos se les estigmatiza en cuanto a enfermos y en cuanto a homosexuales.

VIH/SIDA EN RELACION CON EL LUGAR DE TRABAJO

Durante periodos prolongados, la mayor parte de las personas infectadas por el VIH se encuentran sanas. Con el tiempo, esas personas pueden desarrollar el SIDA. Se calcula que aproximadamente el 90% de los 5-10 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, se encuentran en una edad económicamente productiva. Por ello, es lógico preguntarse qué consecuencias tiene el VIH en el lugar de trabajo. En la inmensa mayoría de los medios laborales y de los oficios o profesiones, el trabajo no entraña ningún riesgo de adquisición o de transmisión entre los trabajadores, de un trabajador a un cliente o del cliente al trabajador.

La política sanitaria al respecto establece lo siguiente:

La protección de la dignidad y de los derechos humanos de las personas infectadas por el VIH, incluyendo a las que padecen SIDA, es esencial para prevenir y combatir el VIH. Los trabajadores infectados por el VIH que se encuentren sanos deben ser tratados exactamente igual que cualquier otro trabajador.

La mayoría de las personas con el VIH desean seguir trabajando, lo cual mejora su bienestar físico y mental, y deben tener derecho a hacerlo. Hay que dejarles que aporten su capacidad de creación y su productividad en un ambiente de trabajo que les sea propicio.

En la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, titulada "SIDA"; se establece la necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA y se insta a los Estados Miembros:

- 1.- A que fomenten un espíritu de comprensión y compasión para con las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.
- 2.- A que se protejan los derechos humanos y la dignidad de éstos (as), y que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización -- contra estas personas en la provisión de servicios, empleos y viajes.
- 3.- A que se garanticen la confidencialidad de las pruebas del VIH.

En la actitud que se adopte en relación al VIH y el lugar de trabajo se deberá tener en cuenta el contexto social y jurídico existente, así como la política nacional de sanidad y la estrategia mundial contra el SIDA. Entre los elementos de dicha política se ha establecido que a las personas que solicitan un empleo: la detección del VIH, previa a la contratación, como parte de la prueba de aptitud para el trabajo es innecesaria. Y a las personas que tienen ya un empleo:

- La detección del VIH/SIDA , no se debe exigir.
- El empleado no debe estar obligado a informar a su empleador acerca de su estado en relación con el VIH.
- Se debe respetar el carácter confidencial de toda información médica, inclusive el estado relativo al VIH.
- A las personas afectadas por el VIH, o sospechosas de estarlo, hay que protegerlas en el lugar de trabajo de toda estigmatización o discriminación por parte de compañeros, medios sindicales empleadores y clientes.
- La infección por el VIH no es motivo para cesar en el empleo, mientras estén médicamente en condiciones de desempeñar un empleo apropiado.

EL SIDA Y LA ETICA PROFESIONAL DE LOS MEDICOS

La Asociación Médica Americana (AMA) de los Estados Unidos ha declarado que, por consideraciones de ética, los médicos tienen la obligación de tratar a los pacientes que padecen SIDA. No se puede rehusar tratamiento a ningún paciente cuya afección corresponda al campo de competencia del médico consultado. El consejo de asuntos éticos y jurídicos expresó que el médico debe continuar su labor aunque ponga en riesgo su propia salud.

EL SIDA Y LA FAMILIA

Una vez que se tuvo certeza de que la magnitud -- del problema de la epidemia de SIDA crecía vertiginosamente, surgió la preocupación de los familiares que conviven con los pacien

tes o los individuos infectados. Para dilucidar este problema se han realizado diversos estudios en los Estados Unidos y en -- Africa. Vale la pena subrayar que la convivencia dentro de la - casa implica tanto compartir rasuradoras, cepillos de dientes, -- cortauñas, toallas, ropa, utensilios para la comida, como brin-- dar ayuda para que los pacientes se bañaran, comieran, etc.; --- también incluía el hecho de besarlos en las mejillas, en los la- bios, abrazarlos o tomarlos de las manos. El estudio demostró -- que ninguno de los familiares que no tenían factores de riesgo - tuvo indicio alguno de infección. Si bien la situación de la ma- yoría de las familias que viven en México o en Iationamérica no- es exactamente igual a la de los estadounidenses ni africanos, - las costumbres de convivencia sí son muy similares. Por lo anter- ior, se puede afirmar que convivir con un paciente infectado se encuentre asintomático o gravemente enfermo, no representa un -- riesgo significativo para adquirir la infección. Existen, sin - embargo, prácticas que sí ameritan tomar algunas providencias pa- ra que el riesgo no aumente. Este es el caso, por ejemplo al com- partir navajas de rasurar, cepillos de dientes, etc.

La situación será diferente si el paciente evolu- ciona con agravamiento de sus condiciones generales. Mientras se valga por sí mismo y tenga control de sus actividades, las reco- mendaciones son las mismas, pero si presenta vómito y no tiene - control de esfínteres, tendrá que seguir los mismos procedimien- tos que se señalan en los hospitales.

Podemos concluir que la vida familiar de los pa- cientes infectados y de los ya enfermos, inclusive en etapas fi- nales, no debe modificarse mayormente. Sólo deberán respetarse- las precauciones señaladas. De ésta manera , las actividades de la familia, como recibir visitas y las manifestaciones de afecto no deben suspenderse.

2. LA SOCIEDAD Y EL SIDA.

2.4. Aspectos psicosociales en pacientes con infección por VIH.

El estudio de los pacientes con infección por VIH. ha puesto en evidencia la complicada trama que subyace al proceso de padecer SIDA. Desde los primeros reportes en 1981, varias líneas de investigación se han desarrollado, entre ellas, el abordaje psiquiátrico, el psicológico, el neurológico y el social. El paciente y el médico que se enfrentan al SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos que van a determinar el curso de las actitudes de su trabajo y de su interacción, éstas son:

1. La sexualidad.
2. El contagio
3. La muerte. (35)

El significado de cada uno de éstos tópicos hace referencia a situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia, y a la comunidad.

Los síntomas clínico-psicológicos en los pacientes con infección por VIH están determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad:

- Nivel de influencia social
- Nivel de influencia psicológica individual
- Nivel de influencia orgánica del virus.

(35) Comité Nacional de Prevención del SIDA. El Impacto de los Medios de Comunicación Masiva, en la prevención del SIDA. México, Conasida 1987.

Cada uno de éstos niveles tendrá una mayor o menor función sobre la característica y desarrollo de los síntomas.

Se reportan diferentes reacciones psicológicas - vinculadas con las etapas por las cuales atraviesa el paciente con SIDA:

Crisis.- Ante la información del diagnóstico -- incierto y el curso de la enfermedad.

Depresión.- Por el inevitable deterioro físico - y por las limitaciones que supone la - enfermedad.

Culpa.- Por haber sido vulnerable a la infección.

Ira y Frustración.- Por la incapacidad de superar el virus.

Cada una de éstas fases tiene una representación y un significado diferente para cada paciente.

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

El SIDA ha tenido, para la población general, -- connotaciones negativas, en tanto que el mayor porcentaje de - los pacientes con el síndrome tienen o han tenido relaciones - homosexuales. Tener SIDA, implica, de alguna manera poner al-

descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo -- "contagioso" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA. La interacción del paciente con su medio tanto laboral como familiar, marital, etc., queda circunscrita a la capacidad de todos los integrantes del entorno.

