

8

395

201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

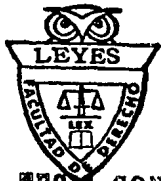
FACULTAD DE DERECHO

EL CONTAGIO DOLOSO DEL SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A
SANDRA GURROLA CRUZ

ASESOR: LIC. JUAN JOSE DEL REY LERERO



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FACULTAD DE DERECHO
SECRETARÍA GENERAL DE
EXÁMENES PROFESIONALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

P R O L O G O

Gracias a la elaboración de la presente tesis " el contagio doloso del SIDA ". pude conocer los reales y complejos alcances que toma minuto a minuto la terrible enfermedad del SIDA. y lo penoso que es padecerla. Además. conocí su entorno jurídico. Aunque la mayor enseñanza que me dejó el presente trabajo fue sin duda la comprensión y el respeto que me inspiró hacia todo ser humano. y en especial para aquellos (humanos de cualquier sexo. posición. ideología. edad, raza) que padecen la penosa enfermedad del SIDA.

INDICE

1. PROLOGO.	Mapa.
2. INDICE.	
3. INTRODUCCION.....	1
4. CAPITULO I. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.	
1.1. El origen del SIDA y su evolucion.....	4
1.2. El retrovirus humano. VIH.....	7
1.3. El sistema inmunitario.....	8
1.4. Qué es el SIDA.....	12
1.5. Formas de transmision del VIH.....	15
1.6. Cuadro clinico del SIDA.....	19
1.6.1. Cuadro neuropsiquiatrico y psicologico del SIDA....	26
1.7. Metodos para la deteccion de la infeccion del VIH.....	29
5. CAPITULO II. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA.	v
2.1. Epidemiologia del VIH.....	37
2.1.1. La Organizacion Mundial de la Salud y la epidemiologia del VIH.....	38
2.1.2. La Organizacion Panamericana de la Salud y la epidemiologia del VIH.....	44
2.2. Epidemiologia del VIH en Mexico.....	49
2.3. EL CONASIDA.....	60
2.4. Sistema de informacion de vigilancia.....	62
2.5. Estrategias de prevencion del SIDA.....	65

6. CAPITULO III.

NORMATIVIDAD RELACIONADA CON EL SIDA.

3.1. Derechos humanos.....	71
3.2. Principios constitucionales relacionados con el SIDA.....	75
3.3. Relacion laboral regulada por la Ley Federal del Trabajo, y el SIDA.....	79
3.4. Relacion laboral regulada por la Ley de los trabajadores al Servicio del Estado, y el SIDA.....	83
3.5. Aspectos que contempla la Ley General de Salud, relativos al SIDA.....	85
3.6. Aspectos contemplados en las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría de Salud, relativos al SIDA.....	91
3.7. Aspectos que contempla el Código Civil, relacionados con el SIDA.....	99
3.8. Aspectos que contempla el Código Penal, relacionados con el SIDA.....	101

7. CAPITULO IV.

EL DELITO EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

4.1. Origen y evolucion del concepto de delito.....	107
4.2. Fundamento jurídico del delito.....	110
4.3. Aspectos positivos y negativos del delito.....	111
4.4. Diversos tipos de delito.....	113
4.4.1. Delitos por la conducta del agente.....	115
4.4.2. Delitos por el resultado.....	114
4.4.3. Delitos por el daño que causan.....	115
4.4.4. Delitos simples y complejos.....	116
4.4.5. Delitos por la culpabilidad.....	116

4.3. Cuerpo del delito.....	117
4.6. Presunta responsabilidad.....	119
4.7. Consumacion v tentativa.....	120

6. CAPITULO V.

EL CONTAGIO DOLOSO DEL SIDA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

5.1. El contagio doloso del SIDA se debe considerar como un delito.....	127
5.2. El contagio del SIDA en relacion con los tipos penales de homicidio, lesiones y peligro de contagio.....	131
5.3. Definición doctrinal y legal del delito de homicidio.....	133
5.3.1. Adecuación jurídica del contagio del SIDA al tipo del delito de homicidio.....	137
5.4. Definición doctrinal y legal del delito de lesiones, y su clasificación respectivamente.....	140
5.4.1. El contagio del SIDA en relación con el artículo 292 v 293 del Código Penal del Distrito Federal.....	144
5.5. Definición doctrinal y legal del delito de Peligro de contagio.....	153
5.5.1. Adecuación jurídica del contagio del SIDA al tipo del delito de peligro de contagio.....	157

9. CONCLUSIONES.

10. BIBLIOGRAFIA.

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

Entrada la década de los ochentas la medicina mundial se consterna por la aparición de una nueva enfermedad que por sus características, efectos y formas de transmisión es muy fácil que se propague como una epidemia, con consecuencias en la mayoría de los casos letales, que se incrementan día a día por no existir vacunas o tratamientos efectivos que la exterminen. Tan terrible enfermedad actualmente se conoce con el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, que es ocasionado por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH.

En un país como México que tiene una población de 82.7 millones de habitantes se han reportado casos de SIDA desde 1983; la tasa de incidencia acumulada es de 37.6 casos por millón de habitantes, con diferencias de 96.0 en el Distrito Federal. De ahí que nuestro país se ubique en el tercer lugar en América y en el undécimo en el mundo.

En la presente tesis expongo la problemática que trae consigo la enfermedad del SIDA en México, en donde se desconocen las proporciones de este mal que trascienden incluso hasta el terreno jurídico. En el primer capítulo se define " que es el SIDA, como se manifiesta y transmite." En el capítulo siguiente muestro al SIDA como un problema de salud pública al tomar dimensiones de epidemia.

El SIDA al ser una enfermedad tan compleja, aparte de los trastornos físicos que origina en el ser humano afectado, sea de cualquier sexo, trae aparejada la vulnerabilidad que reciente

el enfermo en su esfera individual, social y por ende jurídica. Por lo que México ha tenido que implantar medidas tanto sanitarias como sociales y legislativas, sustentadas en el artículo 4º constitucional que consagra el derecho a la protección de la salud, para prevenir el avance de esta penosa enfermedad.

La normatividad existente no ha logrado cubrir por completo los vacíos que va dejando el SIDA a cada paso que da. Y es precisamente este punto en el cual se apoya el presente trabajo que intenta mostrar el perfil jurídico del SIDA, indispensable para que nuestro país se reorganice y enfrente a este mal. En el tercer capítulo señalo la normatividad existente que guarda directa o indirecta relación con dicha enfermedad.

Nuestra sociedad considera al SIDA como un tabú, por lo que es necesaria la aplicación de leyes adecuadas que garanticen que el tratamiento que se le da a esta enfermedad sea el correcto. Así, el enfermo de SIDA, como ciudadano, recibe la protección de las garantías consagradas en nuestra Carta Magna.

No hay que descartar la posibilidad de que un sujeto infectado por el virus del SIDA lo transmita dolosamente. De ahí que es preciso que dicha conducta que implica la culpabilidad jurídico penal, sea sometida al juicio de reproche que regula el derecho penal.

En el cuarto capítulo cito los conceptos fundamentales del delito y sus efectos técnicos jurídicos. De ellos me apoyo para encontrar un tipo penal adecuado en donde encuadre la conducta que se realiza propagando el virus del SIDA y atentando así

contra la salud y la vida de las personas, valores supremos que protegen nuestras leyes.

Y por último, en el quinto capítulo expongo la relación que guardan los tipos penales de homicidio, lesiones y peligro de contagio, con la transmisión dolosa del virus del SIDA.

Con dicha exposición insisto en la indispensable participación de un derecho penal actualizado que pueda contribuir en la prevención oportuna de la propagación del SIDA en México, con la creación de un tipo penal adecuado que contemple el contagio doloso de tan peligrosa enfermedad.

C A P I T U L O P R I M E R O EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1. El origen del SIDA y su evolución.

En 1981 en la ciudad de Los Angeles, California, son hospitalizados cinco hombres homosexuales, por padecer una neumonía causada por el *Pneumocystis carinii* (parásito unicelular). En la década de los cincuentas se detecta esta enfermedad en niños lactantes prematuros, y es hasta el advenimiento de los medicamentos anticancerosos (tóxicos para ciertas células como las responsables de la inmunidad) cuando se difunde la neumocistosis.

Todos podemos ser portadores del parásito sin que se manifieste la enfermedad; pero si se sufre una disminución de nuestra respuesta inmunológica, entonces se desarrolla la enfermedad.

Para mediados de 1981 el número de casos de neumocistosis se incrementan, los enfermos son diagnosticados con infecciones diversas debido a inmunodeficiencia, uno de ellos asociaba estas infecciones a otra enfermedad; un tumor en la piel llamado el Sarcoma de Kaposi.

El tumor de Kaposi se descubre en 1872 en Europa. En 1970 representaba el 9 % de los tumores causados en Africa. El Sarcoma de Kaposi se caracteriza porque evoluciona con mayor rapidez que las infecciones que no se localizan simplemente en la piel, sino que se extienden hasta otros órganos.

En 1964 Daker demostró que la enfermedad no se propaga en función de la raza o etnia, como se pensaba por afectar a la raza negra con mayor frecuencia, sino en función de las regiones geográficas, como si se tratara de una enfermedad infecciosa.

En 1975 se comienza a dar una asociación entre la enfermedad de Kaposi y un cáncer de los glóbulos blancos llamado linfoma. Los linfomas debilitan el sistema de inmunidad, debido al daño que causan a ciertos glóbulos blancos.

Para 1980 los casos de sarcoma de Kaposi se incrementaron manifestándose principalmente en jóvenes homosexuales y por un tiempo este concepto clínico fue bautizado como el Síndrome de Gay. Al relacionar el tumor de Kaposi con la neumocistosis, la medicina concluye que en ambos existe una deficiencia de la inmunidad, por lo que los enfermos tenían dañados ciertos glóbulos blancos, los linfocitos T, que son el soporte de la inmunidad celular. Se dió una disminución de los linfocitos, y de la capacidad de multiplicarse ante ciertos estímulos en laboratorios. Así la enfermedad adquirió el nombre de Inmunodeficiencia relacionada con los Gay.

Aunque la mayoría de los enfermos eran homosexuales, también habían mujeres y toxicómanos afectados. Por lo que se cambia el nombre de la enfermedad al de SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Se realizaron investigaciones en los enfermos para determinar porque se habían debilitado totalmente sus sistemas de inmunidad. Primero se investigó si alguna sustancia química podía ser el origen, pues hay sustancias capaces de reducir las defensas de inmunidad, como las radiaciones que destruyen los

glóbulos blancos. Aunque se descartó esta idea pues las radiaciones engendran un ataque global de la inmunodeficiencia y en este caso hay un ataque particular enfocado solo hacia una parte de la inmunidad, la correspondiente a los linfocitos T.⁽¹⁾

En 1978 se identificó el primer retrovirus humano llamado virus linfotrópico de las células T, por su avidez por dicho tipo de linfocitos, glóbulos blancos que desempeñan un papel decisivo en la modulación de la respuesta inmunológica. Es un virus cancerígeno, porque cuando entra en la célula T, desencadena el proceso que causa la leucemia. En 1892 se descubre un segundo retrovirus humano, que también producía leucemia. Desde entonces el virus linfotrópico de las células T pasó a llamarse HTLV-I y el segundo, HTLV-II.

El agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es un virus parecido al HTLV-III. Aún cuando el SIDA y el cáncer ejercen efectos opuestos. El cáncer insta una proliferación incontrolada de células T, mientras que el SIDA provoca su muerte y el consiguiente desarme del sistema inmunológico.⁽²⁾

En 1984 un grupo de investigadores franceses y otro de norteamericanos, aislaron el virus que producía la enfermedad que actualmente se denomina VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Y en 1985 se comercializaron los tests serológicos (ELISA) mediante los cuales podemos detectar a las personas infectadas por el virus.⁽³⁾

1.2. El retrovirus humano VIH.

El virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, pertenece a la familia de los retrovirus y a la familia de los Lentiviridae y es el agente etiológico del SIDA.

Fue denominado Virus Asociado con Linfadenopatía, LAV, por el Dr. Luc Montagnier en el Instituto Pasteur en Francia en 1983. En Estados Unidos fue denominado por el Dr. Robert Gallo en 1984, virus linfotrópico tipo III de las células T humanas (HTLV-III); y por el Dr. Jay Levy, virus relacionado al SIDA, (ARV). El nombre del virus lo estableció el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV), y es el Virus de Inmunodeficiencia Humana.⁽⁴⁾

El VIH posee una cubierta interna, o "core", que contiene el ARN, constituida por proteínas; y una enzima llamada transcriptasa inversa, que es lo que define a un retrovirus, de gran importancia en su reproducción. Tiene una envoltura externa formada por glicoproteínas.

El VIH solo puede sobrevivir en el interior de una célula por lo que invade y destruye al linfocito T4, que es el director de toda la respuesta inmune, ya que coordina los demás tipos de células que intervienen en la defensa del organismo.

Para poder invadir a los linfocitos T4 el VIH debe insertar su código genético (formado por ARN) en el código genético de los linfocitos T4 (construida por ADN). El virus debe previamente transformar su código genético ARN en ADN y esto lo hace gracias a la transcriptasa inversa.

El VIH al implantar su código genético en los linfocitos T4 va a sobrevivir a expensas de esos linfocitos, y destruirlos finalmente, alterando así su sistema inmunitario.⁽⁵⁾

1.3. El sistema inmunitario.

El SIDA inutiliza el sistema inmunitario con la reducción del número de linfocitos T4. El sistema inmunitario es un mecanismo de defensa flexible que mata microorganismos y las células que estos infectan, destruye células malignas, gracias a su capacidad para reconocer antígenos, moléculas foráneas, y da una respuesta que se amolda a la naturaleza del antígeno. Los tipos de las células pueden distinguirse como al antígeno, por sus membranas de superficie y por el papel que desempeñan en la respuesta inmunitaria.

Los glóbulos blancos, linfocitos, en la respuesta inmunitaria, se encuadran en dos: las células B, que se desarrollan en la médula ósea, las células T, que proceden de la médula ósea y completan su desarrollo en la glándula del timo. Las células B son la fuente de los anticuerpos; proteínas que se unen a los antígenos y colaboran en su eliminación.

Las células T no reconocen los antígenos libres en circulación por la sangre o la linfa, y sólo pueden responder a un antígeno situado en la superficie de una célula con ciertas condiciones.

Las células T citotóxicas, destruyen las células infectadas rompiendo su membrana celular. La otra clase de célula T modula

la respuesta inmunitaria secretando proteínas mensajeras, o bien por contacto directo con las células involucradas.

Las células T en lo que se refiere a los marcadores bioquímicos de su superficie, se distingue en: las células T4, que desempeñan papeles de coadyuvantes e inductoras, y las T8, con funciones supresoras y citotóxicas. Se distinguen también por la clase de proteína, Complejo Mayor de Histocompatibilidad (MHC) que debe ir asociada al antígeno para que puedan reconocerlo. Una célula T8 citotóxica mata a cualquier célula infectada que porte un antígeno para que sea específica la célula T8. En cambio las células T4 responden a los antígenos asociados a proteínas MHC que se encuentran sobre la superficie de las células especializadas conocidas por células presentadoras de antígenos.

Las células presentadoras de antígenos son los macrófagos que se encuentran en la piel que engloban un virus degradando enzimáticamente sus proteínas, preparando el reconocimiento del antígeno por parte de las células T4. Las células asesinas naturales, rama periférica del sistema inmunitario, matan las células infectadas por virus y las células tumorales, sin interactuar directamente con los linfocitos ni reconocer antígenos.

El virus puede evadir la destrucción por parte del sistema inmunitario, como es el caso del virus del SIDA, si sus proteínas cambian a menudo por mutación, con lo que cualquier respuesta inmunitaria específica contra un antígeno acabaría perdiendo el rastro. El virus del SIDA sufre constantemente cambios genéticos denominados deriva antigénica. Sin embargo,

poca necesidad de evadirse tiene el virus del SIDA, pues evita su destrucción atacando el sistema inmunitario.

En el caso del retrovirus del SIDA, la inmunosupresión responde a la infección vírica de los linfocitos T4 que en el desempeño de su papel de células inductoras y coadyuvantes, orquestan gran parte de la respuesta inmunitaria. La pérdida de tales células, en la sangre, nódulos linfáticos, bazo y otros tejidos en los que se concentran, se da en los pacientes de SIDA. Las células T4 constituyen del 60 al 80 % de la población de células T circulantes; con el SIDA llegan a escasear de tal que no se detectan. Este virus altera, y en última instancia frena, el crecimiento de las células T4 infectadas, mientras otras clases de células T se multiplican normalmente. Con el tiempo las células T4 desaparecen selectivamente, aunque puede conservarse un pequeño número de ellas, que alberguen el virus en estado latente.

Al reducirse la población de células T4 y faltar su ayuda, las células B son incapaces de producir las cantidades adecuadas de anticuerpo específico contra el virus del SIDA, y contra cualquier otra infección. Las células B de los pacientes con SIDA segregan grandes cantidades de inmunoglobulina inespecífica, no reciben la señal de las células T que de ordinario frenaría su actividad.

La propensión del virus del SIDA a infectar una sola clase de células lo distingue de los demás retrovirus. La preferencia del virus por la célula T4 no es absoluta, la infección de las células B, explicaría su constante secreción de inmunoglobulina. También el virus se encuentra en células no sanguíneas: células

endoteliales que tapizan el interior de los vasos sanguíneos y linfáticos, células de epitelio, células de la glía del sistema nervioso y las propias neuronas. La capacidad del virus del SIDA para infectar el sistema nervioso central quizá explique la psicosis y atrofia cerebral que es común en los pacientes.

Se ha demostrado que las células sanguíneas cultivadas, procedentes de pacientes que padecían SIDA, liberaban un factor que puede inhibir ciertas respuestas inmunitarias. La sustancia, supresor soluble, bloqueaba las respuestas inmunitarias dependientes de células T, así la producción de anticuerpo específico y la proliferación de células T. La fuente de factor supresor soluble eran las células T4 infectadas. La infección del virus del SIDA desencadena la secreción de un factor supresor.

Además de reducir el número de células T4 y provocar la liberación de un factor supresor soluble por parte de los supervivientes, el virus del SIDA impide a las células T4 que sobreviven de desempeñar el primer y decisivo paso de la respuesta inmunitaria: el reconocimiento del antígeno. Las células T de pacientes con SIDA o no responden a un antígeno bacteriano común, como es el toxoide tetónico. Al exponer células T al antígeno, en presencia de macrófagos, (para que se elabore y presente el antígeno), las células no proliferaron, mientras que sí lo hubieran hecho las células T normales.