La familia juega un papel central en la evaluación del soporte social de los pacientes. En éste sentido, la familia debe ser entendida como un subsistema social que ha tenido y tendrá acciones sobre el desarrollo de las manifestaciones clínicas. Las etapas por las que atraviesa el paciente van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos, que imposibilitarán su proceso de adaptación. (36)

La configuración relacional de la familia es diferente en los casos en que existe un miembro con conducta homosexual, que los de aquellas familias en donde ésto no se presenta, y la infección tiene una connotación de "accidental", como sería el caso de una transfusión con sangre contaminada.

Referente a los aspectos psicológicos individuales la doctora Kubler Ross ha diferenciado cinco fases:

Negación
Ira
Negociación
Depresión
Aceptación.

Todas éstas fases se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia . Durante la negación, el -- paciente anula de su consciencia la realidad patológica que sufre, desree la información que ha recibido. La ira, supone la reacción de sentimientos de culpa, puede motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea. La negociación es una forma de - adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar esperanza. En ésta fase se hacen intentos de restaurar la salud, mediante el pacto con una fuerza superior que permita la sobrevivencia y el bienestar. La fase depresiva supone una - evidencia por parte del paciente de su realidad como portador - de una enfermedad fatal; implica la disminución de los procesos negadores de tal manera que pueda llegar a la aceptación de la - enfermedad.

C A P I T U L O I I I

3. EL SIDA ANTE EL DERECHO POSITIVO MEXICANO

3.1. Los artículos 4 en su párrafo tercero; y 73 Fracción XVI de la Constitución Política.

El párrafo tercero del artículo Cuarto Constitucional textualmente dice:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas, en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de ésta Constitución." (37)

Las reformas constitucionales en 1983 incluyeron entre otras, la adición de éte párrafo al artículo 4o.

Una vez que el derecho a la protección a la salud ha sido garantizado, debemos analizar que el SIDA, es una epidemia que afecta a la sociedad en general en sus diferentes aspectos. Se debe establecer medidas necesarias para impedir la expansión de esta enfermedad, ya que existen individuos que por su actividad se encuentran dentro de los grupos de riesgo. Estas

(37) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Edit. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Edición Primera, 1985, artículo 4o. Constitución Política. Editorial Porrúa. 81a. Edición p. 9

personas deben tener acceso a la información para tratar de evitar que se contagien.

Los sidosos, en ocasiones, son rechazados por la sociedad, al grado de ser repudiados en los trabajos, las escuelas y hasta por su mismos familiares, por el solo hecho de saber se que tienen SIDA, sin tenerse conocimiento de las formas de -- transmisión del VIH y sus características. El estado debe evi-- tar este tipo de reacciones de la sociedad comunicando a la comu-- nidad por medio de todos los medios masivos de difusión los grupos de riesgo, la forma de transmisión del VIH, etc.

No debemos olvidar, que el concepto derecho a la salud, se modificó para efectos de la adición al artículo 4o. -- Constitucional, al considerar el legislador que la vida y la salud no se pueden garantizar ni por el estado, ni por la sociedad ni por el individuo, pero en cambio sí puede garantizarse su pro-- tección.

Es decir, que la garantía individual va a hacer - que el estado nos dé los medios necesarios para la prevención de las enfermedades, pero ésto no significa que nos va a garantizar que nunca nos vamos a enfermar. Se puede prevenir la enfermedad, mas no evitar que se contraiga.

El estado ha cumplido con ésta obligación en mate-- ria de SIDA, realizando conferencias , emitiendo boletines men-- suales en las diferentes instituciones y creando un organismo:

El Consejo Nacional para la Prevención y Control -

del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), es el organismo que ha creado el estado para la prevención de ésta grave enfermedad.

El día 24 de agosto de 1988 salió un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación por el cual se creaba este organismo. (38).

Ahora bien , el derecho a la protección de la salud se ha establecido con los siguientes propósitos:

- Lograr el bienestar físico y mental del mexicano, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas;

- Prolongar y mejorar la calidad de vida en todos nuestros sectores sociales;

- Crear y extender en lo posible toda clase de actitudes solidarias y responsables de la población, tanto en la preservación y conservación de la salud como en el mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr para el mexicano una existencia decorosa;

- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social;

- Impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el adecuado aprovechamiento y empleo de los servicios de salud;

- Desarrollar la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Con base a éstas finalidades ha sido elaborado un programa de salud que busca proporcionar tales servicios --

(38) Manual de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA. Conasida. México , 1990
II Anexo. pág. 117

a toda la población. Tales propósitos constitucionales habrán de encontrar su realización en el corto y mediano plazo, ya que bajo el título de Sistema Nacional de Salud, se ha constituido un organismo para atender el programa en cuestión.

El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto -- dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

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

FRACCION XVI DEL ARTICULO 73 CONSTITUCIONAL:

El Congreso tiene facultad...

... XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y Salubridad General de la República.

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

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas -- en el país, El departamento de Salubridad -- tendrá obligación de dictar inmediatamente --

las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

- 3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
- 4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan. (39)

A partir de la vigencia de la Constitución de 1917, ha sido muy debatido el tema de qué debe considerarse Salubridad General de la República. Sobre éste punto, Tena Ramírez sostiene:

"El concepto de salubridad general se relaciona sin duda con la salubridad que interesa a todo el país y no sólo a una entidad federativa. Pero obsérvese que pueden presentarse casos, reclusos por lo pronto en una zona determinada que no obstante interesan a todo el país..."

El maestro Tena, nos está indicando que una epide

(39) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa 81a. edición México 1986

nia puede presentarse en un lugar determinado, pero se corre el riesgo de propagarse por todo el territorio nacional, por lo con siguiente se debe incluir dentro de la competencia federal.

Otro autor define que la Salubridad General, es la parte del derecho a la protección de la salud que se otorga a -- través de prestaciones realizadas por el Estado en beneficio del individuo y la sociedad en general, tendientes a proteger y res-- taurar la salud de la persona y de la colectividad, a fin de al-- canzar un estado físicamente sano de la población del país.

De acuerdo al párrafo primero de dicha fracción -- XVI; el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República. Dicho organismo se encuentra inte-- grado por el secretario de salud, un secretario, doce vocales, -- etc.

El párrafo segundo contempla el único caso, consti-- tucional en que una dependencia del Ejecutivo obra autónomamen-- te, sin el acuerdo previo al presidente de la república.

El tercer párrafo establece que el Departamento de Salubridad goza de acción ejecutiva, por lo que se habrá de ad-- mitir que la materia de salubridad está regida por disposiciones excepcionales, que contrastan con todo nuestro sistema constitu-- cional.

El párrafo cuarto establece que el Consejo de Salu-- bridad goza de facultades legislativas, en sustitución del Con-- greso, cuando ocurren los casos señalados.

Adelantándome a una de mis conclusiones, podemos señalar que es Salubridad General de la República: Lo establecido en los incisos segundo y cuarto de la citada fracción XVI.

Todo lo que regulan los poderes federales. La salubridad que interesa a todo el país.

3. EL SIDA ANTE EL DERECHO POSITIVO MEXICANO

3.2. Reglamentación de diversas Instituciones encargadas de la prevención y control del síndrome.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Diario Oficial. Miércoles 24 de Agosto de 1988

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Miguel de la Madrid H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, Fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3o, fracción XV, So. 133 fracciones II y IV, 134, 136 y 141 de la Ley General de Salud, y Considerando

Que el artículo 4o. de la Constitución General de la República consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud; Que la Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesional, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades; Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Que con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria; Que la inclusión del Sida a la lista mencionada implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como su prevención y control con el firme propósito de combatirlo; Que en virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de Sida en el País y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Artículo 1o. Se crea el Consejo Nacional para la prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida-CONASIDA-, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores públicos, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la -- Secretaría de Salud y realizará las funciones a las que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones -- que, a través de otras unidades administrativas, realice dicha

Secretaría , en materia de prevención y control de enfermedades - transmisibles y de investigación para la salud, así como de las - que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución - General de la República y otras disposiciones legales.

Artículo 2o. El órgano desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

- I.- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración - Pública Federal en lo relativo a los programas - de investigación, prevención y control de la -- epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia - Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores - social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados.
- II.- Proponer los mecanismos de coordinación entre - las autoridades federales y los gobiernos de -- los estados con el objeto de que éstos puedan - aplicar las medidas necesarias para evitar la - diseminación del virus.
- III.- Proponer el programa nacional para la preven--- ción y control de la infección por el virus.
- IV.- Promover y apoyar la realización de investiga--- ción en relación al SIDA.
- V.- Fijar criterios en materia de investigación y - eventos científicos.
- VI.- Apoyar y realizar la difusión de información so - bre prevención y tratamiento del SIDA, en el -- marco de los programas de educación para la sa - lud de la Secretaría de Salud.
- VII.- Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la --- transmisión, prevención y control del SIDA.

VIII.- Sugerir medidas de prevención y control del SIDA.

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

X.- Expedir sus bases de organización y funcionamiento.

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

Artículo 3o.- Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

- 1.- El Consejo
- 2.- El Coordinador General
- 3.- El Patronato

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

Artículo 5o. El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome, en sus ausencias será suplido por el Coordinador General del mismo.

Artículo 6o. Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocadas por su presidente. Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA; las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate quien presida tendrá voto de calidad.

Artículo 7o. El Consejo tendrá las siguientes facultades:

- Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado.
- Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia.
- Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades Federales y los gobiernos de los estados.
- Aprobar y someter al Secretario de Salud, el Programa Nacional para la prevención y control de la infección por VIH.
- Someter a las Secretarías de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas.

Artículo 8.- El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida Tendrá las siguientes funciones:

- Presidir las sesiones del Consejo;
- Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas, a la celebración de sesiones.
- Invitar a quienes podrán asistir a sesiones.

Artículo 9o.- El Secretario de Actas auxiliará al Presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones.

Artículo 10o. El Coordinador General del Consejo será designado por el Secretario de Salud.

Como parte del programa de CONASIDA, se ha iniciado la creación en la Ciudad de México y en algunas ciudades en la República, de centros de información sobre SIDA que proporcionan a los usuarios información general, pláticas, conferencias y orienta

ción a escuelas, hospitales, empresas y a grupos especialmente interesados. Por otra parte ofrecen de manera confidencial y gratuita la realización de las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH, contando a la vez con un servicio especializado de asesoría médica y psicológica.

El Centro Nacional de Información se enfrenta no solamente al problema de la seropositividad de una persona sino a patrones socioculturales profundamente machistas, a una población altamente religiosa donde la sexualidad es considerada todavía como tabú, y donde se niega el hecho de que las relaciones humanas no incluyen únicamente las relaciones heterosexuales monógamas y estables. Como conclusión podríamos decir que éstas Instituciones han sido de gran importancia para el control de la epidemia de SIDA en México.

LEY GENERAL DE SALUD

Con la Adición de un párrafo tercero al Artículo 4o. Constitucional se establece la Garantía social del Derecho a la protección de la Salud. Esta garantía social es un compromiso programático de gobierno con el que el Estado adquiere la responsabilidad de fincar mayores esfuerzos para lograr la universalidad en la prestación de servicios básicos de salud, como parte de los propósitos de mejoramiento social que tienen punto de partida en la Revolución.

Asimismo significa una responsabilidad compartida entre el Estado, la Sociedad en su conjunto y los individuos para lo cual se hace necesario articular las acciones de los elementos involucrados.

Para ello la Ley General de Salud desarrolla las bases de un Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto dar cumplimiento al Derecho a la protección de la salud.

De esta manera el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración pública, tanto Federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

Para contender con la epidemia del SIDA se requiere no solamente de la acción decidida de una dependencia de gobierno, sino del concurso y coordinación de los elementos que conforman el Sistema Nacional de Salud. Esta responsabilidad de coordinación corresponde a la Secretaría de Salud.

Entre otros objetivos, el Sistema Nacional de Salud se propone proporcionar servicios de salud, a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas, y coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y aptitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

En éste sentido tuvo lugar la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA coordinado por la Secretaría de Salud e integrado por las Instituciones del sector, otras dependencias del Gobierno Federal y representantes de

los sectores social y privado, en tanto que los aspectos regionales del problema han sido materia del Consejo Nacional de Salud integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal y por los titulares de las dependencias estatales responsables de los servicios en la esfera local.

La Ley General de Salud precisa el contenido básico de la salubridad General y reparte la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas.

De lo anterior resultan tres modalidades normativas que forman parte de un todo sistemático: La salubridad general que se reserva la Federación, la Salubridad General que corresponde, de manera coordinada con la autoridad sanitaria Federal a las entidades federativas, y la salubridad local. Las dos primeras se rigen por la Ley General de Salud, y la última por la legislación local y reglamentos de ésta y los bandos de policía y buen gobierno.

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

La prevención y control de enfermedades transmisibles es materia de salubridad general concurrente en la que corresponde al gobierno federal su reglamentación y normatividad técnica, y a los gobiernos de las entidades federativas la ejecución de los programas con la aportación de recursos de am-

bas esferas de gobierno.

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

Conforme a la Ley General de Salud, son autoridades sanitarias:

El Presidente de la República, El Consejo de Salubridad general, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las -- Entidades Federativas. Las Leyes locales de Salud determinan que son autoridades sanitarias estatales el Ejecutivo del Estado, la dependencia de la Administración pública competente y los Ayuntamientos.

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

- Al Ejecutivo Federal, reglamentar la Ley General de Salud en materias de salubridad general, como es el caso de los reglamentos de -- sanidad internacional y de control sanitario de la disposición de órganos , tejidos y cadáveres de seres humanos.
- Al Consejo de Salubridad General, entre otras atribuciones le compete dictar disposiciones generales de carácter obligatorio en el país, adicionar las listas de las enfermedades ----

transmisibles prioritarias y formular propuestas de Reformas o adiciones a las mismas, conforme a lo cual en 1986 el Consejo de salubridad resolvió que el SIDA es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y la obligación de informar a las autoridades sanitarias sobre los casos en que se observara la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de sus anticuerpos.