El virus del SIDA protege a las células T4 y a los demás que infecta. Este efecto podría ayudar al virus a eludir cualquier vestigio del sistema inmunitario que quedara en activo.⁽⁶⁾

1.4. Que es el SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, SIDA, es el conjunto de síntomas y signos que existen a un mismo tiempo y definen clínicamente un estado patológico. Inmunodeficiencia se refiere a la disminución de las defensas que el organismo tiene contra los virus, bacterias, hongos o parásitos que la pueden atacar y enfermar. Adquirida, se refiere a que la deficiencia no es genética sino que se contrae durante un momento de la vida.

El SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana para el que no existe hasta la fecha cura alguna, por lo que en la mayoría de los casos es mortal. El VIH ataca las células del sistema inmunológico.

Una vez dentro de las células humanas, el VIH se fortalece, las utiliza y finalmente las destruye; cada virus nuevo repetirá este mismo proceso con otras células.

El sistema inmunológico puede ser comparado con un ejército interno que nos defiende de enemigos externos. Este ejército está conformado por unas células llamadas linfocitos cuyos comandantes en jefe son los linfocitos T4 y son los que dan las órdenes a los soldados (los demás linfocitos) para que exterminen al invasor. El VIH ataca al comandante en jefe del ejército inmunológico, con tal rapidez que pocas veces los soldados linfocitos logran darse cuenta que esta así. Al entrar en contacto con el linfocito 4, sin matarlo usa su cuerpo y da órdenes contradictorias al ejército.

Al mismo tiempo se reproducen con gran velocidad dentro del cuerpo del comandante en jefe hasta que el espacio no es

suficiente y estos nuevos virus rompen el uniforme y se liberan para atacar de la misma forma a otros comandantes del ejército inmunológico. Mientras esto sucede, otros invasores (virus) atacan, sin ninguna resistencia del ejército, a sus objetivos naturales. Por lo que la persona infectada por el VIH no muere propiamente del SIDA sino del conjunto de enfermedades oportunistas que se desarrollaron debido a la deficiencia inmunológica de su organismo.⁽⁷⁾

Jon tres los principales procesos que se definen como SIDA:

- a) Infecciones oportunistas
- b) Tumores o cánceres
- c) Afectación neurológica por el VIH.

a) Infecciones oportunistas. Los gérmenes, virus y parásitos que se aprovechan del deficiente sistema inmunitario para invadirlo y producir infecciones graves, se denominan oportunistas. Estas infecciones son graves ya que el organismo no puede frenar su desarrollo y sin tratamiento, y a veces con el, pueden conducir a la muerte.

Estos procesos son causados por bacterias (baceio de la tuberculosis, salmonela); parásitos (pneumocystis, toxoplasma); hongos (cándida) y virus (citomegalovirus, varicela zoster). En los pacientes de SIDA cada uno de estos tiene predilección por un órgano. Por ejemplo el pneumocystis afecta el pulmón.

El control médico de un paciente seropositivo debe pasar por el estudio sistemático de los signos de estas infecciones, con el fin de poder suministrar un tratamiento apropiado.

Los cuadros de SIDA más comunes por orden de frecuencia, son: la candidiasis esofágica, la tuberculosis extrapulmonar, la

toxológica, la toxoplasmosis cerebral, la neumonía por *P. carinii* y la leucoencefalopatía multifocal progresiva.

b) Cánceres. El VIH también favorece a la aparición de cánceres llamados secundarios, como son los linfomas.

El sarcoma de Kaposi es el cáncer más frecuente en el SIDA. Cursa con placas o nódulos cutáneos. Estas lesiones se encuentran no solamente a nivel de la piel, sino también a nivel de las mucosas, ganglios, pulmones y casi todas las vísceras.

c) Afectación neurológica por el VIH. Este virus puede afectar directamente al cerebro, la médula espinal o los nervios del tronco y de los miembros, provocando alteraciones neurológicas o psiquiátricas, a veces graves, todas ellas diagnosticadas de SIDA encefalopatía por el VIH, mielopatía vacuolar, meningitis aseptica crónica y polineuropatía.

De ellos el proceso más frecuente es la encefalopatía por VIH, un cuadro caracterizado por aparición progresiva de trastornos de memoria y posteriormente trastornos de comportamiento, pudiendo evolucionar en demencia franca. En la última fase puede haber trastornos focales.⁽⁸⁾

No existe aún una definición precisa del SIDA, pues se sabe relativamente poco sobre el proceso patológico básico y los efectos inmunológicos resultantes, por ello la Organización Mundial de la Salud acepta la definición provisional siguiente:

Un caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es cuando una persona tiene:

1.- una enfermedad diagnosticada con seguridad que indica cuando menos en forma moderada una deficiencia inmunocelular subyacente.

2.- Ninguna causa suoyacente de deficiencia inmunocelular ni otra alteración que explique la disminución de la resistencia que se haya relacionado con esa enfermedad.⁽⁹⁾

1.5. Formas de transmisión del VIH.

Basándose en los grupos de riesgo en que se ha identificado el SIDA, hoy en día hay pruebas firmes que sugieren que el virus del SIDA es transmisible.

Para que se produzca la transmisión del VIH es precisa una cantidad mínima de virus. Si la cantidad de virus esta por debajo del mínimo el organismo consigue librarse de él, impidiéndole invadir los linfocitos.

El VIH se ha encontrado principalmente en la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna de las personas infectadas. El VIH no penetra en nuestro cuerpo a través de la piel infectada o por vía aérea.⁽¹⁰⁾

Se ha aislado virus en linfocitos de la sangre periférica, células de la médula ósea, líquido cefalorraquídeo y tejido cerebral, ganglios linfáticos, plasma sin células, saliva, sudor y lágrimas. La exposición a cualesquiera de estos líquidos corporales, si están contaminadas, representan un riesgo. Sin embargo, el peligro de infección depende mucho de la vía de exposición.

Los estudios realizados muestran los siguientes modos de transmisión:

- 1) Por contacto sexual, tanto homo como heterosexual.

2) Por transferencia parenteral en sangre o productos hematológicos.

Por compartir agujas y jeringas, especialmente quienes usan drogas intravenosas.

3) Por transferencia transplacentaria y perinatal de la madre al niño.

1) Por contacto sexual. Las relaciones sexuales homo o heterosexuales, incluidos los contactos orogenitales, pueden transmitir el VIH a través del semen, las secreciones vaginales y anales, con la corriente sanguínea o los linfocitos del receptor eventual, siempre y cuando haya una solución de continuidad a través de la mucosa, por lo que el riesgo de contagio se acepta que es el mismo, tanto si se toma el papel activo como el pasivo, sexualmente.

El contagio se realizará a través de las erosiones microscópicas que tienen lugar durante el acto sexual.

La fragilidad relativa de las mucosas genitales y el hecho de que a menudo sean asiento de microlesiones y de microinflamaciones, explica la importancia de este modo de transmisión.

Todas las prácticas sexuales que favorecen los traumatismos conllevan un aumento del riesgo de transmisión. Por ello, la penetración anal, implica el riesgo más alto de infección ya que la pared rectal y la piel del pene son frágiles y a menudo asiento de microfisuras y de inflamaciones.

El SIDA es una enfermedad viral clásica de origen hematológico, muy similar a la hepatitis B. Según esto, las lesiones leves permitirían la salida de pequeñas cantidades de

sangre y en consecuencia el paso del virus de un compañero sexual a otro.

El VIH se encuentra en las secreciones cervicales y la sangre menstrual de mujeres infectadas. El virus pasaría a través de cualquier solución de contacto o alteración en el recubrimiento del pene. Y los varones no circuncidados tienen mayor riesgo ya que el recubrimiento interno del pene puede representar un 50 % de área de superficie del miembro cuando está erecto, aumentando así el riesgo de adquirir el virus del SIDA con una alteración en la piel.⁽¹¹⁾

Las relaciones orogenitales son prácticas sexuales de menor riesgo que la penetración. El riesgo viene asociado al contacto de semen o flujo vaginal con heridas en la boca que puedan constituir una vía de entrada para el VIH.⁽¹²⁾

Los besos íntimos de boca a boca no se consideran prácticas de riesgo. Pero se deben evitar si existen heridas.

2) Por transferencia parenteral. La sangre, los productos hematológicos o el concentrado del factor VIII obtenidos de pacientes con SIDA llevan el agente causal. Sin embargo, para que se transmita, es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor, como cuando se da la exposición a sangre o a homoderivados de personas infectadas por medio de agujas o jeringas de transfusión, contaminadas. El uso incontrolado de drogas por vía intravenosa, combinado con el uso compartido de agujas contaminadas, representa un modo importante de transmisión del VIH. Así también, el uso de jeringas, agujas e instrumentos esterilizados dentro y fuera de los programas de salud (por

ejemplo, para la inyección de medicamentos, tatuajes, acupuntura o escarificación.

Las infecciones causadas por VIH pueden transmitirse mediante transfusión de sangre total, paquete globular, plaquetas y factores VIII y IX derivadas del plasma humano. En el caso de los donantes, estos seguían siendo asintomáticos dos o más años después de la donación. Hasta ahora no se ha podido comprobar que la transmisión ocurra por medio de derivados, como albúmina e inmunoglobulinas, específicamente preparados. Actualmente se recomienda sólo el uso de preparaciones de factores VIII y IX que hayan sido sometidos a tratamiento térmico.

El intervalo medio entre la transfusión de sangre que contiene VIH y las manifestaciones clínicas del SIDA es aproximadamente de 30 meses en los adultos y de 19 meses en los niños. De ahí que en algunos países sigan apareciendo casos de SIDA relacionados con transfusiones varios años después de la implantación de métodos apropiados de detección serológica de VIH en donantes. La sangre contaminada que cae en la piel o en los alimentos no es suficiente para causar una infección.⁽¹³⁾

3) Por transferencia transplacentaria y perinatal. Se ha comprobado que el feto puede adquirir el virus del SIDA por vía transplacentaria, y que los lactantes también pueden adquirirlo a través de la leche materna o por contacto estrecho después del nacimiento.

Esta transmisión se puede realizar durante el embarazo, el parto o la lactancia. Al nacer un gran número de los niños de madres seropositivas muestran serología positiva frente al VIH.

Sin embargo a los quince meses de vida, unicamente un 30 % de los niños continua con los anticuerpos, lo que indica que estan realmente infectados v. al igual que los adultos, presentan riesgo de desarrollar la enfermedad.

En el restante 70 % de los niños los anticuerpos habian sido transferidos por la madre v no estaban realmente infectados.

Vias por las que el VIH no se trasmite.

En fechas recientes se ha comprobado la existencia del VIH en la saliva humana. El virus se ha aislado en individuos portadores sanos del SIDA o en quienes han tenido contacto con pacientes de SIDA. Ello plantea la posibilidad de que el supuesto agente del SIDA se transmita con el beso o en forma aerea por la tos y el estornudo. Hasta la fecha, los investigadores no han señalado las cifras de virus contenidas en la saliva. No existen pruebas epidemiológicas que sugieran que los pacientes se hayan infectado por esta via.

Investigaciones recientes han demostrado que no es probable la transmision salival, ya que la saliva contiene dos sustancias inhibidoras que inactivan el virus del SIDA.

Tampoco es posible que el VIH se transmita por la picadura de insectos, animales domésticos, piscinas, utensilios domésticos, servicios públicos, contactos cotidianos, etc. ⁽¹⁴⁾

1.6. Cuadro clínico del SIDA.

El conocimiento de la historia natural de la infección por el VIH ha evolucionado a medida que se han ido conociendo las

diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad y se ha desarrollado tecnología más sensible para el diagnóstico de formas asintomáticas. Subrayando el aspecto dinámico que implica la evolución del sujeto infectado, su irreversibilidad una vez que se ha presentado la sintomatología y la existencia de cuadros clínicos equiparables en cuanto a gravedad y pronóstico al SIDA.⁽⁵⁾

La infección del VIH se presenta en la siguiente forma esquemática:

- **Seroconversión.** La detección de anticuerpos es la forma más práctica de detectar cuando un sujeto ha tenido contacto con el virus. El tiempo de incubación para la formación de anticuerpos oscila entre 6 a 8 semanas, e incluso hasta seis o más meses, antes de que aparezcan anticuerpos en la sangre que puedan ser detectados por los tests serológicos.

El periodo que transcurre entre la infección y la aparición de anticuerpos se denomina periodo de seroconversión o periodo ventana. En este periodo aunque los tests serológicos sean negativos, las personas con anticuerpos son infectadas e infectantes pues pueden transmitir el VIH a otras y se les denomina seropositivas o portadores del VIH.

La presencia de anticuerpos en la sangre de un individuo indica que está infectado por el VIH, aunque no significa que desarrollará la enfermedad.

- **Infección aguda.** En la mayoría de los casos la infección aguda por el VIH pasa desapercibida, pues cursa sin manifestaciones clínicas, poco tiempo después de la introducción del VIH en el organismo puede presentarse un proceso pseudo-

gripal o mononucleósico, o con un cuadro neurológico, correspondiendo así a la infección primaria. Una vez resuelto el cuadro clínico agudo, estos sujetos cursan asintomáticos o evolucionan hacia otro estadio.

- Infección asintomática. Son personas infectadas por el VIH, pero no muestran manifestaciones de la enfermedad. Se dividen en dos grupos, según se presenten o no alteraciones de laboratorio.

La infección por el VIH, en sus formas menor (CRS) o mayor (SIDA), puede aparecer tras un periodo de incubación de varios años después de la infección con el agente del SIDA. Se ha precisado un periodo de latencia de la infección de 6 meses o más de 6 años. El periodo de incubación es de 28 meses. Influyen en la rapidez de esta evolución factores como la vía de contaminación, la cantidad de virus inyectada, factores individuales, genéticos e incluso ambientales.

- El Complejo Relacionado con el SIDA, CRS. Es toda la patología relacionada con el VIH que tiene una persona infectada que no reúne los criterios de SIDA. Sus síntomas son: malestar, letargia, tos; pérdida de peso mayor de 10%; diarrea inexplicable por más de un mes; fiebres, sudoraciones nocturnas o ampox, inexplicables.⁽¹⁴⁾

- Linfadenopatía persistente generalizada LGP. Es una forma frustrada de SIDA. Las personas presentan crecimientos de ganglios linfáticos mayores de un centímetro en varios sitios, excluyendo las regiones inguinales, con duración mayor de 3 meses.⁽¹⁷⁾

En un individuo normal cualquier reto al sistema inmune, como una infección viral o bacteriana, puede causar tumefacción de ganglios linfáticos. Esta alteración es el síntoma de problemas subyacentes y no una enfermedad en sí. Una vez que se ha resuelto la infección primaria pueden disminuir los ganglios crecidos hasta su tamaño normal o rara vez persistir. En un paciente con LGP quedan crecidos.

La clasificación separada del LGP y CRS refleja el diferente pronóstico entre la LGP relativamente benigna y el CRS más agresivo. Un 10 % de pacientes con LGP y casi un 25 % con CRS evoluciona hasta el SIDA pleno.⁽¹⁸⁾

- **Patología neurológica.** Son los pacientes que tienen afectación del sistema nervioso por el propio VIH, así tenemos: a) encefalitis subaguda manifestada por demencia; b) mielopatía, en la que se presenta paraparesia progresiva, acompañada de ataxia, espasticidad e incontinencia; y c) neuropatía periférica.⁽¹⁹⁾

- **Patología infecciosa secundaria.** Son los pacientes que tienen una infección oportunista. Se subdividen en:

1. **Infecciones diagnosticadas de SIDA.** Las más frecuentes son: la candidiasis esofágica, la tuberculosis extrapulmonar, la toxoplasmosis cerebral, la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la leucoencefalopatía multifocal progresiva.

2. **Infecciones menores:** candidiasis oral, herpes zoster.

- **Neoplasias secundarias.** Son padecimientos infecciosos o neoplásicos que indican que hay inmunodeficiencia celular, en ausencia de otra enfermedad que la explique, (como desnutrición, neoplasia o tuberculosis). Algunos casos requieren de serología

positiva para considerarlos en este grupo. Estos enfermos tienen tumores secundarios como linfomas o sarcoma de kaposi.

- Otros. Son las condiciones clínicas que no pueden clasificarse en los rubros previos, dado el desconocimiento que se tienen de otras manifestaciones de la enfermedad. ⁽²⁰⁾

Historia clínica.

Las manifestaciones clínicas del SIDA, pueden aparecer en diversas partes del organismo. Se conocen daños característicos a este padecimiento; sin embargo, por la inespecificidad de los mismos puede generar confusión en el diagnóstico que vuelve indispensable la orientación que brinda la historia clínica.

En la primera etapa, de las cuatro semanas a los cuatro meses, pueden aparecer síntomas parecidos a los de una gripe. En el lapso de tres años es probable encontrar síntomas leves como fiebre, sudoración, fatiga, pérdida de peso sin relación aparente con alguna patología, náuseas, diarrea, linfadenopatía. Se considera que cerca del 50 % de los enfermos de SIDA se encuentran en este caso. Quienes tienen un cuadro clínico con tres años de evolución y presentan síntomas graves como neumonía, sárcoma de kaposi, micosis en el esófago y diarrea grave.

Manifestaciones gastrointestinales.

El conducto gastrointestinal, en los enfermos de SIDA, es afectada por infecciones sin neoplasia.

Entre las neoplasias más frecuentes está el sarcoma de kaposi, que afecta la submucosa del estómago y el intestino proximal. Este puede manifestarse por hemorragia gastrointestinal cuando afecta una zona extensa.

El síndrome gastrointestinal es el que más comúnmente aparece en el SIDA, ya sea al inicio o en el curso del padecimiento. Esto ocurre en más del 85 % de los pacientes; le sigue la disfagia, y la odinefagia.

En la boca se puede encontrar candidiasis oral que se presentan como placas blanquesinas o úlceras dolorosas. Es frecuente que las lesiones del esófago provoquen disfagia. La causa más común de diarrea son las infecciones del intestino delgado y el colon. La enteritis se manifiesta con diarrea prolongada y en los casos más graves, con colitis hemorrágica o con perforación de colon. Algunos enfermos presentan desnutrición. En el hígado y las vías biliares hay alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático.

Manifestaciones cutáneas.

En muchos casos los de la piel son los primeros signos de la enfermedad.

Las infecciones virales se producen con herpes simple genital, perinatal y oral.

Los pacientes con desnutrición manifiestan cambios en la piel: cambios pelacroides, lengualisa, hiper pigmentación de la piel, cambio de coloración en el pelo y uñas quebradizas, es frecuente la dermatitis seborreica. En algunos casos se ha dado la leucoplaquia pilosa que son placas blanquesinas en los bordes de la lengua; y la foliculitis eosinofílica que son pápulas foliculares en el tronco y las extremidades.

Neumonía. Es producida por el microorganismo *Pneumocystis carinii*. Es mortal en grupos de pacientes con inmunosupresión. Se caracteriza por fiebre elevada mayor de 39°C y tos que

aumenta en intensidad y frecuencia; posteriormente, dificulta para poder respirar. En la mayoría de los casos no se encuentran datos importantes en la auscultación de los campos pulmonares.

Sarcoma de Kaposi. Ocurre en un 25 % del total de casos de SIDA; alrededor del 10 % de estos 25 % desarrolla el tumor con una infección oportunista. En homosexuales en cinco veces mayor la frecuencia de este tumor. Un 40 % de homosexuales con SIDA lo desarrollan.

El sarcoma causa graneado de la pared interna de los vasos sanguíneos pequeños con células tumorales en forma de nudo. También afecta ganglios linfáticos y órganos internos. El crecimiento del tumor puede producir destrucción linfática y los miembros afectados se turnan tumefactos. No dan etáctasis, es multifocal y afecta, con predilección por el aparato digestivo, de la boca al ano.⁽²¹⁾

Manifestaciones en niños:

La sospecha de SIDA pediátrico se establece en un niño que presenta cuando menos dos de los siguientes síntomas:

Pérdida del 10 % de peso o desarrollo anormalmente lento;

Diarrea crónica mayor de un mes de duración;

Fiebre prolongada con duración mayor de un mes.

Además de que estos síntomas estén asociados con los síntomas menores que son:

Infecciones comunes repetidas (faringitis, otitis etc.);

Tos persistente por más de un mes.

Candidiasis orofaríngea;

Dermatosis generalizada;

Infección materna por VIH confirmada;

Linfadenopatía generalizada.

Los anteriores síntomas deben presentarse en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia tales como cáncer, desnutrición y otras y tener serología positiva para VIH corroborada mediante prueba confirmatoria. (22)

Manifestaciones en niños por transmisión perinatal. Las más frecuentes son: infecciones repetidas y graves en las vías respiratorias, urinarias y en los huesos, o infecciones generalizadas; retraso o ausencia en el desarrollo psicomotor y falta de crecimiento cerebral; aumento de volumen de hígado y de los ganglios; o diarrea y dificultad para aumentar de peso.

1.6.1. Cuadro neuropsiquiátrico y psicológico del SIDA.

El cuadro clínico neuropsiquiátrico y psicológico del SIDA, presenta las siguientes características:

Del 50 al 70 % de pacientes con SIDA y del 25 % de pacientes con complejo relacionado al SIDA presentan la " demencia asociada al SIDA " (DAS), la cual inicia con temblores y lentitud de movimientos y evoluciona hacia una demencia grave en la que se da el mutismo, incontinencia y parálisis parcial.

El VIH ataca el cerebro a través de macrofañas contagiadas quienes pueden ser los causantes de la demencia.

Los pacientes con DAS presentan anomalías en las funciones cognitivas, motores y del comportamiento. Al iniciarse el deterioro nacen de la necesidad de hacer listas de actividades que deben desarrollar y que consideran insuperables; pierden interés en su trabajo, y aparece un cuadro depresivo.

por alteraciones bioquímicas, distinto de la depresión que aparece al conocer el diagnóstico.

Después se dan trastornos motores, temblor fino e inseguridad al caminar, y retardo en sus reflejos.

Se agudiza la apatía, el deterioro mental puede llevar hasta el mutismo total, la demencia severa, hipoquinesia general e incontinencia.

En el cerebro se indica una atrofia de las sustancias blanca y gris. Se ha demostrado la presencia de material genético del VIH en células cerebrales.

Los cambios del DAS son:

Encefalopatía;

Cambio de personalidad;

Falta de concentración;

Alteraciones de la memoria o corto plazo;

Desorientación;

Deterioro del habla y la visión.

Algunos pacientes desarrollan cuadros de agitación, con un cuadro de tipo maniaco o cuadros parecidos al mal de Parkinson.

En las complicaciones neurológicas en la fase aguda y en la final se presenta una meningo-encefalitis aguda aséptica, y puede derivar hacia una meningitis crónica. También se presentan alteraciones del sistema nervioso periférico.

En las etapas clínicas temprana y final pueden presentarse: linfoma primario del sistema nervioso central; linfomas sistemáticos con compromiso del sistema nervioso central; sarcoma de Kaposi del sistema nervioso central.

En la etapa clínica final pueden presentarse las infecciones oportunistas del sistema nervioso central, el infarto cerebrovascular y la hemorragia cerebrovascular.

Los enfermos al conocer el diagnóstico de SIDA padecen diversos efectos psicológicos.

En los portadores asintomáticos y sintomáticos los efectos psicológicos más comunes son:

- 1.- Ansiedad por la idea de presentar en el futuro el cuadro clínico del SIDA.
- 2.- Depresión por la percepción de lo inevitable de la enfermedad.
- 3.- Obsesión patológica sobre la enfermedad con evitaciones y búsqueda de síntomas.
- 4.- Alteración social, familiar, laboral y stress.
- 5.- Sentimiento de culpa.

Aspectos psicológicos del paciente con SIDA:

- 1.- Choque por el diagnóstico y afrontar la posible muerte.
- 2.- Importancia, frustración y enojo por no poder cambiar las circunstancias.
- 3.- Disminución de las funciones físicas.
- 4.- Ansiedad sobre las reacciones de otros, aislamiento y pérdida de apoyo social.
- 5.- Disminución de las funciones del razonamiento.
- 6.- Menor función sexual, pérdida de la libido y disminución erectil.
- 7.- Temor de infectar a seres queridos.
- 8.- Temor de morir solo con dolor y molestias.
- 9.- Perturbación social, laboral y familiar.⁽²³⁾

1.7. Métodos para la detección de la infección del VIH.

Las pruebas que existen para la detección de la infección por el VIH en laboratorio son de dos tipos:

a) Las que identifican la presencia del virus dentro del organismo, las cuales no se utilizan para diagnóstico de rutina por su alto costo y especialización técnica, sino como técnicas de investigación.

b) Los que detectan la respuesta inmune del organismo, llamadas serológicas, que indican la presencia de anticuerpos específicos en contra del VIH.⁽²⁴⁾

El primer tipo de prueba puede desarrollarse con la técnica denominada, cultivo del virus; o con la técnica denominada detección de antígeno circulante, que no es útil en la práctica ya que en la mayoría de las personas el tiempo en que se puede detectar el antígeno es muy breve y corresponde a etapas iniciales de la infección.

El segundo tipo de prueba se puede desarrollar con la técnica denominada detección de anticuerpos circulantes, de las cuales es la única prueba disponible en la actualidad con aplicación práctica para detección de sujetos infectados. Las pruebas pueden ser de detección o tamizaje o confirmatorias.⁽²⁵⁾

La mayoría de las pruebas serológicas están basadas en un tipo de estudio inmunoenzimático llamado ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) que consiste en una reacción enzimática asociada a la presencia de anticuerpos contra VIH. Apesar de que se cuenta con pruebas de ELISA, es requisito que un suero

resulte positivo en pruebas de ELISA, por lo menos en dos ocasiones y además, resulte positivo a un estudio confirmatorio por inmunofluorescencia, para establecer el diagnóstico de infección por VIH.

El resultado de las pruebas de detección puede interpretarse: si son positivas, la persona está infectada por VIH.⁽²⁶⁾

La presencia de estos anticuerpos en la sangre no indica que el individuo a desarrollado defensas contra el virus.

Las personas seropositivas deben saber que probablemente permanecerán infectadas toda su vida y que pueden transmitir esta infección a otros a través de la sangre y de las relaciones sexuales. En el caso de las mujeres quiere decir también que lo pueden transmitir a sus hijos.

Ser seropositivo no impide nuevas reinfecciones. Se supone que nuevas reinfecciones por el VIH podrían jugar un papel importante en la evolución de una persona seropositiva hacia el SIDA. Las precauciones no sólo son para proteger a los demás, sino para protegerse a uno mismo.

En caso de ser negativo el resultado, caben tres posibilidades:

a) Que no está infectado por el VIH.

b) Que se está en el periodo de seroconversión. Es decir, que la infección ha tenido lugar recientemente y que el organismo no ha tenido tiempo de desarrollar anticuerpos. En este caso conviene repetir una nueva prueba de dos o tres meses después de la última relación de riesgo, para asegurar el resultado.

c) Una persona puede estar infectada por el VIH pero no haber producido anticuerpos. Este individuo es seronegativo, pero portador del virus. (21)

La proporción de personas detectadas como positivas mediante la prueba de ELISA y la confirmatoria, suele ser menor a la obtenida sólo con pruebas de ELISA, debido a la característica que tiene esta última prueba, de algunos resultados falsos que se tienen por positivos, y se consideran infectados a personas que en realidad no lo son. Este tipo de pruebas se diseñaron para utilizarse en bancos de sangre con el fin de evitar la transmisión por vía sanguínea, en donde, importaba detectar todos los paquetes de sangre positivas, para desecharlos. Antes no se confirmaban los resultados positivos de donadores detectados y los bancos de sangre se limitaban a destruir las unidades de dichos donadores. Actualmente se considera que los bancos de sangre deben confirmar los resultados positivos y en su caso informar al donador de su estado seriológico. La confirmación es importante dadas las implicaciones de un diagnóstico erróneo de positividad.

Para evaluar la calidad de las pruebas de laboratorio existen los siguientes parámetros:

Sensibilidad, probabilidad de obtener resultados positivos en sujetos infectados.

Especificidad, probabilidad de obtener resultados negativos en sujetos no infectados. La especificidad de las pruebas ELISA utilizadas en el país es de 99.6 %, en tanto que la sensibilidad es de 98.3 %.

Los otros dos parámetros varían de acuerdo a la prevalencia de la infección, en los grupos poblacionales en los que se afecte el proceso de detección y son:

- Valor predictivo positivo (VPP), probabilidad de que un individuo que tiene resultado positivo, en realidad esté infectado y,

- Valor predictivo negativo (VPN), probabilidad de que un individuo que tiene un resultado negativo, no esté infectado.

Mientras más baja es la prevalencia de infección, más bajo es el VPP. En las poblaciones con alta prevalencia, la calidad de la prueba en términos de VPP y VPN es muy confiable.

Si se aplicara la prueba de detección a 100, 000 personas con una prevalencia de infección de 25 % en dicha población habría 25, 000 personas infectadas de las que 24, 575 tendrían un resultado positivo y 425 negativo. De los 75, 000 individuos que realmente no estuviesen infectados, se podrían identificar como negativos al 99.8 % (especificidad), con lo que 74, 850 personas no infectadas tendrían este resultado y a 150 se les notificaría que están infectadas, cuando en realidad no lo están. La probabilidad de que a una persona que se le de un resultado positivo, y esté realmente infectada, es de 99.4 % VPP y la probabilidad de que tenga resultado negativo, y que en realidad no esté infectado, es de 99.4 %.

En cambio, si se aplicase la prueba a 100, 000 personas que tuviesen una prevalencia de infección de 1/10, 000 valores que se esperarían para la población, habría 10 personas infectadas, de los que todos ellos tendrían un resultado positivo. De los 99,990 individuos que realmente no estarían infectadas, se

podrían identificar como negativos al 99.9 % (especificidad), con lo que 99, 790 personas no infectadas tendrían este resultado, pero, a 200 se les notificaría que están infectados, cuando en realidad no es así. La probabilidad de que a una persona se le de un resultado positivo, y que esté realmente infectada, es mucho más baja que el ejemplo anterior, con tan sólo 4.7 % VPP es decir, el 95.3 de los que se detecte como positivos realmente no lo serán y si tuviera un resultado negativo, cuando en realidad no esté infectado, es de 99.9%.⁽²⁸⁾

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- Barre, F. Chermann, J.C. Rozenbaum, W." El SIDA en preguntas ". México. Edivision. , 1989, pp. 18, 19, 21, 22.

2.- C. Gallo, Robert y Montagnier, Luc. " El SIDA libros de investigación y Ciencia ". España. Prensa Científica. 1989, p. 18.

3.- " SIDA. Manual de Información para profesionales sanitarios de atención primaria." Gobierno Vasco. Edita: Depto. de Sanidad y Consumo. 1989, p. 7.

4.- " El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida." Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. México D.F; Edita: La dirección general de epidemiología. 1987, p. 6.

5.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., p. 6.

6.- C. Gallo, Robert. Op. cit., pp. 61, 63, 65, 66, 68, 69.

7.- Hernández M., Juan Carlos. Ramírez D.A., Hilda. Reyes P., Jeanette." SIDA. Información para dar a los clientes en la farmacia." Guía para el personal de farmacias. Mexico. IMIPAP, CONASIDA, Sector Salud. 1988, pp. 3 - 5.

8.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., pp. 14, 15.

9.- Caroenas Arroyo, Jorge. Instituto Mexicano de Psiquiatría. " Manejo psicológico del paciente con SIDA por el médico no psiquiatra." Mexico. Depto. de capacitación continúa, división de enseñanza. 1989, p.8.

- 10.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., p. 9.
- 11.- Cardenas Arroyo, Jorge. Op. cit., p. 6.
- 12.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., p. 10.
- 13.- Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. Op. cit., p. 9.
- 14.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., pp. 10, 11.
- 15.- Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. Op. cit., p. 11.
- 16.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., pp. 11, 12, 13, 16.
- 17.- Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. Op. cit., p. 13.
- 18.- Cardenas Arroyo, Jorge. Op. cit., p. 9.
- 19.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., p. 16.
- 20.- Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. Op. cit., pp. 14, 15.
- 21.- Cardenas Arroyo, Jorge. Op. cit., pp. 9 - 12.
- 22.- Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. Op. cit., p. 25.
- 23.- Cardenas Arroyo, Jorge. Op. cit., pp. 13, 14, 18.
- 24.- Boletín Mensual SIDA/ ETS, EPI - CONASIDA. Año 6. núm. 4. Abril 1992. p. 2154.

25.- " Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Medidas preventivas. " Editado por: la Dirección de Epidemiología. Subsecretaría de Servicios de Salud. CONASIDA. 1987. p. 11.

26.- Boletín Mensual SIDA/ ETS. Op. cit., p. 2154.

27.- SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios. Op. cit., pp. 17 y 18.

28.- Boletín mensual SIDA/ ETS. Op. cit., pp. 2154 y 2155.

CAPITULO SEGUNDO

EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA

2.1. Epidemiología del VIH.

Apartir de 1980 en distintas partes del mundo se presentan indicios de lo que hoy conocemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. La práctica de los modos de transmisión del VIH (virus que provoca el SIDA), es tan habitual en la vida humana, facilitan su expansión a tal grado, que existe día a día un incremento notable en el número de personas que la padecen. Es comprensible que este padecimiento adquiera proporciones de contagio verdaderamente alarmantes dentro de cualquier núcleo humano.

Cierto es que la salud pública es afectada constantemente por diversas enfermedades que si bien, además de poderse controlar, en la mayoría de los casos no son letales, sin embargo en los últimos años el padecimiento del SIDA ha tomado tanta fuerza que pasa de ser considerado como un problema de salud pública a ser una " epidemia, " que la ciencia mundial no puede controlar y en la mayoría de los casos es mortal.

EPIDEMIA (de epi-sobre, y el gr. demos-pueblo; sobre el pueblo). Se define como la enfermedad que ataca en un mismo punto a varios individuos a la vez y depende de casos accidentales.⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA. En sentido estricto se refiere al estudio de las epidemias. En la práctica la actividad de los epidemiólogos supera esta definición, esta ciencia se interesa en los factores

colectivos o individuales que favorecen la aparición, la extensión y la extinción de una enfermedad. Algunas características del SIDA le confieren el aspecto epidemiológico, en la medida que una epidemia desiona la aparición de una serie de casos comparables en lo que respecta a las características y las causas (origen) y el número que netamente supera las expectativas normales.

Aquí los datos epidemiológicos sirvieron, por ejemplo, para determinar la relación existente entre la homosexualidad masculina con el SIDA.⁽²⁾

La epidemia del SIDA se detectó por primera vez en América del Norte en 1980, después se detectaron casos en Europa. En Asia y en el Pacífico Occidental, el brote de la epidemia parece haber ocurrido 2 a 4 años más tarde.

2.1.1. La Organización Mundial de la Salud y la epidemiología del VIH.

Hasta septiembre de 1990 se habían notificado a la Organización Mundial de la Salud, OMS, más de 280.000 casos de SIDA, de los cuales más de 170.000, o sea más del 50 % del total, correspondían a los países de América, en donde han muerto más de 100.000 personas. Aunque la OMS estima que realmente pudieron haber ocurrido más de 1200.000 casos de SIDA en todo el mundo: 800.000 en adultos y 400.000 en niños. Más del 50 % se produjeron en África y cerca de 40 % en América.

La OMS ha definido tres patrones de epidemiología del SIDA basados en el año de inicio de la epidemia y los modos predominantes de transmisión del VIH.

Los países del patrón I son aquellos donde la epidemia comenzó en la primera mitad del decenio de 1980 y la diseminación de la enfermedad entre hombres homosexuales, bisexuales y toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa ha sido el modo más importante de transmisión. En los países incluidos en el patrón II el virus comenzó a propagarse durante los mismos años y la transmisión heterosexual ha sido predominante. En los países del patrón III, la propagación se produjo a mediados o fines del decenio de 1980.

En los países de América del Norte, Europa y Australia, la epidemiología se ha centrado en el patrón I. En América Latina y el Caribe los patrones se han mezclado, siendo el patrón II más frecuente en el Caribe y el patrón I en las zonas que se encuentran más en el sur. En el África tropical, el modo de transmisión más importante ha sido el heterosexual. En la mayor parte de Asia, han ocurrido o se han notificado muy pocos casos de SIDA, lo que ha impedido determinar la epidemiología de la enfermedad, aunque en algunos países han comenzado a surgir los patrones.