- A la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud, le corresponde establecer y conducir la Política Nacional en la materia, coordinar los programas y servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, promover e impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud. Asimismo le corresponde dictar las normas técnicas a que debe quedar sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general y vigilar su cumplimiento, así como ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general.

- A los gobiernos de las Entidades Federativas --- además de establecer y reglamentar las materias de salubridad local, les corresponde en materia de salubridad general planear, organizar y desarrollar sistemas estatales, de salud -- programas locales de salud, elaborar ----

la información estadística local y vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y de las disposiciones que de ella deriven.

- A los Ayuntamientos, de conformidad con lo que establezcan las leyes locales, asumir las funciones que en materia de salubridad local y concurrente se les confiera, establecer y operar instituciones asistenciales y de salud, formular y desarrollar programas municipales de salud y vigilar y hacer cumplir la legislación en materia de salud, -- así como para expedir circulares y disposiciones administrativas de observancia general dentro de sus respectivas jurisdicciones, de acuerdo a las bases normativas que establezcan las legislaturas de los estados.

LA EPIDEMIA DEL SIDA Y LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El factor fundamental de combate y atención a las consecuencias de la epidemia del SIDA está en los servicios de salud que la Ley define como todas aquéllas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. La propia Ley general de salud clasifica los servicios en tres tipos: la atención médica, la salud pública y la asistencia social, que ante una epidemia de esta naturaleza se ven necesariamente interrelacionadas.

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

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

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

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

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

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

En el caso del SIDA, como en el de cualquier --

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 79 -

otra enfermedad, corresponde a la Secretaría de Salud dictar las normas técnicas para su prevención y control, establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica, realizar los programas que estime necesarios y promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud, para el óptimo desarrollo de sus programas y actividades.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Ley General de Salud en su art. 134 establece que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia realizarán actividades tanto de vigilancia epidemiológica, como de prevención y control de las enfermedades que el propio precepto señala y de las demás que determine el Consejo de Salubridad General y los tratados y Convenios Internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte.

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

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

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

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

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

PREVENCION, CONTROL Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

La Secretaría de Salud tiene bajo su responsabilidad elaborar y llevar a cabo, en coordinación con las instituciones del Sector Salud y con los gobiernos de las entidades federativas, programas o campañas temporales o permanentes para el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, --

que constituyen un problema real o potencial para la salubridad general de la República, caso en el cual se encuentra el SIDA (Art. 135)

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

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

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

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

Asimismo el período de incubación del virus, que puede ser de varios años, se contrasta con otras enfermedades -- materia del Reglamento Sanitario Internacional que reconocen en los casos de la peste, el cólera, la fiebre amarilla y la viruela períodos de incubación de 6,5, y 14 días respectivamente.

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

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

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

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

- La Secretaría de Salud establecerá las normas técnicas para el control de las personas que se dediquen a trabajos o actividades mediante los cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades transmisibles a que se refiere la Ley . (Art. 145)
- Las autoridades sanitarias quedan facultadas para utilizar como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y los reglamentos aplicables.(art. 148).
- Sólo con autorización de la Secretaría de Salud se permitirá la internación en el territorio nacional de personas que padezcan enfermedades infecciosas en períodos de transmisibilidad, que sean portadores de agentes infecciosos o se sospeche que estén en períodos de incubación por provenir de lugares infectados.--- (Art. 149)
- La autoridad sanitaria señalará el tipo de enfermos o portadores de gérmenes que podrán ser excluidos de los sitios de reunión (Art. 150).

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

En cuanto a los profesionistas, técnicos y auxi-- liares de la salud al tener conocimiento de un caso de enferme-- dad transmisible, están obligados a tomar las medidas necesa-- rias, de acuerdo con la naturaleza y características del pacien-- te, aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud-- individual y colectiva. (Art. 142)

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

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

Lo anterior en virtud de que la educación para-- la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarro-- llo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y acci

dentales, y proteger de los riesgos que ponga en peligro su salud; proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades, y orientar y capacitar a la población preferentemente entre otros aspectos, en materia de educación sexual y detección oportuna de enfermedades. (art. 112).

TRANSFUSION SANGUINEA

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

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

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

A lo anterior conviene anotar lo siguiente:

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

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

NORMA TECNICA NUMERO 324 PARA LA PREVENCION Y CONTROL
DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3o. fracción XV, 13 fracción I, 14, 134, 139 y 140 de la Ley General de Salud; 43, 48 y 52 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, y 19 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se emite ésta norma técnica.

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1o.- Las disposiciones de ésta norma técnica son de orden público e interés social y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de salud respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en virtud de que constituye por su magnitud y trascendencia un grave problema de salud pública.

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

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

- 1.- Por contacto sexual;
- 2.- A través de la sangre y sus componentes.
- 3.- Por el uso de agujas contaminadas;
- 4.- Durante el período perinatal, y
- 5.- Por transplante de órganos y tejidos.

Artículo 4o.- Para efectos de esta norma técnica se entenderá por:

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

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

A.- Con prácticas de alto riesgo:

- I. Homosexuales masculinos con varios compañeros sexuales.
- II. Bisexuales con varios compañeros sexuales.
- III. Heterosexuales con varios compañeros sexuales, y
- IV. Farmacodependientes que usen la vía endovenosa.

B.- De alto riesgo:

- I. Hemofílicos;
- II. Politransfundidos a partir del año de 1980.
- III. Compañeros sexuales de los individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere el inciso A y las fracciones I y II del inciso B, y
- IV. Hijos, nacidos a partir del año 1980, de individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que nos referimos.

Artículo 6o. La infección por VIH presenta las variedades clínicas siguientes:

- I. Infección aguda;
- II. Infección asintomática;
- III. Linfadenopatía generalizada y persistente, y
- IV. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Artículo 7o.- Los sujetos en estudio de infección por VIH se clasifican de la manera siguiente:

- I. Infectados probables; quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas de tamizaje, y;
- II. Infectados comprobados; -- quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas confirmatorias.

CAPITULO II

MEDIDAS DE PREVENCION

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

Artículo 9o.- Las medidas fundamentales que deben adoptar el personal de salud para la prevención de -- la infección en la comunidad -- son:

- I.- Información respecto de la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH.
- II.- Información respecto a los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH, y;
- III.- Información a los acupunturistas, aplicadores de inyecciones, trabajadores de peluquerías, salones de belleza y pedicuro, tatuajistas y similares sobre la necesidad de esterilizar los instrumentos punzocortantes que utilicen.

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

- I.- Informar sobre la conveniencia de:
 - Evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros.
 - Usar preservativo (condón)
 - Evitar donación de sangre, órganos y tejidos;

II.- Cumplir con las prescripciones siguientes:

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

No introducir la aguja en el protector después de utilizarla, sino depositarla en un recipiente rígido;

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

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

Identificación de líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres potencialmente infectados.

Limpieza con hipoclorito de sodio al 0.5% o con otros desinfectantes de las superficies potencialmente contaminadas;

Uso de tarjetas con pacientes hospitalizados con infección por VIH en la que se señale: "precauciones para sangre y líquidos corporales", e

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

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

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

1. Excluir como disponentes originarios a los individuos de los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH.

- II.- Detectar la presencia de anticuerpos de VIH por pruebas de tamizaje positiva, y;
- III.- Destrucción de la sangre y sus componentes, así como de los órganos y tejidos provenientes de individuos con una prueba de tamizaje positiva.