En América del Norte, 60 % de los casos de SIDA han ocurrido entre hombres homosexuales y bisexuales, y el 18 % entre toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa. En Europa las proporciones se han ubicado en 46 y 30 % respectivamente. En estas zonas ha variado la importancia relativa de transmisión homosexual y por inyección de drogas. En la costa nordeste de

los Estados Unidos de Norte América, casi 40 % de los casos de SIDA se han identificado como toxicómanos que se inyectan, mientras que en España e Italia estos constituyen más de la mitad de los casos notificados. Debido a que muchos de ellos son personas heterosexuales activos, son un riesgo para sus parejas e hijos. En Estados Unidos, las tasas más altas de infección entre las mujeres de edad fértil se encuentran en las ciudades de Nueva York y Miami, donde muchas mujeres adquieren la infección a través de las relaciones sexuales con toxicómanos por inyecciones intravenosas. En la costa oeste de los Estados Unidos y en el norte de Europa los hombres homosexuales representan la población con el mayor número de casos de SIDA.

En América en su primera etapa de transmisión el VIH afectó a homosexuales y bisexuales. Durante la segunda mitad del decenio iniciado, en 1980 en los países del Caribe también resultaban afectados un número creciente de heterosexuales. La proporción de casos de SIDA entre mujeres aumentó de 18 % en 1985 a 35 % en 1988. La proporción de casos notificados de contacto heterosexual ascendió de 13 a 65 %.

La transmisión en América Latina se mantiene dentro del patrón I, afecta predominantemente a hombres homosexuales y bisexuales, a los que se suman los que se inyectan drogas por vía intravenosa. Brasil y México han notificado el mayor número de casos. Brasil ocupa el cuadragésimo lugar por tasas de incidencia, como resultado del enorme volumen de su población. En México los hombres bisexuales tienen un 21 % de los casos.

En América Latina y el Caribe la epidemia del SIDA parece haberse iniciado igual que en Estados Unidos.

Los casos actuales de SIDA son evidencia de patrones de transmisión que ocurrieron hace varios años. Se ha tratado de medir o estimar las tasas actuales de infección por el VIH, un proceso que se ha obstaculizado por la preocupación en cuanto a la confidencialidad, la dificultad de llegar a los grupos de población que interesan y los desacuerdos políticos. No obstante, mediante la utilización de encuestas han comenzado a surgir indicaciones útiles respecto a la prevalencia de la infección por el VIH, para poder formular predicciones respecto del futuro de la epidemia.

La OMS estima que en la actualidad hay de 8 a 10 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo. La mitad de esas personas se encuentran en Africa. Se cree que en los Estados Unidos, donde hasta el momento no se ha llevado a cabo una encuesta nacional representativa, existen entre 1, y 1.5 millones de personas infectadas. America Latina y el Caribe contribuyen con otros 500 000 ó 1 millón. La tasa de infección en Europa es menos de la mitad de la de los Estados Unidos, y puede ser de 500 000 personas. La evidencia de la rápida propaación del VIH en el Asia durante los últimos dos años hace pensar que en esa región hay por lo menos 500 000 personas infectadas por el VIH.

Las tasas de seropositividad del VIH se han medido en diversos grupos compuestos por individuos de alto riesgo en America. La positividad ha oscilado de 10 a 40 % en hombres homosexuales y bisexuales en el Caribe, y de menos de 50 a 70 % en los casos notificados por grupos similares en los Estados Unidos.

La sangre donada se examina para detectar anticuerpos contra el VIH antes de emplearla en una transfusión. Como se dispone de los resultados de esas pruebas, los donantes no están asociados directamente con la infección por el VIH, las tasas de positividad entre ellos se han utilizado como índice de los niveles de infección de la población general. Lamentablemente, las personas donan sangre por diversas razones, la que puede traer aparejada alguna vinculación con un riesgo mayor de infección.

La mayor parte de programas de donantes voluntarios procuran que las personas con más riesgo de infección por el VIH no den sangre. Por estas razones, quizá la seropositividad de los donantes no refleje exactamente el nivel de infección de toda la población.

La OMS pronostica que para 1995 se duplicará o triplicará por lo menos el número total de casos de SIDA en la mayor parte del mundo. Para el año 2000 habrá entre 15 y 20 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, con un total acumulativo de 5 a 6 millones de casos. Muchos de los casos ocurrirán en personas que adquirieron la infección antes de 1990. Es probable que 3 millones o más de los casos que se produzcan en adultos resulten de infecciones adquiridas durante la década de 1990, a pesar de los esfuerzos intensivos de los servicios de salud pública. En los países industrializados la incidencia de nuevos casos de infección por el VIH ha disminuido, en los países en desarrollo ha aumentado durante los últimos años. El número de personas infectadas en América Latina

el Caribe puede exceder de 2 millones para el año 2000, a menos que nuestros esfuerzos de prevención sean más eficaces.

En los países industrializados incluidos en la epidemiología del patrón I, el SIDA se convertirá en una de las causas principales de muerte entre los adultos de 20 a 49 años de edad. Los hombres homosexuales y los toxicómanos por inyección intravenosa continuarán siendo los grupos más afectados. Las minorías étnicas y raciales soportarán una parte cada vez más creciente y desproporcionada de la carga, como va es el caso de los Estados Unidos.

En América central y el Caribe la diseminación de la enfermedad es probable que se extienda aun más entre la comunidad heterosexual. En algunos países caribeños, el SIDA va es la causa principal de defunción entre adultos jóvenes. Como hay más mujeres infectadas, se prevé que aumenten las tasas de mortalidad de lactantes y niños. Si una prevalencia de 0.5 % de infección por el VIH en mujeres embarazadas produciría de 5 a 10 % de aumento en la mortalidad infantil; una seroprevalencia del 1 % representaría un incremento de 10 a 20 %.

En gran parte de América del Sur, los hombres homosexuales y los toxicómanos que se inyectan droga por vía intravenosa probablemente serán las víctimas principales. Es seguro que el costo económico y social que representará el manejo de tantos casos de SIDA contribuirá un gran desafío para los países de América Latina y el Caribe.

Los efectos de SIDA no se limitarán a las personas que adquirieron la infección. Un ejemplo concreto es el de los niños de madres infectadas por el VIH. Se estima que un 30 % de los

niños nacidos en esas condiciones se infectaran a su vez por vía perinatal y morirán de SIDA pocos años después de nacer. También muchas madres infectadas por el VIH, aunque den a luz niños no infectados, contraerán el SIDA durante la primera mitad de este decenio y morirán dejando probablemente 10 millones de niños huérfanos como resultado de la enfermedad. Estas perturbaciones sociales están teniendo lugar en América Latina y el Caribe, y en las zonas urbanas de África central y oriental. (3)

2.1.2. La organización Panamericana de la Salud y la epidemiología del VIH.

La organización Panamericana de la Salud, OPS, realiza un programa de vigilancia de casos de SIDA en donde incluye datos de casos notificados por 45 unidades informantes de los países de América.

Las notificaciones de casos de SIDA comenzaron en 1983 mediante informes esporádicos. En 1986, la OPS estableció un sistema de notificación trimestral del SIDA en la región y definió un sistema de recolección de datos.

Los informes de país se preparan a nivel nacional y se someten a la OPS durante los 30 días inmediatos al cierre de cada semestre. La OPS produce un informe de vigilancia a proximadamente a los 45 días de término del trimestre, que se distribuye a todos los países del hemisferio.

El número total y anual de casos informados a la OPS presentados en este documento están basados en el periodo de

Número notificado de casos de sida por region, subregion y por año, 1987-1990 y cambio porcentual de año a año entre 1987 y 1990

SUBREGION	CASOS				PORCENTAJE DE CAMBIO		
	1987	1988	1989	1990	1987-88	1988-89	1989-90
AMERICA LATINA	4,402	6,916	8,681	9,903	57.1	25.5	14.1
AREA ANDINA	398	649	806	841	63.1	24.2	4.3
CONO SUR	126	264	335	523	109.5	26.9	56.15
BRAZIL	2,162	3,580	4,516	4,421	65.6	26.11	-2.1
ISTMO(CENTRO AMERICANO)	189	380	531	837	101.1	39.71	57.61
MEXICO	804	964	1,499	2,395	19.9	55.55	59.8
CARIBE LATINO	723	1,079	994	886	49.2	-7.9	-10.9
CARIBE	374	489	725	699	30.7	48.3	-3.6
AMERICA DEL NORTE	28,130	33,818	37,517	33,030	20.2	10.9	-12.0

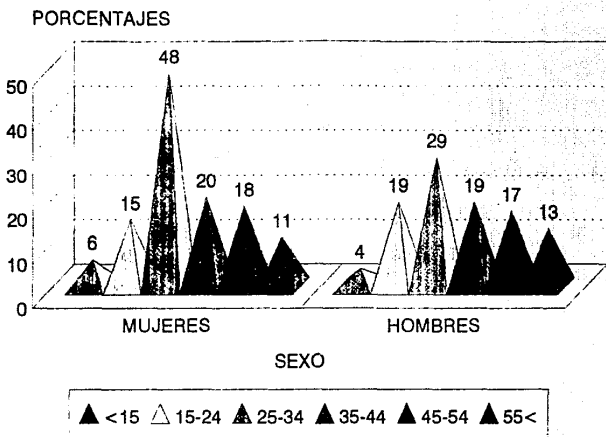
Número de casos de SIDA en 1989 notificados a marzo de 1990 y mayo de 1991

SUBREGION	CASOS DE 1989 EN EL INFORME DE VIGILANCIA DE 1989(MARZO DE 1990)	CASOS DE 1990 EN EL INFORME DE VIGILANCIA DE 1990(MAYO DE 1991)
AREA ANDINA	752	806
CONO SUR	353	335
BRAZIL	3.706	4.516
ISTMO(CENTRO AMERICANO)	538	531
MEXICO	1.434	1.499
CARIBE LATINO	839	994
CARIBE	631	725
AMERICA DEL NORTE	28.880	37.517

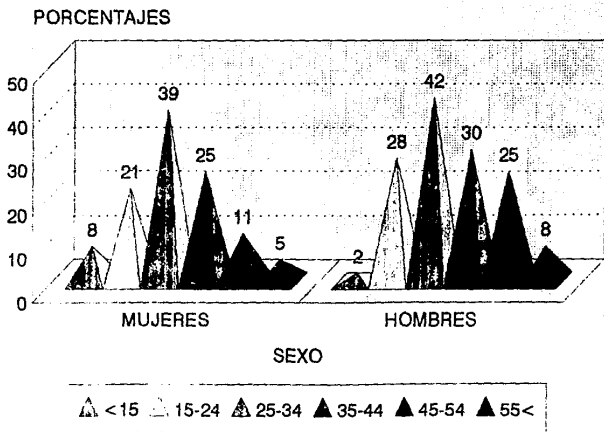
Taza anual de incidencia de casos de SIDA por millón de habitantes, por sexo, subregión y año America latina y el Caribe 1987-1990

SUBREGION	TAZA POR MILLON DE HABITANTES							
	HOMBRES				MUJERES			
	1987	1988	1989	1990	1987	1988	1989	1990
AMERICA LATINA	17.9	26.5	33.4	35.4	2.4	4.9	6.1	6.4
AREA ANDINA	8.8	11.7	11.9	15.8	0.4	1.0	1.2	2.3
CONO SUR	5.0	9.6	11.3	14.0	0.0	0.7	1.2	0.8
BRAZIL	27.8	43.3	54.3	51.2	2.8	6.0	6.3	5.4
ISTMO(CENTRO AMERICANO)	7.1	12.0	20.4	36.4	1.8	4.1	9.6	15.7
MEXICO	17.1	19.0	33.3	41.0	1.8	3.3	6.1	8.0
CARIBE LATINO	35.3	60.1	49.9	36.0	16.2	29.4	30.5	23.2
CARIBE	75.1	94.9	128.5	106.9	29.0	38.4	59.9	47.3

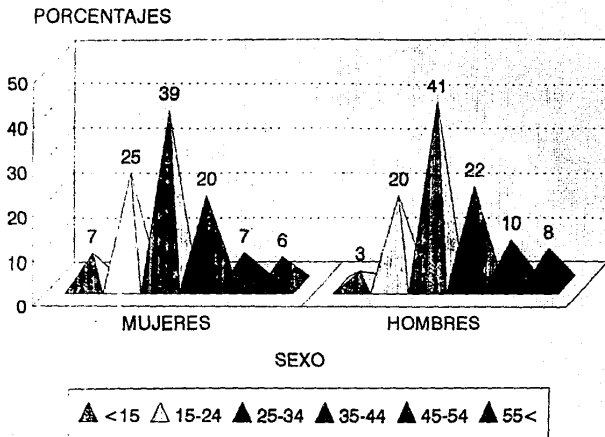
REGION ANDINA



REGION CONO SUR

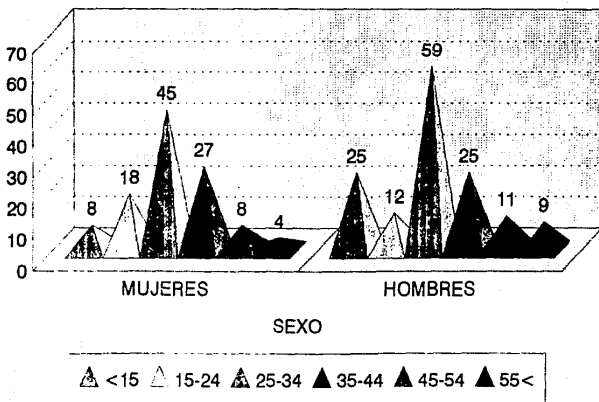


REGION CENTRO AMERICANO

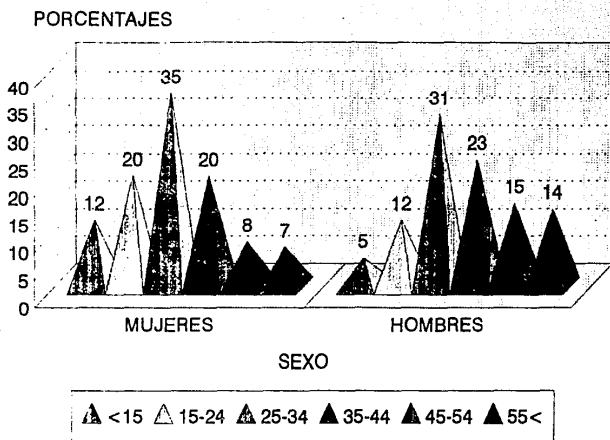


REGION CARIBE LATINO

PORCENTAJES

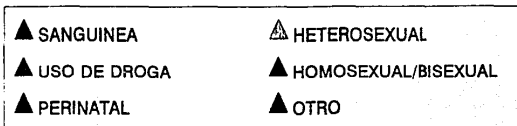
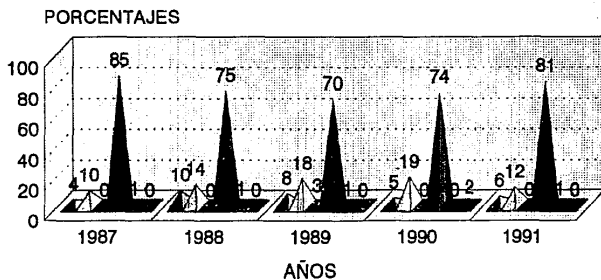


REGION CARIBE



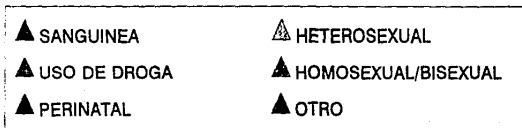
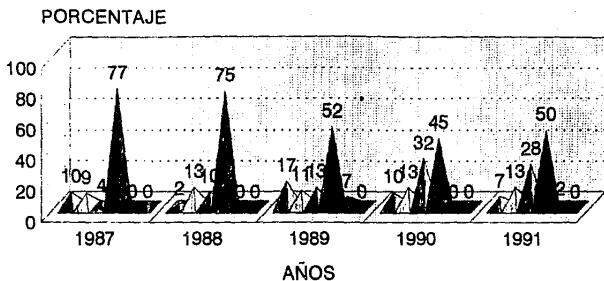
REGION ANDINA

CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, SUBREGION Y AÑO



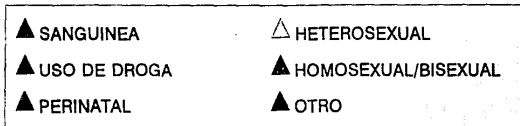
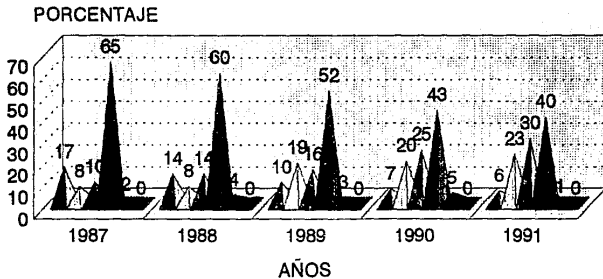
CONO SUR

CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, SUBREGION Y AÑO



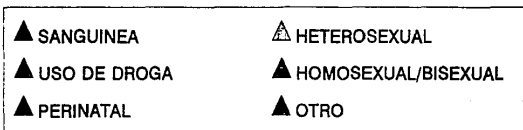
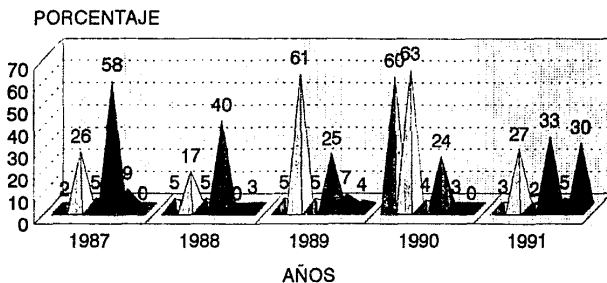
BRASIL

CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, SUBREGION Y AÑO



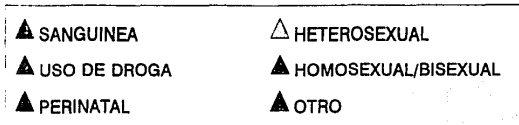
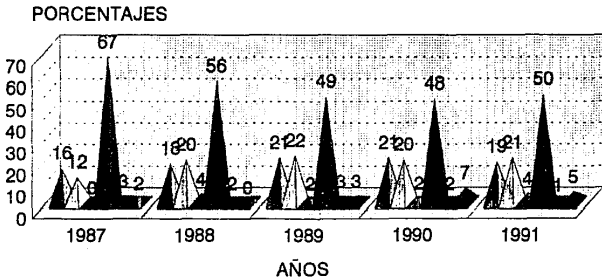
ISTMO CENTROAMERICANO

CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, SUBREGION Y AÑO



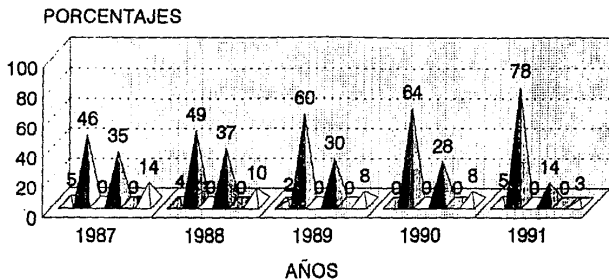
MEXICO

CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, SUBREGION Y AÑO



CARIBE

CASOS DE SIDA POR RIESGO, SUBREGION Y AÑO



△ SANGUINEA

▲ HETEROSEXUAL

△ USO DE DROGA

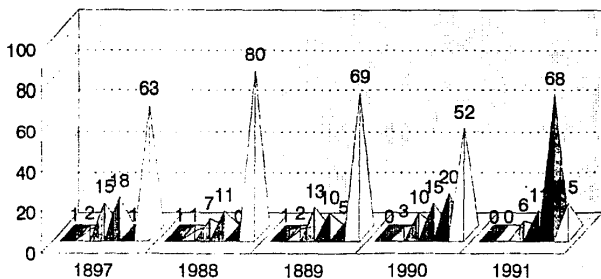
▲ HOMOSEXUAL/BISEXUAL

▲ PERINATAL

△ OTRO

CARIBE LATINO

CASOS DE SIDA POR RIESGO, SUBREGION Y AÑO



▲ USO DE DROGA

▲ PERINATAL

▲ SANGUINEA

▲ HOMOSEXUAL/BISEXUAL

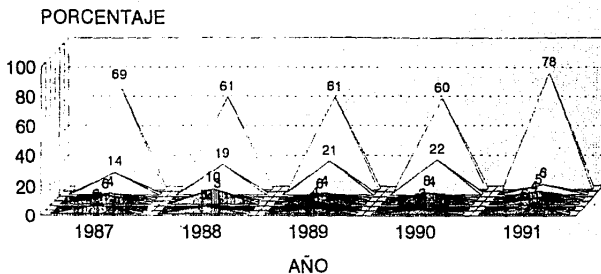
▲ OTRO

▲ HETEROSEXUAL

PORCENTAJE

NORTE AMERICA

CASOS DE SIDA POR RIESGO, SUBREGION Y AÑO



▲ SANGUINEA

▲ PERINATAL

▨ HETEROSEXUAL

▨ OTRO

... USO DE DROGA

△ HOMOSEXUAL/BISEXUAL

diagnostico. La distribución de casos por edad, sexo y categoría de riesgo, se presenta en relación a la fecha de notificación.

Para estimar cuan completa es la notificación de casos de SIDA se enviarán cuestionarios a los 18 países latinoamericanos. Dos de las preguntas trataban de medir la subnotificación: una en relación a la cobertura geográfica del sistema de información y la otra, en referencia al porcentaje de casos capturados por el sistema de vigilancia.

Se han notificado un total de 209. 767 casos y 127. 751 muertes en la región desde el comienzo de la epidemia y hasta el 31 de mayo de 1991, de los cuales el 83 % ocurrió en la subregión de América del Norte, el 16 % en la América Latina y el 1.3 % en el Caribe.

A pesar de que la Organización Panamericana de la Salud ha promovido el uso de la vigilancia centinela de la infección por VIH como un medio para adquirir información actualizada del estado de la epidemia en el hemisferio, la información serológica continúa siendo escasa. De los 45 países que notificaron datos sólo 10 son los que proveen información serológica acerca de la prevalencia del VIH. La OPS no promueve en forma obligatoria la notificación de la infección, por VIH, sino que insta a las autoridades de la salud pública a hacer pruebas anónimas, no ligadas, en sitios estratégicos, con el fin de preservar la confidencialidad de las personas infectadas por el VIH y para prevenir la discriminación en su contra.

Debido a que la recolección de datos en poblaciones comparables y a través del tiempo no ha sido sistemática, la información regional no permite la definición de las tendencias

**NUMERO DE ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LA INFECCION POR VIH.
POR GRUPO ESTUDIADO DESDE 1989**

GRUPO	N° DE ESTUDIOS (DESDE 1989)	GRUPO	N° DE ESTUDIOS (DESDE 1989)
ALTO RIESGO:		OTROS:	
HOMBRES HOMOSEXUALES/BISEXUALES	7	CLINICA DE ETS	8
USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS	11	PACIENTES TUBERCULOSOS	2
PROSTITUTAS	19	PRISIONEROS	5
PARIAS DE INFECTADOS	5	NIÑOS DE LA CALLE	2
HEMOFILICOS	4	OTRAS PACIENTES	7
BAJO RIESGO:			
CLINICA PRENATAL	6		
DONANTES DE SANGRE	35		
POBLACION GENERAL	7		

**SEROPREVALENCIA AL VIH EN MUJERES EN CONTROL PRENATAL,
PAISES SELECCIONADOS DATOS DISPONIBLES MAS RECIENTES. 1989-1990**

PAIS	LUGAR	AÑO	MUESTRA	SEROPREVALENCIA (%)
BERMUDA		1990	250	0.0
BERMUDA		1990	352	0.2
BRASIL	CD DEL SALVADOR	1989	208	1
BRASIL	CD DEL SALVADOR	1989	610	3.6
COSTA RICA		1990	1,012	0.0
COSTA RICA		1990	1,614	0.1
COSTA RICA		1991	510	0.0
CUBA	NACIONAL	1990	554,476	0.0
E. U. A.		1988-1989	136,249	0.2
HAITI	CITE SOLTIL	1990	2,529	9.3
HAITI	URBANO	1989	1,604	8.6
REP. DOMINICANA		1989	200	3.5

de la seroprevalencia. Aunque en todos los estudios se afirman que se utilizó la prueba ELISA seguida por el Western Blot, la OPS no ha confirmado estas aseveraciones por lo que no se han calculado intervalos de confianza.

Actualmente solo unos cuantos países proveen información de vigilancia centinela a la OPS. Este informe se basa en datos de seroprevalencia agrupados por factor de riesgo.

GRUPOS EN BAJO RIESGO.

1. Mujeres gestantes. El VIH se viene transmitiendo entre la población heterosexual de una manera creciente, al igual que aumenta el número de mujeres que se encuentran infectadas. En el caso de la infección de mujeres gestantes, se dará la transmisión vertical del SIDA hacia los infantes, puesto que del 25 al 30 % de los nacidos de madres infectadas desarrollarán la infección por VIH.

2. Donantes de sangre. Actualmente se tamiza a los donantes de sangre en todo sitio de donación, en la mayoría de los países miembros, en los que se estimula a las personas a que se abstengan de donar, si es que han recibido una transfusión, han consumido drogas por vía intravenosa o han tenido prácticas sexuales de alto riesgo. Así los donantes que están en riesgo de infección se auto-eliminarán y dejarán solamente a los de bajo riesgo en el grupo de donantes.

GRUPOS DE ALTO RIESGO.

Dentro de los grupos de alto riesgo de infección por VIH se incluye a los adictos a las drogas intravenosas, a los hombres homosexuales y bisexuales y a las personas que practican sexo comercial. Los hemofílicos también se encuentran entre los

**ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA VIH EN DONANTES DE SANGRE, PAISES
SELECCIONADOS, DATOS DISPONIBLES MAS RECIENTES**

PAIS/AÑO	N° PROBADO	% + HIV	LUGAR DE ESTUDIO
ARGENTINA,1989	51,895	0.2%	BUENOS AIRES
ARGENTINA,1989	35,198	0.2%	ROSARION.E.
BOLIVIA	145	0.0%	
BRASIL,1989	754,000	0.5%	NACIONAL
BRASIL,1990	14,381	0.1%	CD. SALVADOR
COSTA RICA,1989	38,000	0.1%	
CUBA,1990	2,208,382	0.0%	NACIONAL
ECUADOR,1989	396	0.5%	
HAITI,1989 (HOMBRES)	12,191	6.0%	SEIS AREAS
HAITI,1989 (MUJERES)	1,987	4.3%	SEIS AREAS
JAMAICA, 1988	47,978	0.2%	NACIONAL
JAMAICA, 1989	5,724	0.2%	
MARTINICA,1989	10,109	0.2%	
MEXICO,1989	625,000	0.1%	NACIONAL
MEXICO,1989	1,094	0.8%	CD. DE MEXICO
MEXICO,1989	9,002	0.2%	CD. DE MEXICO
MEXICO,1989	6,660	0.1%	
PANAMA,1989	6,279	0.1%	
PERU,1989	24,237	0.8%	
REP. DOMINICANA,1989	18,560	1.6%	
REP. DOMINICANA,1989	1,480	0.5%	URBANO/RURAL
REP. DOMINICANA,1990	7,177	0.0%	NACIONAL
REP. DOMINICANA,1990	18,560	0.9%	
TRINIDAD Y TOBAGO,1989	6,407	0.1%	
VENEZUELA,1989	1,508		

ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA EN POBLACION GENERAL

PAIS	LUGAR	AÑO	MUESTRA	PREVALENCIA (%)
BRASIL	CD. DE SALVADOR	1989	208	0.0
ECUADOR	IS. SAN CRISTOBAL	1989	127	0.0
E. U. A.	NACIONAL	1990	1,200,000	0.05

**ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA EN USUARIOS DE DROGAS, PAISES
SELECCIONADOS, DATOS MAS RECIENTES**

PAIS	LUGAR	AÑO	MUESTRA	SEROPREVALENCIA (%)
ARGENTINA	AREA NORDESTE	1989	693	38.1
	BUENOS AIRES	1989	212	29.6
	AREA NORDESTE	1989	896	42.6
	BUENOS AIRES	1989	660	48.2
	ROSARIO	1989	1,158	29.3
	BUENOS AIRES	1989	253	62.5
	BUENOS AIRES	1989	322	41.0
	BUENOS AIRES	1989	170	20.0
	AREA NORDESTE	1989	736	29.8
	BUENOS AIRES	1989	1,141	42.0
BRASIL	BRASIL	1989	526	76.2
	CD. DE SANTOS	1989	121	72.7
E. U. A.	ESTADOS UNIDOS (114 CENTROS NAL.)	1988-1989	19029	4.1
MEXICO	CD. DE MEXICO	1989	527	29.1

**ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALI
PAISES SELECCIONADOS, DATOS MAS RECIENTES**

PAIS	LUGAR	AÑO	MUESTRA	SEROPREVALENCIA (%)
ARGENTINA	BUENOS AIRES	1989	494	25.6
	BUENOS AIRES	1989	446	17.6
	AREA NORDESTE	1989	504	11.0
	AREA NORDESTE	1989	503	12.9
	AREA NORDESTE	1989	611	13.9
	NO ESPECIFICADO	1989	731	11.5
	ROSARIO	1989	659	11.1
COSTA RICA	COSTA RICA	1988	438	11.9
MEXICO	CD. DE MEXICO	1988	925	28.0
	CD. DE MEXICO	1988	732	35.0
	NO ESPECIFICADO	1988	451	4.5
	SEIS AREAS	1988	699	11.3
	GUADALAJARA	1988	325	29.8
PERU	NO ESPECIFICADO	1988	2,788	4.4

altamente infectados en aquellos países en los que se importaban productos de sangre contaminada con anterioridad al tamizaje completo de esos productos en 1985.

1. Usuarios de drogas intravenosas. Los consumidores de drogas intravenosas presentan un riesgo mayor de contraer la infección por VIH principalmente porque estas personas comparten en grupo los equipos de inyección de drogas, sin esterilización adecuada, lo que promueve la transmisión del VIH de persona a persona. Los drogadictos intravenosos son dados a hacer un trueque de sexo por drogas. Los estudios en adictos a drogas no inyectable (cocaína) sugieren que este grupo tiene mayor riesgo que los no adictos de contraer otras enfermedades de transmisión sexual de tipo ulcerante.

2. Prostitutas. En varios países se examina rutinariamente a las prostitutas cuando se presentan a obtener su tarjeta de sanidad. Esta tarjeta, aunque no legaliza sus actividades, es usada para "asegurarse" del estado de salud de las trabajadoras del sexo. Las prostitutas pueden estar preocupadas por la posibilidad de ser positivas y no se presentarán en los exámenes, a riesgo de perder su tarjeta o de ser excluidas de la práctica. En los países en que se extienden tarjetas sanitarias y se realiza vigilancia no anónima y ligada (en que la persona puede ser identificada), los estudios subestimarán la seroprevalencia en las prostitutas y, la transmisión del VIH será extremadamente difícil. Por lo que deben incluirse garantías de confidencialidad, aunque es difícil aún el obtener la cooperación de las prostitutas para llevar a cabo estudios seriológicos.

ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA EN PROSTITUTAS

PAIS	LUGAR	AÑO	MUESTRA	SEROPREVALENCIA (%)
ARGENTINA	ROSARIO	1989	1171	2
	NORDESTE	1989	1305	1.9
	NORDESTE	1989	260	1.5
BOLIVIA	NO ESPECIFICADO	1989	430	0
BRASIL	PRESIDENTE PRUDENTE	1989	100	2
	SANTOS	1989	100	10
	SANTOS	1989	247	3
GUATEMALA	CD DE GUATEMALA	1989	163	0
	CD DE GUATEMALA	1989	250	0.4
	DOS AREAS	1989	185	0.5
HAITI	GONAIVES	1987	122	69
HAITI	PORT-AV-PRINCE	1989	129	41.8
HONDURAS	SAN PEDRO SULA	1989	300	19.8
	SAN PEDRO SULA	1990	250	35
MEXICO	CD DE MEXICO	1989	961	2.2
	20 CIUDADES	1989	3612	0.4
	CUADALAJARA	1989	550	0.2
PERU	CALLAO	1989	630	0.5
REP. DOMINICANA	SANTO DOMINCO	1989-1990	184	4.4

**NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SIFILES Y GONORREA
PAISES SELECCIONADOS 1988-1989**

PAIS	CASOS NOTIFICADOS		TASA POR 100,000 HABITANTES	
	SIFILIS	GONORREA	SIFILIS	GONORREA
ANGUILA	2		28.6	
ANTIGUA	19	111	22.6	132.1
ARGENTINA	476	417	1.5	1.3
BAHAMAS	982	1,224	388.1	483.8
BELICE	51	313	29.3	179.8
CHILE	4,143	8,221	32.0	63.4
CUBA	8,600	38,500	84.7	379.1
DOMINICA	80	139	101.3	175.9
EL SALVADOR	2,608	7,222	50.8	140.6
GRENODA	7	52	7.0	52.0
GUYANA	86	641	8.5	63.7
ISLAS CAYMAN	92	112	43.1	533.3
ISLAS VIRGENES (EUA)	2	440	1.8	400.0
ISLAS VIRGENES (RU)	26	45	200.0	346.2
JAMAICA	3,605	9,148	125.3	373.9
MARTINICA	9	45	2.7	13.6
MONTSERRAT		16		33.3
NICARAGUA	84	1,273	2.2	34.0
PARAGUAY	952	20	22.9	0.5
REP. DOMINICANA	8,100	8,000	118.0	116.5
SANTA LUCIA	1	84	2.1	175.0
ST. CRISTOBAL Y NIEVES	45	400	41.7	370.4
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS	145	250	109.0	188.0
SURINAME	3	1,630	0.8	408.2
TRINIDAD Y TOBAGO	1,172	2,112	94.3	169.9

3. Los pacientes con ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) representan un grupo de adultos sexualmente activos que se encuentran en un nivel de riesgo intermedio al VIH.

La introducción en el sistema ecológico del VIH, puede alterar el equilibrio previamente establecido entre organismos habituales y enfermedades que no son transmisibles sexualmente y otros agentes y enfermedades de transmisión sexual.

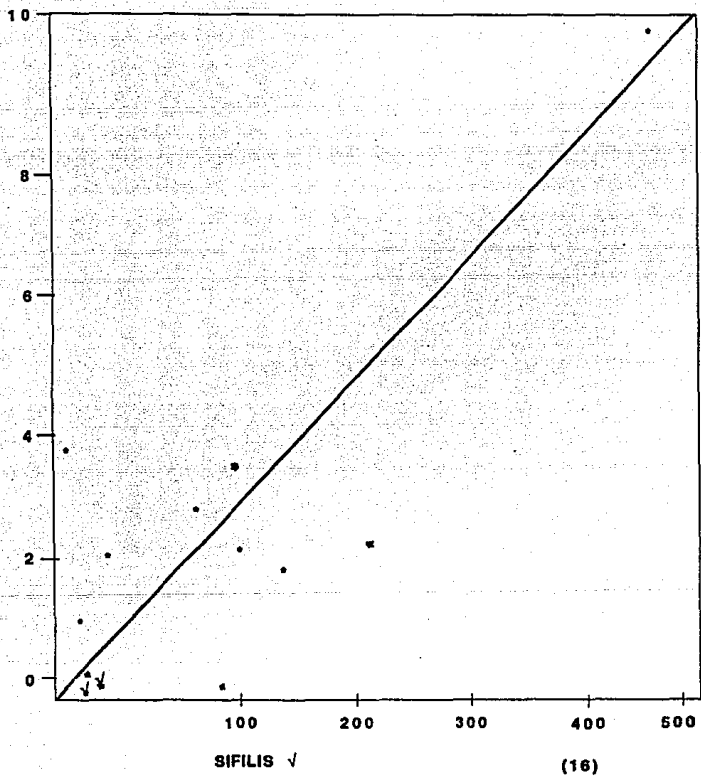
Las evidencias epidemiológicas y fisiopatológicas refuerzan en concepto de interacción sinérgica entre el VIH y muchos otros ETS.

El VIH necesita de receptores CD4 para poder infectar células. Estos receptores abundan en las paredes celulares de los macrófagos y de los linfocitos CD4. Las infecciones genitales y, en especial las úlceras, estimulan el sistema inmunitario, aumentando la concentración de macrófagos en el sitio infectado. Esto a su vez, aumenta las probabilidades de una infección concomitante o agregada por VIH en el hueso susceptible.

Es muy posible que los macrófagos que se concentran en los sitios de la infección genital transporten al VIH cuando una persona ya infectada por el VIH desarrolla, además, una infección genital, aumentando así la probabilidad de que transmite el VIH a su pareja sexual.

Las infecciones crónicas que se mantienen inactivas bajo el control del sistema de inmunidad celular pueden recuperar su virulencia nuevamente cuando el sistema inmunitario se ve dañado. Los ETS, como la sífilis, el herpes genital y el chancro cianco, pueden manifestarse clínicamente con lesiones genitales

• TASA POR 100,000 HABITANTES



(16)

abiertas y supurantes, en portadores en los que originalmente estaban latentes, cuando la enfermedad, por VIH ataca el sistema inmunitario del huésped. La presencia de tales lesiones favorece la transmisión tanto de las ETS, como del VIH.