CAPITULO III

MEDIDAS DE CONTROL.

Artículo 14o.- El control del paciente con VIH en sus diferentes variedades clínicas comprende las actividades siguientes:

- I. Detección y diagnóstico.
- II. Manejo y tratamiento;
- III. Notificación ; y
- IV. Investigación y manejo de los contactos.

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

- 1.- Antecedentes de pertenecer a alguno de los grupos que señalan en el art. 5o. de ésta norma técnica.

II.- Cuadros clínicos;

A.- Infección aguda: Fiebre, adenopatía, exantema que se presentan de dos a ocho semanas de la exposición al VIH;

B.- Infección asintomática;

C.- Linfadenopatía generalizada persistente.

D.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- 1.- Síndrome de desgaste (fiebre, diarrea y pérdida de peso de más de un mes de duración).

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

- 3.- Encefalitis, mielopatía o neuropatía periférica.

III.- Pruebas de laboratorio:

A.- Pruebas de tamizaje;

Presencia de anticuerpos anti-virus de inmunodeficiencia humana en el suero, demostrados por los procedimientos siguientes:

Ensayo inmunoenzimático (ELISA)

B.- Pruebas confirmatorias.

Artículo 160.-El manejo del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades clínicas se lleva a cabo en el sujeto infectado comprobado y por el personal capacitado y de la siguiente manera:

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

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

- A.- Informar de su infección a compañeros sexuales, médicos y dentistas.
- B.- Evitar múltiples compañeros sexuales;
- C.- Usar preservativo (Condón)
- D.- No donar sangre, órganos y tejidos;
- E.- Evitar el embarazo y la lactancia;
- F.- No compartir agujas y utensilios punzocortantes de uso personal; y
- G.- Solicitar atención médica inmediata en caso de sintomatología.

III.- Proporcionándole, tanto a él como a su familia y convivientes, a poyo psicológico que les permita entender y aceptar la gravedad, letalidad y contagiosidad del padecimiento. Respecto del sujeto probablemente infectado, el manejo se lleva a cabo informándole de la necesidad de realizar su seguimiento clínico y de laboratorio.

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

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

- I.- En el caso de infección aguda y de linfadenopatía generalizada persistente, tratamiento sintomático y medidas higiénico dietéticas:
- II.- En caso de SIDA con infecciones oportunistas:
 - A. Candidiasis bucofaringea;- Ketoconazol o Nistatina, - bucal;

- B. Candidiasis o Criptococosis; Anfotericina B endovenosa.
- C. Neumonía por *Pneumocystis carinii* Trimetóprim con Sulfametoazol.
- D. Criptosporidiasis: Espiramicina bucal.
- F. En caso de SIDA con Sarcoma de Kaposi y otras neoplasias, se administra quimioterapia por médico especialista.

Artículo 19o.- El tratamiento etiológico de la Infección por VIH sólo se podrá llevar a cabo mediante protocolos de investigación y ética de las Instituciones de Salud, de conformidad con los criterios que al efecto determine la Secretaría de Salud, en los términos de la Ley General de Salud y sus reglamentos.

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

La notificación o aviso se hará en los formatos aprobados por la Secretaría de Salud, y de acuerdo a los procedimientos que establece la norma técnica No. 25 para la información --

epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1986.

Artículo 21o.- Se consideran casos de infección por VIH para fines de notificación o aviso aquéllos sujetos con infección confirmada de acuerdo al art. 7 de ésta norma técnica

Artículo 22o.- Se consideran casos de SIDA para fines de notificación o aviso, aquéllos en los que el paciente presenta:

- I.- Alguna infección oportunista o neoplasia.
- II.- Encefalopatía por VIH, con prueba confirmatoria positiva.
- III.- Síndrome de desgaste con prueba confirmatoria positiva.

Artículo 23o.- La Investigación de las fuentes de infección y de los contactos se lleva a cabo en los sujetos infectados comprobados por VIH y en los casos de SIDA previo consentimiento del paciente, y comprende las acciones siguientes:

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

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

III.- Estudio de los hijos nacidos después de la fecha probable de infección o del año de 1980 y;

IV.- En niños, investigación del estado serológico de la madre.

Artículo 24o.- El manejo de los contactos se lleva a cabo realizando pruebas de detección de anticuerpos para el VIH y se procede de acuerdo cómo se indica en el capítulo III de ésta norma técnica.

TRANSITORIOS.

PRIMERO.- Esta norma técnica entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Se dejan sin efecto las disposiciones que se opongan a las contenidas en ésta norma técnica.

Nombre y firma del Titular de la Unidad Administrativa. Responsable.- Jaime Sepúlveda A.

3. EL SIDA ANTE EL DERECHO POSITIVO MEXICANO

3.3. El SIDA en relación con los Artículos 199 Bis, 288 y 302 del Código Penal.

Ha sido siempre preocupación de la autoridad sanitaria el control de las enfermedades transmisibles.

Estas en algunos casos, llegan a constituir un severo problema para la Salubridad General de la República, de ahí el manifiesto accionar de la autoridad por lograr su control o erradicación.

Pero éstos males transmisibles no se circunscriben exclusivamente al ámbito de la salud pública, sino que pueden hacer incurrir al enfermo en conductas punibles.

La Ley General de Salud, en su artículo 134, enumera las enfermedades transmisibles que requieren de un especial control y vigilancia epidemiológica.

Para los efectos de éste capítulo resulta de particular interés hacer una breve semblanza sobre las particularidades del SIDA.

Es inobjetable que dicho síndrome constituye un problema de salud pública de la mayor prioridad de atención, no sólo a nivel nacional sino mundial.

Por otra parte, el síndrome es de una pavorosa letalidad al no existir actualmente medios terapéuticos eficaces para frenarlo, lo cual se agrava atendiendo a que la expectativa para hallarlos es a muy largo plazo.

El síndrome es generado por la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana, el cual como ya mencionamos, en su fase de incubación no presente ninguna manifestación en la salud de la persona, de ahí que se pueda ser portador del virus y por lo mismo fuente de infección por largo tiempo, sin saberlo.

Pasado el período de incubación el síndrome se manifiesta por una pluralidad de síntomas al decrecer cada vez más y con mayor celeridad, el sistema inmunológico o de defensa humano.

Como medidas tendientes a prevenir el contagio de la infección, en mayo de 1987 se reformó la Ley General de Salud y en virtud de éstas reformas:

- Se incluyó al Sida como enfermedad transmisible de notificación inmediata y obligatoria.
- Se prohibió la comercialización de la sangre e incluso, ésta práctica se incluyó como delito sancionado con pena de dos años a seis años de prisión y multa de 20 a 150 días de salario mínimo.
- En noviembre de 1987 fué reformado también el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de órganos y tejidos, como también de cadáveres de seres humanos, para hacer obligatorio el análisis de laboratorio para la detección del VIH o de sus anticuerpos.

Asimismo, en noviembre de 1988 se emitió la Norma Técnica número 324 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, a efecto de obligar al personal relacionado con el manejo de la sangre y de personas infectadas o probables portadores del virus, a que desinfecten, esterilicen o destruyan, según el caso, el equipomaterial y ropa presuntamente contaminada.