El análisis de los datos existentes sobre ciertas ETS puede ser útil cuando se necesita predecir las áreas y los grupos de la población que serán los más afectados por la epidemia del VIH y los lugares donde se deban concentrar las medidas preventivas.

Deben reforzarse los sistemas nacionales de salud en nuestros países para resolver, el problema de las enfermedades de transmisión sexual, mejorando las posibilidades de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo de las úlceras genitales y otras condiciones tratables del tracto genitourinario.

La infección por VIH y las otras enfermedades de transmisión sexual pueden potenciarse mutuamente, ocasionando una duración más larga y el posible traspaso de una mayor cantidad de organismos infecciosos. La sífilis ha aumentado de manera consistente en asociación con la epidemia del VIH entre los que son heterosexuales en muchas partes del mundo. (17)

2.2. Epidemiología del VIH en México.

En México se han reportado casos de SIDA desde 1983, en 1989 se notificaron 2937 casos acumulados de SIDA. Lo que ubica a México en el tercer lugar en América y undécimo en el mundo. El crecimiento de los casos de SIDA es exponencial amortiguado con periodos de duplicación de 11 meses. En los últimos 12 meses se

han reportado 1237 nuevos casos de SIDA. La tasa de incidencia acumulada es de 37.6 casos por millón de habitantes, con diferenciales de entre 96.0 en la Ciudad de México y el 9.1 en el estado de Hidalgo.

México cuenta con una población de 82.7 millones de habitantes; tiene una tasa de natalidad de 32 por mil habitantes y una tasa cruda de mortalidad de 5.7. En los últimos años se observa un fenómeno de transición epidemiológica: las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y los accidentes comparten las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Actualmente, nuestro país dispone de un sistema nacional de salud integrado por la Secretaría de Salud, hoy día (SSA) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que prestan servicios de salud a población abierta, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones, que brindan servicios de salud. Existen 73 000 médicos, 11096 unidades médicas y 94 000 camas hospitalarias.

Sin embargo, aún cuando contamos con todos estos servicios de salud, México no está capacitado para enfrentarse al que se ha llamado el mal del siglo. Esto se debe en gran medida a que la extensa población con la que cuenta nuestro país propicia el incremento en los enfermos de SIDA, convirtiéndose en una epidemia.

El SIDA se ha presentado principalmente en el sexo masculino; sin embargo el crecimiento de casos es más acelerado,

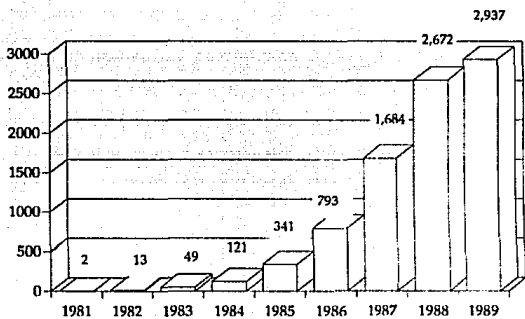
de 7 casos en hombres por un caso en mujeres. Se han notificado 121 casos en menores de 15 años (4.1 %). El grupo más afectado es el hombre de 25 a 44 años con una tasa de 1.9. casos por 10 000. La distribución de los casos por categorías de transmisión son las siguientes: 37.8 % en hombres homosexuales, 20.7 % en hombres bisexuales, 15.2 % en hombres y mujeres con contactos heterosexuales, 14.2 % por transmisión sanguínea o en hemofílicos, 1.0 con antecedentes de drogas intravenosas, 1 % perinatal y el resto no documentado.

Las encuestas centinela muestran tasas de infección por VIH en homosexuales entre 3 % y 38 %, en mujeres prostitutas entre 0 y 5 %, hombres prostitutas 5 - 16 %, hemofílicos 33 % - 60 % y en donadores de sangre voluntarios es menor a 0.2 %. Se estima que existen en la actualidad más de 64 000 infectados por VIH-I y se han efectuado proyecciones que indican que pueden ocurrir hasta 20 000 nuevos casos de SIDA en los próximos 4 años. (18)

La notificación de los primeros casos de SIDA en México, ocurrió en 1983: estos habían iniciado su padecimiento en 1981, año que se considera como de inicio de la epidemia. El crecimiento ha sido ascendente, con incrementos mensuales del 4 al 6 %. En el periodo de 1983 a 1989 ha pasado de 0.1 por millón a 15.9 por millón de habitantes. El incremento en el último año ha sido de 1.4 veces.

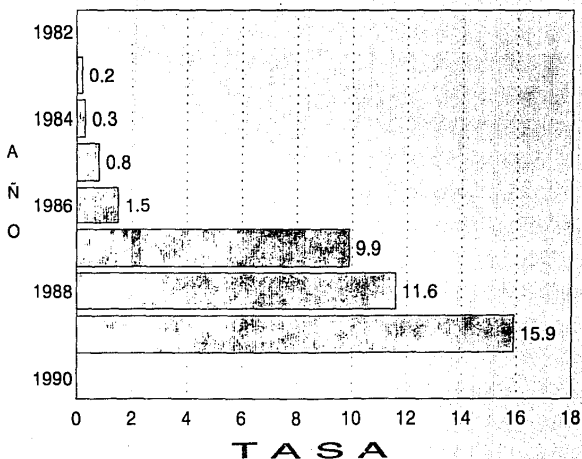
La distribución varía de acuerdo con las regiones. El Distrito Federal concentra 954 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 96.0 por millón de habitantes; el 67.5 % restante se encuentra ubicado en provincia, y este porcentaje muestra una tendencia más acelerada que la del D.F. Las entidades con

CASOS ACUMULADOS POR FECHA DE INICIO

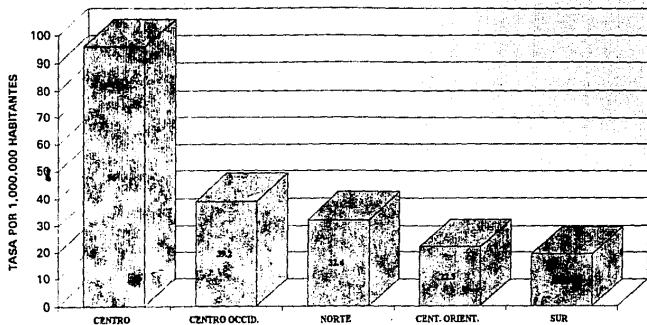


AÑO

INCIDENCIA DE CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
1983 - 1989



CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA



**TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1989**

TASA POR 1,000,000 DE HABI

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA	PORCENTAJE	ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA	PORCENT.
REGION CENTRO				REGION SUR			
DISTRITO FEDERAL	954	96	32.5	YUCATAN	71	57.7	2.4
SUBTOTAL	954	96	32.5	OAXACA	31	11.0	1.1
REGION NORTE				CHIAPAS	26	10.8	0.9
NUEVO LEON	136	45.8	4.6	TABASCO	19	15.4	0.6
COAHUILA	96	53.6	3.3	CAMPECHE	9	16.8	0.3
BAJA CALIFORNIA	65	48.9	2.2	QUINTANA ROO	7	21.2	0.2
CHIHUAHUA	40	18.2	1.4				
TAMAULIPAS	33	15.1	1.1	SUBTOTAL	163	19.6	5.5
SONORA	22	12.8	0.7	EXTRANJERO	27		0.9
BAJA CALIF. SUR	12	42.9	0.4	SUBTOTAL	2,929		100.0
				SE IGNORA	8		0.3
				TOTAL	2,937	37.6	100.0

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA	PORCENTAJE	ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA	PORCENT.
REGION CNT. OTE.				REG. CENT. OCC.	404	32.4	13.7
MEXICO	288	28.3	9.8	JALISCO	415	83.4	14.4
PUEBLA	110	28.5	3.7	MICHOACAN	71	21.9	2.4
VERACRUZ	68	10.8	2.9	GUERRERO	71	29.2	2.4
MORELOS	85	73.2	1.3	SINALOA	42	18.6	1.4
GUANAJUATO	38	11.2	1.3	NAYARIT	36	44.2	1.2
HIDALGO	16	9.1	0.5	DURANGO	33	24.8	1.1
TLAXCALA	12	18.9	0.4	SAN LUIS POTOSI	39	20.3	1.3
QUERETARO	12	13.5	0.4	COLIMA	22	55.2	0.7
SUBTOTAL	429	22.3	21.4	AGUASCALIENTES	10	15.8	0.3
				ZACATECAS	13	10.5	0.4
				SUBTOTAL	752	39.2	25.6

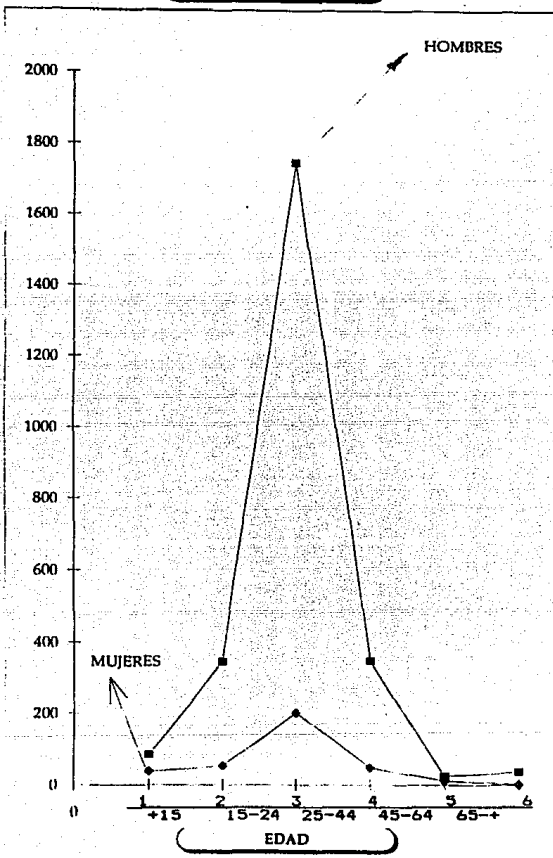
mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son el D.F., Jalisco, Morelos, Colima, Coahuila, Yucatán, Nayarit y Nuevo León.

Del total de casos de SIDA, 2503 (87.9 %) corresponden a hombres y 354 (12.1 %) a mujeres: la relación es de 7 a 1. En el grupo de edad de 25 a 44 años la relación es de 9 hombres a una mujer. Del total de casos, el 66.2 % se concentro en el grupo de 25 a 44 años: en ambos sexos es el más afectado: el 13.6 % corresponde al grupo de 15 a 24 años y el 13.1 % corresponde al grupo de 45 a 64 años. En terminos de tasas, el grupo con mayor riesgo es el de los hombres de 25 a 44 años, con 1.7 casos por 10 000 habitantes, lo cual significa un riesgo de 28 veces mayor que la población masculina total.

Las poblaciones más afectadas las constituyen los estratos medios y altos en zonas urbanas. El análisis de ocupaciones muestra, que si bien la mayor proporción de casos se observa en los trabajadores de servicios públicos y personales y empleados administrativos (14.9 %). Las tasas por millón de habitantes son mayores en técnicos y personal especializado (14.0) y profesionales (12.8). Las tasas menores se observan en amas de casa (0.67), obreros (1.6) y campesinos (0.7 casos por millón de campesinos).

En hombres adultos la principal vía de transmisión es la sexual, representando el 92.5 de los casos en hombres: las categorías de homosexualidad y bisexualidad masculinas representan el 78.1 %. La transmisión sanguínea representa el 6.4 %. El 4.º % de los casos ocurre en receptores de transfusiones.

TASAS POR EDAD Y SEXO



EDAD Y SEXO					TOTAL	%	RAZON HOM./MUJ.
GRUPO MASCULINO			GRUPO FEMENINO				
EDAD	N°	%	N°	%			
15	84	3.2	37	10.4	121	4.1	2/1
15-24	347	13.4	53	14.9	400	13.6	6/1
25-44	1,743	67.4	202	57.0	1945	66.2	9/1
45-64	348	13.4	49	13.8	397	13.5	7/1
65 Y. +	25	0.9	11	3.1	36	1.2	2/1
SEIGNORA	36	1.3	2	0.5	38	1.3	18/1
TOTAL	2,583	100.0	354	100.0	2937	100.0	7/1

**DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA
POR ENTIDADES CLINICAS**

ENTIDADES CLINICAS	N°	%
NEUMONIA POR P. CARINII	48	6.5
SARCONIA DE KAPOSI	33	4.5
OTRAS INFECCIONES	563	77.0
OTRAS NEOPLASIAS	15	2.0
ENTIDADES COMBINADAS	72	10.0
TOTAL	731	100

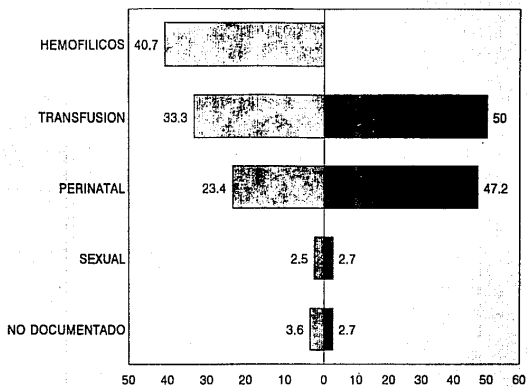
FRECUENCIA DE ENTIDADES CLINICAS EN LOS CASOS DE SIDA

INFECCIONES	N°	(%) 1	(%) 2	INFECCIONES	N°	(%) 1	(%) 2
C. ALBICANS	288	28.3	39.4	CITOMEGALOVIRUS	27	2.6	3.7
NEUMONIA POR P. CARINNI	90	8.8	12.3	AMEBIASIS	21	2.1	2.9
TUBERCULOSIS	80	7.9	10.9	TOXOPLASMOSIS	15	1.5	2.1
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	80	7.9	10.1	SALMONELOSIS	13	1.3	1.8
HERPES SIMPLE	74	7.3	5.8	CRIPTOCOCO	12	1.2	1.7
HERPES ZOSTER	42	4.1	4.8	HISTOPLASMOSIS	7	0.7	1.0
CRYPTOSPORIDIUM	35	3.4	10.9	OTRAS		22.9	32.0
				TOTAL	1,018	32.3	45.2

NEOPLASIAS	N°	(%) 3	(%) 2	NEOPLASIAS	N°	(%) 3	(%) 2
SARCOMA DE KAPOSI	66	6.5	9	LINFOMA DE SNC	1	1	0.1
OTROS LINFOMAS	12	1.2	1.6	LEUCEMIA	5	5	0.7
OTRAS NEOPLASIAS	17	1.7	2.3	TOTAL	101	6	0.8
ENCEFALITIS ASOCIADO A VIH	61		8.3	SINDROME DE DESGASTES	326		44.6

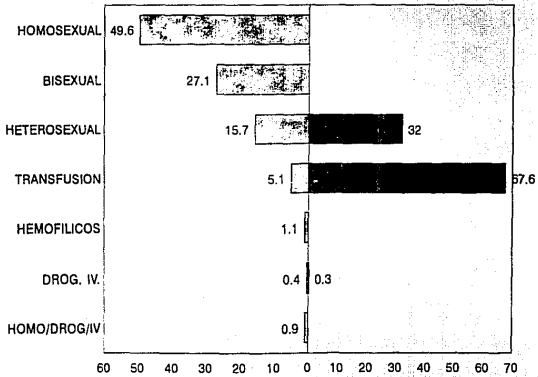
CATEGORIAS EN TRANSMISION EN NIÑOS

□ NIÑOS ■ NIÑAS



CATEGORIAS EN TRANSMISION EN ADULTOS

■ HOMBRES ■ MUJERES



En las mujeres la transmisión sexual representa el 32.7 %. Las receptoras de transfusiones constituyen el 66.7 % de los casos en mujeres.

En los niños la transmisión sanguínea es la principal (67.9 %). Los casos perinatales representan poco menos de una cuarta parte (23.4 %) del total de casos en niños. En niñas la mitad adquieren la infección por transfusión, 47.2 % por vía perinatal y 2.7 por abuso sexual.

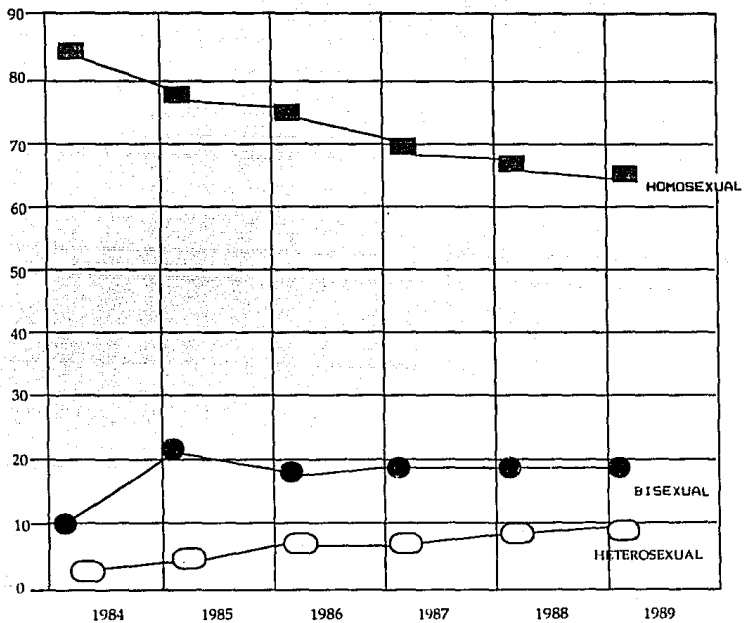
En cuanto a las instituciones notificantes, 1194 ha sido notificado por el IMSS; 969, por la SSA; 311 por el ISSSTE; y 309 casos por otras instituciones. En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, 1781 casos continúan vivos, y 762 casos han fallecido. Se desconoce el estado actual de 140 pacientes. Las entidades clínicas presentadas por estos pacientes están mayoritariamente representadas por pacientes con infecciones diferentes a neumonía por *P. carinii* (77 %).

Tendencia de transmisión sexual.

La tendencia en nombres nomosexuales ha tendido a estabilizarse. en diciembre de 1987 representaba el 47 % de los casos, en diciembre de 1988 el 41 %, y para junio de 1989 representaba el 39 % del total. En hombres bisexuales ha pasado de 19 % en diciembre de 1987, a 21 % en diciembre de 1988 y 20 % en junio de 1989. En heterosexuales ha pasado del 4 % en diciembre de 1987, a 11 % en diciembre de 1988 y el 14 % en junio de 1989.

Tendencia de transmisión sanguínea.

En 1987 representaba el 6 % de los casos, en 1988 el 11 %; en 1989 el 12 % del total de casos. En nemofílicos, se dió un 2



% de los casos. En drogadicción intravenosa representa un 0.3 % de los casos.

Tendencia de transmisión perinatal.

La proporción de los casos ha permanecido estable. De 1987 a 1989 representó el 1 % del total.

(25)

Tendencia de transmisión de acuerdo a sexo.

En mujeres la tendencia ha sido más acelerada. En 1987 representaban el 5 % del total de casos y en 1989 el 11 %.

Tendencia de acuerdo con grupos de edad.

Los menores de 15 años representaban el 4 % de los casos entre 1987 y 1989. El grupo entre los 25 y 44 años pasó de 69 % de 1987 a 67 % en 1989. El grupo de edad de mayores de 65 años ha permanecido igual. 1 %.

Epidemiología de la infección por VIH en los siguientes grupos:

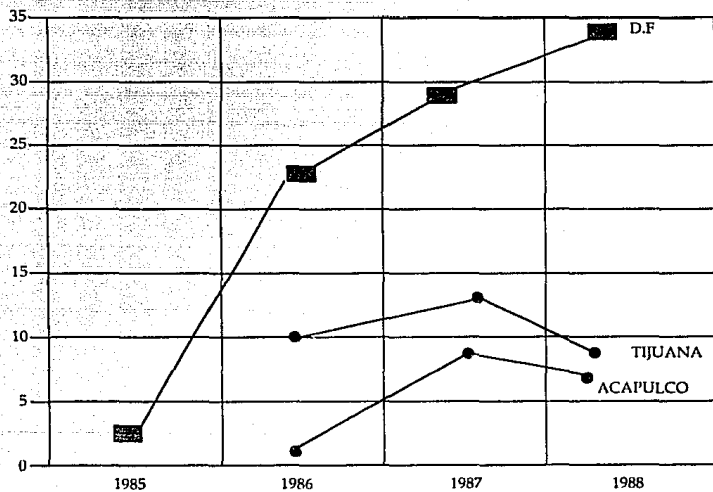
Hombres homosexuales y bisexuales. En el Distrito Federal han pasado de 5 % en 1985, a 23 % en 1986, 33 % en 1987 y 38 % en 1988. En Acapulco y en Tijuana las prevalencias también han ido en ascenso.

Prostitutas.

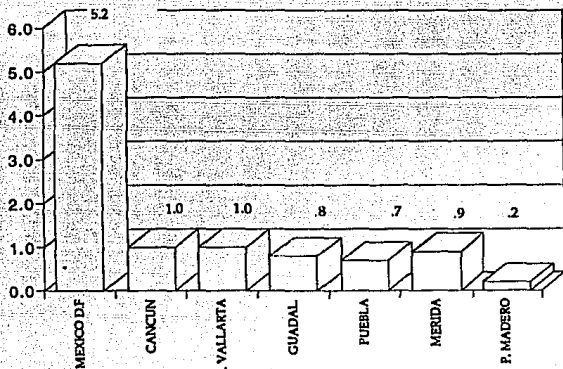
En México, la transmisión del VIH en prostitutas es principalmente por vía sexual, puesto que la frecuencia de drogadicción intravenosa es muy baja. Las prevalencias han variado del 0.2 - 1.0 % en ciudades de la región centro occidental y sur, a 0.7 - 1.0 % en Acapulco y Tijuana y 5.2 % en el D.F.

Heterosexuales. En México en 1988 la prevalencia fue de 7.8%. La seropositividad se asoció a donación remunerada 16.0.

PREVALENCIA DE INFECCION POR VIH EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES EN EL D.F., TIJUANA Y ACAPULCO, 1985-1988



PREVALENCIA DE INFECCION VIH EN PROSTITUTAS, MEXICO 1986-1989



1986-1989 1988-1989

1988-1989 1987-1988 1988

1987-1988 1988-1989

uso de jeringas no esterilizadas 5.34, tatuajes 4.15 y ser pareja sexual de seropositivo 3.11. En parejas heterosexuales con coito vaginal sin condón, se dió un 30 % de prevalencia.

Prostitutas. La prevalencia en 1988 en el D.F. resultó del 16 %.
(27)

Niños de la calle. En 1988 en el D.F. resultó de 4.2 .

Reclusos y otras poblaciones cautivas. En 1987 se dió una seroprevalencia de 0.5 %. En el periodo de 1987 a 1989 la tendencia fue de 0.5 % en 1987 a 1.3 en 1989. En mujeres reclusas la prevalencia en 1987 y 1988 fue de 0 % y en 1989 de 0.4 %.

Mujeres de edad reproductiva. En 1987 no se encontraron mujeres infectadas.

Cadáveres. En el periodo de 1988 - 89 en el D.F. la prevalencia fue de 117. En 1988 en Guadalupe se encontró un 1 %.

Hemofílicos. En 1987 varía de un 25 % en el norte a un 67 % en Guadalajara y en el D.F.

Donadores. En 1986 la prevalencia en donadores remunerados resultó de 7.2 %, a diferencia de lo que ocurría en donadores altruistas, en los que la frecuencia era menor al 0.02 %. Apartir de la prohibición de la comercialización de la sangre, en el periodo de 1987 a 1989 las prevalencias han variado de 0.1 % a 0.3 %. La prevalencia mayor se ha relacionado con sujetos de prácticas de riesgo que acuden a donación de sangre para conocer su estado de infección. Esta frecuencia ha disminuido a partir de la promoción de la exclusión.
(28)

**EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR VIH
MEXICO (1985 - 1989)**

GRUPO	AÑO	INSTITUCION	LUGAR	N° ESTUDIADO	PREVALENCIA
DONADORES REMUNERADOS DONADORES VOLUNTARIOS	1986	CNTS	REP. MEX.	9100	7.2
	1986	CNTS	REP. MEX.	12000	0.004-0.06
	1987	IMSS	REP. MEX.	319153	0.67
	1987-1989	CNTS	REP. MEX.	971371	0.04-0.081
	1988	IMSS	REP. MEX.	500706	0.07-0.19
HEMOFILICO	1985	IMSS	D.F.	32	21
	1987	IMSS	D.F.	32	62
	1987	IMSS	MONTERREY	84	28
	1987	IMSS	GUADALAJARA		67
POB. CAUTIVA RECLUSOS	1986	DDF/DGE	D.F.	160	0.5
	1987	DDF/DGE	D.F.	537	1.3
	1988	DDF/DGE	D.F.	852	1.2
	1989	DDF/DGE	D.F.	767	1
RECLUSOS	1987	DDF/DGE	D.F.	46	0
	1988	DDF/DGE	D.F.	96	0
	1989	DDF/DGE	D.F.	495	0.6

GRUPO	AÑO	INSTITUCION	LUGAR	Nº ESTUDIADO	PREVALENCIA
PROSTITUTAS	1986	DDF/DGE	D.F.	60	0
	1987	DDF/DGE	D.F.	620	0
	1987	DGE	D.F.	186	0.5
	1988	DDF/DGE	D.F.	83	0
	1988	DGE	D.F.	114	0.8
	1988	DGE/CI	D.F.	188	0.5
	1989	DDF/DGE	D.F.	155	5
	1987	DGE	TIJUANA	104	0
	1988	DGE	TIJUANA	184	0
	1987	DGE	ACAPULCO	119	0
	1988	DGE	ACAPULCO	124	0
	1987	DGE	MONTERREY	113	0
	1988	DGE	MONTERREY	137	0
	1987	DGE	GUADALAJARA	214	0.4
	1987	DGE	GUADALAJARA	214	0.4
	1988	DGE	GUADALAJARA	123	0.8
	1987	DGE	MERIDA	105	0
	1988	DGE	MERIDA	101	0.9
	1988	DGE	CUERNAVACA	165	0
	1988	DGE	Q. ROO	114	0.8
	1988	DGE	PUEBLA	418	0.7
	1988	DGE	S.L.P.	86	0
	1989	DGE	PTO. VALL.	92	1.0
	1989	DGE	TOLUCA	119	0
	1989	DGE	MANZANILLO	361	0
	1989	DGE	CHIAPAS	412	0.2
	1989	DGE	TORREON	37	0
	1989	DGE	VERACRUZ	90	0
PROSTITUTOS	1986	DDF/DGE	D.F.	155	7.0
	1987	DDF/DGE	D.F.	558	7.5
	1988	DDF/DGE	D.F.	431	13.9
	1989	DDF/DGE	D.F.	194	13.4
	1989	VAR. EDOS.	VAR. EDOS.	178	5.6
CADAVERES	1988	U. DE G.	GUADALAJARA	97	1.0
	1989	DGE	D.F.	230	1.7
HOMBRES	1987	DGE	D.F.	164	6.
HOMOSEXUALES Y	1988	DGE	D.F.	138	25.3
BISEXUALES	1988	DGE/CI	D.F.	732	35.0

GRUPO	AÑO	INSTITUCION	LUGAR	N° ESTUDIADO	PREVALENCIA
HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES	1985	DCE	GUADALAJARA	268	23.1
	1986	DCE	GUADALAJARA	226	28.7
	1987	DCE	GUADALAJARA	238	30.2
	1987	DCE	GUADALAJARA	184	7.6
	1988	DCE	GUADALAJARA	325	29.8
	1988	DCE	GUADALAJARA	107	13.0
	1987	DCE	TIJUANA	124	0.1
	1988	DCE	TIJUANA	136	5.1
	1987	DCE	ACAPULCO	157	4.4
	1988	DCE	ACAPULCO	108	8.3
	1987	DCE	MONTERREY	110	0.9
	1988	DCE	MONTERREY	127	2.3
	1987	DCE	MÉRIDA	115	8.6
	1988	DCE	MÉRIDA	99	11.1
	1987	DCE	GUADALAJARA	214	0.4
HOMBRES BISEXUALES	1988	DCE/CI	D.F.	925	28.11
HOMBRES, HETEROSEXUALES QUE ACUDEN AL CI	1988	DCE/CI	D.F.	485	7.8
MUJERES HETEROSEXUALES QUE ACUDEN AL CI	1988	DCE/CI	D.F.	240	6.6
MUJERES EMBARAZADAS	1988	DCE	D.F.	400	0
ENCUESTA NAL. SEROPREVALENCIA	1987-1988	DCE	REI° MEX	10,921	0.04
NINOS DE LA CALLE	1988	DCE/CI	D.F.	119	4.2

**ESTUDIOS DE DETERMINACION DE FACTORES DE RIESGO
MEXICO 1985-1988**

GRUPOS	FECHA	LUGAR	N° DE SUJETOS ESTUDIADOS	FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A SEROPOSITIVIDAD	PREVALENCIA
DONADORES REMUNERADOS HOMBRES HOMOSEXUALES	1987	MEXICO, D.F.	112	DONACION EN BANCOS DE SANGRE	0.01
	1985 1986 1987	MEXICO, D.F.	573	COITO ANAL USO DE NITRITO INHALADOS RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CONOCIDAS EN BARES RELACIONES SEXUALES CON EXTRANJEROS	0.01 0.01 0.01
HOMBRES				COITO ANAL	0.01
BISEXUALES	1988	MEXICO, D.F.	925	ENEMAS RECTALES ANTECEDENTES DE E.T.S.	0.01 0.05
HOMBRES HETEROSEXUALES	1988	MEXICO, D.F.	485	MAS DE 10 PAREJAS MASCULINAS DONACION REMUNERADA USO DE JERINGAS NO ESTERILIZADAS TATUAJES PAREJA SEXUAL DE MUJER SEROPOSITIVA	0.05 0.01 0.03 0.05 0.07
CONTACTOS HETEROSEXUALES	1988	MEXICO, D.F.	37	COITO VAGINAL SIN USO DE CONDON	

Población general. En 1987 - 1988 se llevó a cabo la Encuesta Nacional Seroepidemiológica con representatividad a nivel nacional, estudiándose sujetos del sexo masculino entre 15 y 50 años; se encontró una prevalencia de 0.04 %.

NUMERO DE INFECTADO POR VIH.

En un área geográfica el número de infectados por VIH se estima determinando la población total, los grupos expuestos al riesgo y las prevalencias de infección en la población total o en los grupos con prácticas de riesgo. En México se calcula que están infectados 10625 hombres homosexuales y 21250 nombres bisexuales. El número de infectados por contactos heterosexuales es de 9270; son 2046 hemofílicos infectados, 1.4 millones de receptores de sangre durante 1985 - 86; asumiendo que la eficacia de transmisión sea del 50 % y de acuerdo con los resultados de seropositividad en receptores de sangre, es posible que 14, 000 personas hayan sido infectadas por este mecanismo. Se estiman 600 drogadictos intravenosos infectados. En donadores de sangre 4300 están infectados. En base al tamaño de la población general se estima que 1927 madres están infectadas. En 1989 existían en México 64, 018 infectados por VIH. (31)

En 1992 se han notificado un total de 484, 148 casos de SIDA en el contexto mundial. De los quince primeros países en incidencia de casos, los que mayor riesgo de infección expresaron en tasa por millón de habitantes son: Uganda (1, 756 casos), Nalawi (1, 557 casos), Zimbabwe (1, 188 casos), Tanzania (1, 142 casos), Rwanda (974 casos), Estados Unidos (867 casos), Costa de Marfil (714 casos). México ocupa el tercer lugar en número de casos en el continente americano después de los

**CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR PAIS
PAISES CON MAYOR FRECUENCIA**

HASTA EL 1° DE ABRIL DE 1992. TASA POR 1'000,000 DE HABITANTES

POSICION	PAIS	N° DE CASOS	%	TASA
1	ESTADOS UNIDOS	213,641	44.1	867
2	UGANDA	30,190	6.2	1,756
3	TANZANIA	27,396	5.6	1,142
4	BRASIL	22,583	4.7	156
5	FRANCIA	17,836	3.7	319
6	ZIARE	14,762	3.0	441
7	MALAWI	12,074	2.5	1,557
8	ITALIA	11,609	2.4	202
9	ESPAÑA	11,555	2.4	296
10	ZIMBABWE	10,551	2.2	1,188
11	MEXICO	9,562	2.0	123
12	KENIA	9,139	1.9	383
13	COSTA DE MARFIL	8,297	1.7	714
14	ALEMANIA	7,533	1.5	97
15	KWANDA	6,578	1.3	974
	RESTO	70,842	14.6	16
	TOTAL	484,148	100.0	95

Estados Unidos y Brasil, y el undécimo en el mundo. La evolución de la epidemia del SIDA en México ha tenido un notable ascenso, si consideramos que en 1989 México estaba ubicado en un cuarto lugar en América y un decimo cuarto lugar en el mundo.

En México, hasta el 31 de marzo de 1992 el número de casos de SIDA acumulados es de 9562 de los cuales en el último mes se notificaron 206 casos nuevos, la razón diaria de casos fue de 6.6. El crecimiento de los casos continúa siendo exponencial de tipo amortiguado. La tasa de casos nuevos en 1992 es de 3.3 casos, este incremento en la tasa (2.7) del mes anterior podría ser comparable a seis meses de crecimiento entre 1988 y 1989. La razón hombre mujer, es ahora menor a la observada en años anteriores, para 1992 la proporción reportada en mujeres es del 19.6 %.

En la notificación de casos nuevos se observa un considerable retraso ya que solamente 111 (55.9 %) casos iniciaron su padecimiento y se notificaron en los nueve meses siguientes. El resto de los casos (46.1) tienen retrasos que van de tres hasta siete semestres, sólo el 9.7 % de los casos notificados en el último mes iniciaron y se notificaron oportunamente. Entre abril de 1991 y marzo de 1992 se notificaron 3, 052 casos en comparación con 2, 505 que se registraron de abril de 1990 a marzo de 1991. El crecimiento de la epidemia se ve en el 31.9 % del total de casos acumulados que se han notificado durante los últimos doce meses. (32)

Durante los últimos doce meses el número de casos registrados de SIDA se ha incrementado en 17 estados y en 15 la notificación ha descendido. Las entidades con mayor riesgo de

**CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
MEXICO 1983-1992**

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1'000,000 HABITANTES)	RAZON H/M
1983	17	0.2	17:0
1984	26	0.3	25:1
1985	69	0.8	16:1
1986	133	1.6	15:1
1987	798	10.2	14:1
1988	964	11.3	6:1
1989	1,499	17.2	5:1
1990	2,401	30.8	5:1
1991	3,166	40.6	6:1
1992	489	6.3	4:1
1983-1992	9,562	123.0	6:1

CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA

ESTADO	N° DE CASOS NOTIFICADOS				N° DE CASOS ACUMULADOS			
	MARZO '92	MARZO '91	ABRIL '91 A MARZO '93	ABRIL '90 A MARZO '91	EN 1992	HASTA 31 DE MARZO '92	TASA	PORCENTO DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO								
DF	55	41	1070	775	136	3235	326	33.4
SUBTOTAL	55	41	1070	775	136	3235	326	33.8
REGION CENTRO ORIENTE								
MEXICO	19	10	330	334	44	1143	112	15
PUEBLA	24	5	147	126	34	455	118	1.7
VERACRUZ	5	21	89	75	9	315	50	3.3
MORELOS	5	23	71	85	17	251	216	2.6
GUANAJUATO	0	1	52	18	11	112	33	1.2
TLAXCALA	3	0	24	11	4	48	76	0.5
IDALGO	1	15	6	18	1	43	25	0.5
QUERETARO	0	0	15	5	2	32	36	0.3
SUBTOTAL	37	75	734	672	122	2399	85	25
REGION CENTRO OCCIDENTE								
JALISCO	34	3	376	281	53	1188	229	12.4
MICHOACAN	13	3	115	67	36	283	87	2.9
GUERRERO	8	19	86	90	24	268	111	2.8
SAN LUIS POTOSI	2	0	46	27	18	114	39	1.2
SINALOA	0	1	31	39	2	113	51	1.3
NAYARIT	5	1	41	28	16	110	135	1.1
DURANGO	2	1	20	18	5	69	52	0.7
ZACATECAS	0	0	7	16	2	38	31	0.4
AGUASCALIENTES	0	0	12	14	2	37	39	0.4
COLIMA	0	0	14	5	1	36	40	0.4
SUBTOTAL	64	31	748	583	157	2256	118	23.6
REGION NORTE								
NUEVO LEON	3	6	72	88	13	313	108	3.3
BAJA CALIFORNIA	4	8	82	102	5	250	184	2.6
COAHUILA	2	3	33	34	6	180	103	1.7
TAMAULIPAS	6	0	45	62	10	144	66	1.5
CHIHUAHUA	1	2	58	31	4	156	62	1.4
SONORA	1	0	20	27	3	72	42	0.7
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	15	4	2	33	118	0.3
SUBTOTAL	16	19	325	348	43	1128	90	11.4

REGION SUR

YUCATAN	3	16	68	46	11	212	172	2.2
OAXACA	3	1	19	38	6	90	35	0.9
CHIAPAS	1	0	6	9	1	47	20	0.5
TABASCO	3	2	11	15	5	43	35	0.4
QUINTANA ROO	0	0	23	5	2	39	118	0.4
CAMPECHE	1	0	4	3	2	21	39	0.2
SUBTOTAL	11	19	131	116	27	452	54	4.7
SUBTOTAL	203	185	3,008	2,494	485	9,470	121	99.0
EXTRANJERO	3	0	44	11	4	92	2	1.0
TOTAL	206	185	3,052	2,505	489	9,562	123	100.0

infección son : el D.F. con una tasa de 326 casos por cada millón de habitantes. Jalisco con una tasa de 239. Morelos con 216 casos y Yucatán con 172 casos. El 58.2 % de la epidemia (5, 566 casos) se concentra en el D.F., México y Jalisco.