Por otra parte, las campañas de educación para la salud tendientes a prevenir el contagio de la infección, son de todos ya conocidas. Pero las acciones, ni la responsabilidad, debe ser exclusivas de la Secretaría de Salud.

Vale recordar que el Derecho Constitucional a la protección de la salud implica la asunción de una responsabilidad compartida, a la que concurren el Estado en sus diferentes esferas de gobierno, la sociedad, y los mismos particulares.

En este ámbito penal pueden repercutir las acciones u omisiones de personas que padecen una enfermedad transmisible, o del personal de salud que actúa negligentemente. En ésta tesitura es la conducta delictiva "EL PELIGRO DE CONTAGIO", prevista por la legislación penal en su Art. 199 bis, la que analizaremos a continuación.

ANTECEDENTES.

El Código Penal para el Distrito Federal de 1929 incluyó como delito el contagio doloso o culposo de sífilis o de un mal venéreo. El ilícito era de los llamados de daño o resultado, pues para su integración típica se requería de la actualización del contagio venéreo exclusivamente.

El subsecuente Código de 1931 suprimió esta figura delictiva, considerando para ello que el contagio, al producir una alteración de la salud, da lugar, en todo caso al delito de lesiones que conforme al Art. 288 del Código Penal Vigente "Bajo el nombre de Lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si éstos efectos son productos por una causa externa". (40)

Asimismo el artículo 315 del Código Penal establece que "Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por...contagio venéreo...", -- con el consecuente aumento de la sanción correspondiente, Art. 298.

No obstante, en 1940 se adicionó el mismo Código para incluir como delito el peligro de contagio doloso, sólo en lo relativo a los males venéreos y por medio de relaciones --- sexuales, sancionando al contagiador en potencia con pena privativa de libertad y económica, sin perjuicio de la correspondiente si se causa el contagio. El texto del nuevo tipo penal persiste hasta nuestros días y se localiza en el artículo 199 bis, que es del siguiente tenor:

"Art. 199 Bis.- El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión-----

(40) Código penal para el Distrito Federal, Editorial Porrúa. - México. 1988. 48a. Edición.

hasta de tres años y multas hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si causa el contagio.

Cuando se trate de cónyuge, sólo podrá procederse por querrela del ofendido."

ANALISIS COMPARATIVO.

Según un estudio del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, el delito de peligro de contagio se encuentra previsto en los ordenamientos punitivos estatales de la siguiente manera:

- En nueve Estados (Colima, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, y Sonora) no se contempla esta conducta como constitutiva de delito.

- En las restantes 23 entidades federativas, incluido el Distrito Federal, sí se prevé el peligro de contagio como delito pero lo hacen de distinta manera y contenido. Así tenemos que en seis (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Morelos, y el Distrito Federal) se restringe el tipo sólo a los males venéreos, mientras que en las otras 17 (Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán, y Zacatecas), se abre el espectro punitivo a otras enfermedades de fácil transmisión. Asimismo, algunos Estados circunscriben el medio de transmisión a las relaciones sexuales y en

otros, como en Chiapas, se prevé la posibilidad del contagio -- por cualquier otro medio directo. Sólo cinco entidades federativas comprenden, además el contagio nutricional en forma expresa.

Por ejemplo el Código Chiapaneco está lo anterior regulado en el Art. 174 de su ordenamiento penal, que dice:

Art. 174.- Al que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, o de alguna enfermedad fácilmente transmisible, tenga relación sexual con alguna persona o por cualquier otro medio directo ponga en peligro de contagio la salud de ésta, se le impondrá prisión hasta de cinco años y multa hasta de treinta días de salario, sin perjuicio de la sanción correspondiente si se causa el contagio; y será sometido al tratamiento médico correspondiente. Cuando se trate de cónyuges sólo podrá procederse por querrela del sujeto pasivo.

De todo lo anterior sobresalen marcadas diferencias en el tratamiento legislativo del tipo que se comenta:

- No todos los ordenamientos penales regulan la conducta delictiva en cuestión.

- Los menos se refieren exclusivamente a las enfermedades venéreas y los más a otras enfermedades de fácil transmisión.

- Algunos ciñen la posibilidad del contagio a las relaciones sexuales y otros, además, amplían el posible contagio por la utilización de cualquier otro medio directo.

ALGUNAS PARTICULARES DEL SIDA.

El Síndrome se caracteriza por lo siguiente:

-El período para que se manifieste va desde seis meses a cinco años, en términos generales.

- Indefectiblemente produce la muerte.

- Las personas pueden ser portadora del virus sin saberlo.

- Se transmite no sólo por contacto sexual

- Su transmisión puede ser por medios directos como indirectos.

PROBLEMATICA DE LA TIPICIDAD, EN EL CASO DEL SIDA.

Existen varios problemas de adecuación de la conducta al tipo:

-Se restringe el peligro de contagio a las enfermedades venéreas, exclusivamente, y el SIDA no es enfermedad venérea.

- Se sujeta la posibilidad del contagio a una sola forma de transmisión: la relación sexual, mientras que -- el SIDA se transmite de distintas maneras además de la vía --- sexual, incluso no es indispensable la culminación del coito - para que se produzca la infección.

- El SIDA se transmite por medios directos e in directos. En el primer caso por el ejercicio de prácticas de -- alto riesgo (homosexualidad, farmacodependencia, etc.); en el -- segundo la persona es contagiada sin su concurso, como en el -- caso de la transfusión de sangre. En éste último supuesto que -- da impune el que infringe un deber de ciudadano, esto es, --- aquél que estando obligado a realizar los análisis clínicos -- detección del VIH, previamente a una transfusión, no lo hace, -- así como también no se pena al que a sabiendas de ser portador del virus proporciona sangre para ser transfundida.

- En algunos estados como en Chiapas, el tipo - se abre a otras "enfermedades fácilmente transmisibles", lo -- que puede dar lugar a que se sancionen conductas inocuas pero -- desafortunadamente típicas, conforme a la hipótesis normativa. -- Es decir, si el tipo comprende a cualquiera otra enfermedad -- fácilmente transmisible, utilizando cualquier medio directo -- de contagio, resulta que por contagiar una gripa se puede pa -- rar en la cárcel, ya que la influenza epidémica, conocida co -- loquialmente como gripa, aparece como enfermedad transmisible -- tanto en la Ley General de Salud, como en la Ley de Salud del -- Estado de Chiapas, por lo que para evitar tales aberraciones - el tipo debe circunscribirse a las efermedades transmisibles - especialmente graves.

Pero también existen problemas legales si se produce el contagio, en cuyo caso estaríamos frente al delito de LESIONES, por producirse una alteración en la salud, art.- 288 C.P., lo cual resulta médicamente de difícil comprobación porque, como ya se anotó, en el inicio del contagio no existe ninguna manifestación en la salud de infectado.

Cabe hacer notar que el artículo 292 del Código en mención es importante ante éste padecimiento, ya que en todos los casos resultará una enfermedad segura y probablemente incurable, también se pondrá en peligro la vida, por lo que incorporará la agravante del artículo 293.

Art. 292. C.P.

Se impondrá de cinco a ocho años de prisión - al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable.

Art. 293 C.P.

Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrá de tres a seis años de prisión sin perjuicio de las sanciones que le corresponde a los artículos anteriores.

Por otra parte, debe revisarse la punibilidad en el caso de producirse el contagio, pues actualmente la pena por la lesión es independiente de la que corresponde por el contagio. Entonces, existe acumulación de penas, una por el delito de peligro y otra por el daño o resultado -

Tal situación a mi juicio es lesiva del principio ne bis in idem que tiene el mayor rango legal, ya que se está sancionando por partida doble una conducta antijurídica lesiva del mismo bien tutelado. Considero que en éste caso se produce un concurso ideal de delitos y por lo tanto debe aplicarse la sanción correspondiente al delito que merezca mayor pena.

Ahora bien ya se dijo que el SIDA se desarrolla en un lapso que va desde los seis meses hasta los cinco o más años y que es letal por necesidad. Entonces, con el contagio se producen lesiones que ineludiblemente le producirán la muerte al contagiado, con lo que habría Homicidio, por derivar éste de lesiones inflingidas dolosamente, además que el homicidio sería castigado por existir premeditación conforme establece el Art. 315 del Código Penal para el Distrito Federal. Sólo que no podría procesarse al contagiador por homicidio, ya que el ordenamiento penal exige, para considerar mortales las lesiones, que la muerte ocurra dentro de los sesenta días de sufrida la lesión (Contagio de nuestro supuesto), y tratándose del SIDA las lesiones o la muerte puede ocurrir meses o años después de la transmisión del VIH, lo que naturalmente complica la causa.

Artículo 302 C.P.

Comete el delito de Homicidio: el que priva de la vida a otro.

Artículo 303 C.P.

Para la aplicación de las sanciones que co-

rrespondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

- 1.- Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos, necesarios.
- 2.- Que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días contados desde que fué lesionado;
- 3.- Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos, después de hacer la necropsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fué mortal....

De lo anterior se desprende que la transmisión del SIDA, a pesar de ser una lesión mortal que provoca la muerte del sujeto, no puede ser tratado como homicidio, ya que el período de incubación del virus VIH, es de 5 años, y la ley exige que la muerte del ofendido se verifique dentro de los sesenta días, contados desde que fué lesionado para considerar la lesión como mortal y opere el homicidio.

A lo que concluimos que no se verificará el homicidio por la transmisión del padecimiento , ya que no se integrará el nexo de causalidad.

Si somos más rigurosos en la crítica con seguridad vamos a encontrar mayores cuestionamientos. La reseña de los anteriores elementos tiene como propósito alertar sobre la necesidad de revisar la legislación penal, a la luz de la complejidad de la epidemia.

3. EL SIDA ANTE EL DERECHO POSITIVO MEXICANO.

3.4. Su inclusión como causal de divorcio en la fracción VI del Art. 267 del Código Civil.

La palabra Divorcio deriva de la voz latina "Divortium de divertere" que significa separarse lo que estaba unido; tomar líneas divergentes. (41)

Divorcio es la antítesis del matrimonio. Matrimonio significa unión comunidad. Según el pensamiento etimológico, el divorcio significa "dos sendas que se apartan del camino. (42)

El concepto jurídico de Divorcio, según la maestra Sara Montero; es la forma legal de extinguir un matrimonio-válido en vida de los cónyuges, declarada por una autoridad competente, que permite a los mismos contraer con posterioridad un nuevo matrimonio válido." (43)

El Código Vigente en su art. 266 reprodujo el art. 75 de la Ley sobre relaciones familiares, que a la fecha dice: "El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro."(44)

El divorcio aceptado universalmente en todos los tiempos fué el de separación de los cónyuges.

(41) Enciclopedia Salvat. Op. Cit. Tomo V. p. 1101

(42) Rojina Villegas Rafael. Derecho Civil Mexicano 5a. Ed. Editorial Porrúa S.A. México 1980 p. 383.

(43) Sara Montero Duahl. Derecho de Familia. Editorial Porrúa, México, 1985 p. 1986.

(44) Código Civil para el Distrito Federal. Editorial Porrúa. S.A. México, 1990. 58a. edición.

El Divorcio que regularon todas las culturas, es aquél que no rompe el vínculo, que únicamente extingue la obligación de convivencia pero en el que persisten las demás obligaciones, fundamentalmente la fidelidad. Rojina Villegas denomina a éste como Divorcio por separación de cuerpos (45), que en nuestro Código Civil vigente está contemplado en el art. 277.

El Código Civil para el Distrito Federal, regula el divorcio en los artículos 266 al 291, y a partir de su vigencia el 2 de octubre de 1932, permite tanto el divorcio vincular, como la simple separación judicial.

El Divorcio Vincular, es aquél que extingue totalmente el vínculo con todas sus consecuencias, fué y ha sido hasta un pasado muy reciente una figura controvertida. Es válido recordar que se divide en necesario y voluntario. El necesario puede ser pedido por un solo cónyuge, en base a causas específicamente señaladas por la ley. Art. 267. El divorcio voluntario es el solicitado por mutuo consentimiento de ambos cónyuges, --- fracc. XVII. Art. 267, y a su vez éste asume dos vías : la judicial y la administrativa.

Para el análisis en cuestión, de entre las dieciocho fracciones que se señalan en el artículo 267, es de mi particular interés la fracción VI, la que textualmente dice:

Art. 267.- Son causa de divorcio:

(45) Rojina Villegas Rafael. Derecho Civil Mexicano. Edit. Porrúa Cuarta -- Edición. México 1975. Tomo II.

VI. Padecer sífilis, tuberculosis o cualquier enfermedad crónica o incurable, que sea, - además, contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio

Es de nuestro particular interés, porque según el Código Civil en el caso de la existencia de SIDA en uno de los cónyuges, puede demandarse la Separación Judicial, basándose en lo que la doctrina conoce como causas eugenésicas señaladas en las fracciones VI y VII del Art. 267.

Siendo el SIDA una enfermedad infecto-contagiosa y hasta el momento incurable; es la fracc. VI, la que dá opción a uno de los cónyuges a pedir el divorcio vincular, o solamente la separación judicial, esta última de acuerdo a lo que establece el texto del art. 277 C.C.:

"El cónyuge que no quiera pedir el divorcio --- fundado en las causas enumeradas en las fracciones VI y VII del Art. 267 C.C. podrá, sin embargo, solicitar que se suspenda su obligación de cohabitar con el otro cónyuge, y el juez con conocimiento de causa, podrá decretar esa suspensión, quedando subsistentes las demás obligaciones creadas por el matrimonio".

El legislador estableció lo anterior, tomando -- en cuenta, que la convivencia de los cónyuges en las circunstancias de enfermedad descritas, pueden ser nocivas y peligrosas para el esposo (a) sano y para los hijos.

A lo que concluimos , que el padecer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida , es causa suficiente para disolver el vínculo del matrimonio.

C O N C L U S I O N E S

1. El SIDA será visto con mayor frecuencia en un futuro inmediato en los hospitales de México, y los pacientes afectados serán de los diversos grupos de riesgo; aunque cada vez es más frecuente los casos por transmisión heterosexual y por transmisión de derivados sanguíneos.
2. El SIDA es un síndrome que se expresa por un cierto número de enfermedades, cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza; evoca una deficiencia de la inmunidad celular, deficiencia que no tiene causa anterior conocida, sino que es adquirida.
Sus formas de transmisión o contagio son:
 1. A través del contacto sexual
 2. Por exposición de sangre contaminada o sus componentes como suero, plasma, factores de coagulación.
 3. Perinatal.
 4. Mediante trasplante o injerto de tejidos y órganos pertenecientes a personas infectadas.
3. Las dificultades a las que se enfrentan los virólogos, para el desarrollo de una vacuna, contra el VIH, son diversas; en la actualidad se están probando varias vacunas en seres humanos, pero los resultados obtenidos no son muy prometedores; lo que hace al SIDA una enfermedad nueva para el género humano.
4. El SIDA, se ha convertido en un problema grave de salud pública, que ha movilizad o esfuerzos a nivel internacional. La prevención en el caso del VIH se centra fundamentalmente en dos tipos de acciones: la primera corresponde a un-

nivel social, en donde las autoridades sanitarias ejercen medidas para evitar la transmisión del VIH, con los programas de detección.

La segunda corresponde a la modificación del comportamiento de los individuos en cuanto a prácticas sexuales que implican riesgo de contaminación o contagio. Esta acción debe estar constituido por un programa de educación -comunicación, emitido tanto por autoridades de salud y educación, como por la sociedad civil, y dirigido hacia toda la colectividad.

5. Las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender el bien público.

6. La epidemia del SIDA, dadas las características de la enfermedad y de sus formas de transmisión, es un fenómeno que para ser combatido requiere, de entre otros elementos, de instrumentos jurídicos idóneos. Las consideraciones jurídicas deben tener como punto de partida las peculiaridades de la enfermedad. Es decir, que es necesario enriquecer y perfeccionar diversas figuras e instituciones jurídicas, ante nuevos elementos de la realidad actual.

7. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reglamenta en el párrafo tercero del art. 4, el derecho a la protección de la salud, y en la fracción XVI del art. 73, faculta al Congreso de la Unión para dictar leyes sobre Salubridad General de la República; y concede además al departamento de salubridad funciones legislativas y ejecutivas.

La Ley general de Salud facultad a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia para vigilar tales aspectos.

8. Considero que el Congreso de la Unión, estando facultado para legislar en materia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, debería de revisar las leyes sanitarias, así como la legislación civil y penal para su actualización, dada la complejidad de la epidemia; así como proteger a los enfermos en cuestiones laborales y sociales, en aspectos de despido injustificados, negación del derecho al trabajo y discriminación social.

9. La Ley General de Salud, en su artículo 134, enlista las enfermedades transmisibles, que requieren de un especial control y vigilancia epidemiológica.

Por Reformas de la Ley en mayo de 1987 se incluyó al SIDA como enfermedad transmisible de notificación inmediata y obligatoria. Se suprimió la existencia de proveedores de sangre autorizados. Se prohibió la comercialización de la sangre.

En noviembre del mismo año, fué reformado el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de control sanitario de órganos y tejidos, como también de cadáveres de seres humanos, para hacer obligatorio el análisis de laboratorio para la detección del VIH, o de sus anticuerpos.

Asimismo en noviembre de 1988 se emitió la norma técnica número 324, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

10. Es necesario revisar la legislación penal, ya que existen varios problemas de adecuación de la conducta al tipo, en lo que se refiere al art. 199 bis, 288 y 302 del Código Penal y el SIDA.
11. Es causa de Divorcio padecer el S.I.D.A. , según lo establecido por el art. 267 frac. VI.CC.

B I B L I O G R A F I A

1. Bellanti, Joseph, Immunology. Ed. Saunders. Primera edición 1971. Philadelphia, U.S.A.
2. Burrows, William. Tratado de Microbiología, Vigésima Edición Ed. Interamericana. México. 1974.
3. Alvarez Amezcuita, José y otros. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Secretaría de Salubridad y --- Asitencia. México. 1960.
4. Daniels, Víctor. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. -- Traducción de la segunda edición en inglés por Jorge Orizaga Samperio. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. Segunda Edición. México 1988
5. Dirección General de Epidemiología. Epidemiología del S.I.D.A en el mundo y e México. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Medidas Preventivas. S.S.A. México 1987.
6. Gaceta Conasida. Casos Acumulados de SIDA. en México y en el mundo . Año I Núm. 3. 1988
7. Gaceta CONASIDA. Como se transmite el virus del SIDA de madre a hijo . Año I Núm. 3 1988
8. Glosario de Términos relacionados con el SIDA.
9. SIDA. Situación del SIDA en México hasta el 1 de Junio de --- 1990. BOletín Mensual. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.
10. Soberón Acevedo, Guillermo. Presentación de Derecho Constitucional a la protección de la Salud. Primera edición. Ed. Porrúa , S.A. México. 1983.
11. Montagnier. Luc y col. 16 Especialistas dan Respuesta a sus - Preguntas sobre el SIDA. Editorial. Leal, Edición Primera, España 1987.
12. Respontia Luis A. El Derecho a la Salud. Editorial Bolivia. - 1981.
13. Rozenbaum, Willy y col. SIDA Realidades y Fantasmas. Editorial Katum, Edición segunda, México 1985.

14. Lara Sáenz, Leoncio y col. Lecturas en Materia de Seguridad Social, Ed. Imss. Secretaría General, Edición primera, México - 1980.
15. Sara Montero Duahlt. Derecho de Familia. Ed. Porrúa. S.A. México cp 1990.
16. Rojina Villegas Rafael. Derecho Civil Mexicano. Quinta Edición Editorial Porrúa, S.A. México 1980.
17. Villalobos, Ignacio. Derecho Penal Mexicano. Editorial Porrúa S.A. Edición Cuarta, México 1983.
18. Glosario de términos , relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. CONASIDA S.P.I., 663 h.
19. Comité Nacional de Prevención del SIDA. El Impacto de los medios de comunicación masiva, en la prevención del sida. México 1987.

LEGISLACION

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial UNAM, Edición Primera. México 1985.
2. Ley General de Salud
3. Código Civil para el Distrito Federal, Editorial Porrúa, Edición 58, México 1990.
4. Ley de Seguro Social, Editorial Olavín, Edición Cuarta, México - 1989.
5. Código Penal para el Distrito Federal, Editorial Porrúa, Edición Cuadragésimo-quinta, México 1989.
6. Diario Oficial de la Federación, Norma Técnica Número 324 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia, México 13 de febrero de 1989.

PUBLICACIONES

La Prensa, "Venganza de sidosos", López Díaz, Pedro, año LVI, Número 20, 270. México 1982.

Periódico Excelsior, 6 de agosto de 1988

El Heraldó de México, "Avanza la Peste lila", López Padilla.

REVISTAS

Gaceta, Consejo Nacional de Prevención del SIDA, ED. CONASIDA, edición mayo-junio, México 1990

Boletín Mensual, Consejo Nacional de Prevención del SIDA, ED. CONASIDA, edición junio-julio, México 1990

DICCIONARIOS

Diccionario de la Lengua Española, Décimo Novena edición, Espasa Calpe, S.A. Madrid, España 1970.

Enciclopedia Salvat-Diccionario, Ed. Salvat Editores, S.A., tomo V.