El 85.1 % de los casos de SIDA se han presentado en hombres. el 65.9 % de los casos se ha presentado en el grupo de edad de 25 a 44 años. el 14.5 % en el de 45 a 64 años. el 13.2 % en el de 15 a 24 años. el 3.3 % en menores de 15 años y el 3.1 % en mayores de 65 años. se desconoce el grupo de edad del 1.9 % de los casos.

El sexo masculino es seis veces más afectado que el femenino, la tasa de incidencia para el grupo de 25 a 44 años en hombres es de 582 casos por cada 1, 000 000 habitantes. el grupo de 45 a 64 años tiene una tasa de 289 y el de 15 a 24 años una de 124.

La ocupación que acumula la mayor parte de los casos de SIDA es la de los empleados administrativos pues se ven afectados uno de cada 1, 308 según la tasa de incidencia acumulada. los trabajadores de los servicios públicos y personales uno de cada 2, 110 y los técnicos uno de cada 2, 158. Las tasas más bajas se siguen registrando en amas de casa, trabajadores agrícolas y estudiantes.

De los casos considerados de riesgo. en el mes de marzo de 1992, el 87.2 % son atribuibles a transmisión sexual. en el período de abril de 1991 a marzo de 1992 el 39.6 % de los registros correspondieron a hombres homosexuales en abril de 1990 a marzo de 1991 esta proporción fue de 36.6 % lo que indica una estabilidad en la transmisión en este grupo. En los

CASOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS												
EDAD	MARZO DE 1992			MARZO DE 1991			ABRIL DE 1992 A MARZO DE 1992			ABRIL DE 1990 A MARZO DE 1991		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
	>15	6	0	6	2	2	4	65	29	94	46	31
15-14	18	6	24	19	5	24	319	61	380	277	58	335
25-44	112	25	137	105	17	122	1,685	288	1,973	1,422	245	1,667
45-64	26	7	33	24	1	25	372	81	453	304	67	371
65 >	2	0	2	2	0	2	31	9	40	23	8	31
IGNORADOS	4	0	4	7	1	8	102	10	112	21	3	24
TOTAL	168	38	206	159	26	185	2,574	478	3,052	2,093	412	2,505

EDAD	Nº DE CASOS ACUMULADOS EN 1992			Nº DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 1992						T A S A			RAZON
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC. Nº	%	FEM. Nº	TOTAL			MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.FEM.
							№	%	%				
15	15	10	25	213	2.6	105	7.4	318	3.3	13	7	10	2.1
15-24	38	12	50	1,062	13.0	166	13.8	1,258	13.2	124	23	74	5.1
25-44	258	59	317	5,448	66.9	850	59.7	6,298	65.9	582	92	338	6.1
45-64	58	12	70	1,162	14.3	221	15.5	1,383	14.5	289	53	169	5.1
65 >	4	1	5	90	1.1	31	2.2	121	1.3	73	21	45	3.1
IGNORADOS	20	2	22	164	2.0	20	1.4	184	1.9				8.1
TOTAL	393	96	489	8,139	100.0	1,423	100.0	9,562	100.0	208	37	123	6.1

OCUPACION	N° DE CASOS NOTIFICADOS MARZO '92	CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 1992		
		NUMERO	%	TASA
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	31	1447	17.7	765
TRABAJ. DE SERVICIOS PUBLICOS Y PERS.	21	1011	12.4	474
TECNICOS	3	237	2.9	463
PROFESIONALES	16	636	7.8	288
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	6	448	5.5	266
COMERCIANTES	13	700	8.6	238
OBREROS	17	964	11.8	178
FUNCIONARIOS PRIVADOS	0	57	0.7	168
OPERADOR DE TRANSPORTE	3	173	2.1	159
DESEMPLEADOS	7	245	3	154
FUNCIONARIOS PUBLICOS	0	10	0.1	139
AMA DE CASA	20	781	9.6	50
TRABAJADOR AGRICOLA O CAMPO	19	303	3.7	50
ESTUDIANTE	2	243	2.9	22
OTRAS OCUPACIONES	39	909	11.1	414
SUBTOTAL	197	8159	88.2	148
SE DESCONOCE LA OCUPACION	3	981	70.6	
TOTAL	200	9,244	100	168

bisexuales en 1990 tenían el 23.9 % mientras que en 1991 fue del 24.6 % . La transmisión heterosexual no presentó cambios importantes en estos dos periodos anuales. sin embargo, hay que considerar que los casos reportados como heterosexuales pueden ser de nombres homosexuales o bisexuales.

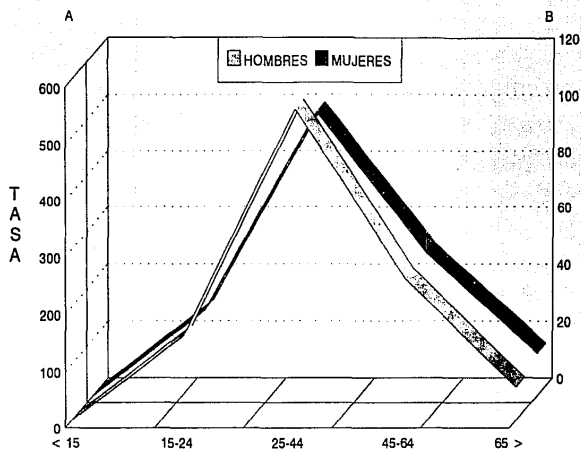
En la tendencia de la transmisión sanguínea en hombres hay un decremento en las anualidades que va de 7.5 % a 5.4 % .

Se han notificado 1,318 casos acumulados de SIDA en mujeres adultas, de los cuales el 50.6% corresponden a una mujeres transfundidas, el 35.9 % a transmisión heterosexual, 2.6 % en ex-donadores remunerados y 0.7 % en usuarios de drogas intravenosas. La transmisión sanguínea en mujeres en el periodo de abril de 1990 a marzo de 1991 era del 53.5 %, mientras que en abril de 1991 a marzo de 1992 fue de 41.4 % .

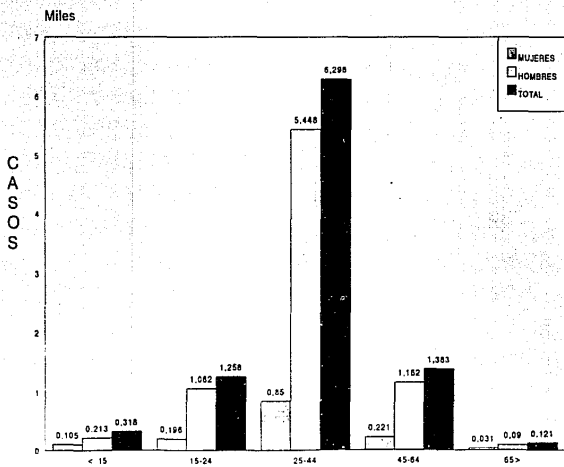
En los casos notificados de niños con SIDA se ha dado una cifra acumulada de 318. Las anualidades nos muestran un incremento en la transmisión perinatal que va de 58.3 % de abril de 1990 a marzo de 1991 a 63.7 % de abril de 1991 a marzo de 1992, mientras que la transmisión sanguínea tiene un 40.3 % a 33.7 % respectivamente para estos mismos años. De los casos pediátricos acumulados, el 49.1 % son por transmisión perinatal, 29.2 % por transfusión, el 19.6 % en hemofílicos, 2.0 % por abuso sexual.

La mayoría de los casos de SIDA asociados a homosexualidad se ha presentado en Yucatán 49.5 %, Nuevo León 42.8 %, Queretaro 37.5 % y Colima 28.9 %. La mayor proporción de casos de transfusión sanguínea se da en Tlaxcala con 31.3 %, Puebla 28.6 % y Jalisco 26.4 % .

CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO
TASA POR 1,000,000 DE HABITANTES

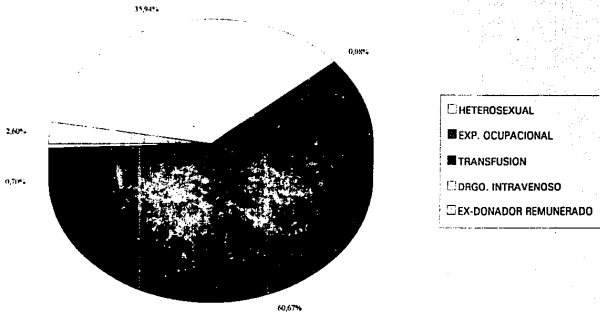


CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO

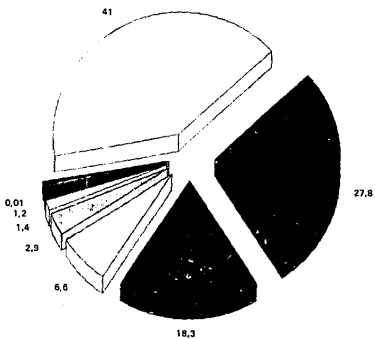


Sheet1 Chart 2

CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS (MUJERES)



CATEGORIAS DE TRANSMISION EN ADULTOS (HOMBRES)



- HOMOSEXUAL
- BISEXUAL
- HETEROSEXUAL
- TRANSFUSION
- EX-DONADOR REMUNERADO
- HEMOFILICO
- HOMO. DRÓG. IV.
- DRÓG. INTRAVENOSO
- EXP. OCUPACIONAL

CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR EDAD Y SEXO

CATEGORIA DE TRANSMISION	N° DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 1992					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
HOMOSEXUALES MASCULINOS	2,851	41.0			2,851	35.1
BISEXUALES MASCULINOS	1,929	27.8			1,929	23.8
HETEROSEXUALES	1,273	18.3	423	35.9	1,696	20.0
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SEXUAL	6,053	87.2	423	35.9	6,476	79.8
TRANSFUSION	458	6.6	713	60.6	1,171	14.4
EX-DONADORES REMUNERADOS	200	2.9	31	2.6	231	2.8
HEMOFILICOS	97	1.4			97	1.2
DROGADICTOS INTRAVENOSOS	50	0.7	8	0.7	58	0.7
EXPOSICION OCUPACIONAL	1	.01	1	.08	2	0.02
SUBTOTAL DE LA TRANSMISION SANGUINEA	806	11.6	753	64.0	1559	19.2

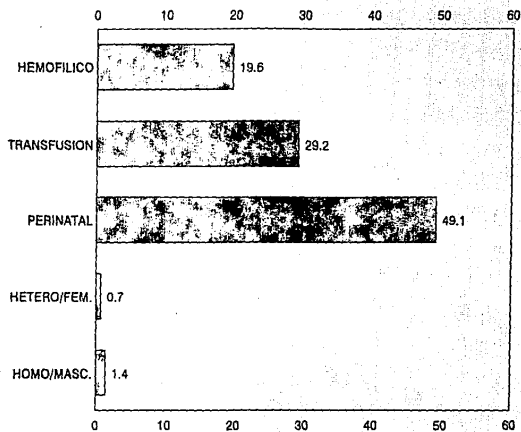
(35)

CATEGORIA DE TRANSMISION	N° DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 1992					
	N° MASC.	%	N° FEM.	%	N° TOTAL	%
HOMOSEXUALES DROGADICTOS N	82	1.2			82	1.0
SUBTOTAL	6,941	100	1,176	100	8,117	100
		-87.6		-89.2		-87.6
NO DOCUMENTADO	985	12.4	142	10.8	1,127	12.2
TOTAL	7,926	100	1,318	100	9,244	100

CATEGORIAS DE TRANSMISION EN CASOS DE SIDA PEDIATRICOS

CATEGORIA DE TRANSMISION	N° DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 31 DE MARZO DE 1992	%
PERINATAL	143	0.491
TRANSFUSION	85	29.2
HEMOFILICO	57	19.6
SUBTOTAL	142	48.8
TRANSMISION SANGUINEA		
HOMOSEXUALES MASCULINOS	4	1.4
HETEROSEXUAL FEMENINO	2	0.7
SUBTOTAL	291	91.5
NO DOCUMENTADO	27	8.5
TOTAL	318	100

CATEGORIAS EN TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS



Algunas instituciones de salud han notificado casos de SIDA, como son: La SS con 4,252 casos (44.5 %), el IMSS 3,586 (37.5 %), el ISSSTE 777 (8.1 %) y 947 (9.9 %) de los casos han sido notificados por otras instituciones.

En lo que se refiere a los pacientes hasta el 31 de marzo de 1992, el 47.1 % (4,508) ha fallecido, continúan vivos 44.6 % (4,265) y no se tiene información de la evolución del 8.3 % (789 casos).

2.3. El CONASIDA.

En México las primeras acciones dirigidas a la prevención del SIDA se dieron en 1985 y consistían en la prevención de la transmisión sanguínea (pruebas de detección en donadores, cursos de capacitación en trabajadores de bancos de sangre) y prevención de transmisión sexual (diseño, elaboración y difusión de folletos), así como la realización de encuestas seroepidemiológicas.

En 1986, se creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, y establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y recursos de salud del país.

El Comité evolucionó la complejidad de la problemática y la necesidad de impulsar el programa, hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el Consejo Nacional para la Prevención y Control de SIDA, creado por acuerdo presidencial en agosto de 1986, preservando las siglas CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del Sector Salud y de los sectores público, social y privado. Como organismo coordinador, ha logrado conjuntar los esfuerzos de las instituciones de salud: SS, IMSS, ISSSTE, DIF, etc; de otras instituciones gubernamentales (DDF, Secretaría de Educación) y de diversas organizaciones no gubernamentales, como la Cruz Roja y asociaciones civiles. CONASIDA ha contado con el apoyo financiero de la Secretaría de Salud y de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, y recientemente de organismos privados nacionales; el apoyo de la OMS/OPS y de diversas agencias de los Estados Unidos ha sido fundamental para el desarrollo del programa.

CONASIDA está presidido por el Secretario de Salud. Cuenta con un consejo y un patronato. Tiene un coordinador general, que es el Director General de Epidemiología. En forma asociada se integra el comité de organismos no gubernamentales y el comité de organismos donantes.

Las acciones técnicas de este consejo se distribuyen en cinco rubros, representados cada uno por un comité: comité de educación para la salud, comité de investigación y vigilancia epidemiológica, comité de bancos de sangre, comité clínico terapéutico y comité de aspectos jurídicos.

En el Comité de aspectos clínicos se han creado centros para el tratamiento de los pacientes con SIDA (Instituto Nacional de la Nutrición y Centro Médico la Raza). Aunque existe un déficit presupuestario para terminar la construcción de la clínica para SIDA.

El Comité de bancos de sangre ha logrado que las actividades para la prevención de la transmisión sanguínea a través de transfusiones se basara en modificaciones legales, en la creación de infraestructura a través de la red nacional de laboratorios. Se ha instalado tanto técnica de ensayo inmunoenzimático como de hemaglutinación. Se a logrado una cobertura del 90 % de los donadores, confirmándose el 80 % de los positivos. Se lleva a cabo la evaluación periódica de los reactivos disponibles en el mercado. Se efectúa la supervisión de los bancos de sangre y de 95 laboratorios de VIH en el D.F; y en los estados. Se han instalado 16 centros estatales de hemoterapia y 15 centros de capacitación de la Cruz Roja Mexicana en toda la República.

En el comité de educación se estableció la campaña de comunicación social para el público general, poblaciones de alto riesgo y personal de salud. (37)

2.4. Sistemas de información de vigilancia.

Al exponer la epidemiología del SIDA nice mención del programa de vigilancia de casos de SIDA que realiza la Organización Panamericana de la Salud, cada tres meses, en donde

los países miembros como México informan el total de casos de SIDA registrados.

Así, en México desde 1987 se creó un sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA que pretende la recolección, análisis y difusión de la información relevante para que se tomen medidas preventivas y de control.

El comité de epidemiología del CONASIDA ha creado una red nacional de notificación de casos que abarca el Sistema Nacional de Salud, basado en las modificaciones legales, principalmente en la Ley General de la Salud que incluye al VIH/SIDA dentro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y a notificación obligatoria, lo cual ha conseguido un flujo de información importante, tanto de datos epidemiológicos como clínicos de la enfermedad. Sin embargo, dado el largo tiempo de incubación del SIDA, la vigilancia de los casos clínicos es un estimador sensible para tomar medidas oportunas para prevenir la infección del VIH. Por ello la vigilancia deberá basarse también en información seroepidemiológica, y contar con información en grupos de alto, mediano y bajo riesgo. Además la notificación de seropositivos y pacientes deberá ser inmediata y obligatoria. (38)

La detección de individuos seropositivos permite tomar medidas preventivas para evitar la diseminación de la enfermedad.

El seguimiento de casos de SIDA se realiza a través de las instituciones que proporcionan atención a estos pacientes, mediante información periódica y actualizada. Al detectar personas infectadas debe llevarse a cabo búsqueda de contactos. La veracidad de los datos que proporciona el sujeto depende de (39)

la educación y conciencia del problema que logre comunicársele. El propósito de la búsqueda de contactos estriba en definir la cadena de transmisión de la infección, con el fin de que todos los involucrados reciban información apropiada.

El sistema de vigilancia debe difundir información relevante que permita tomar medidas preventivas. De ahí que el CONASIDA, a través del comité de vigilancia epidemiológica, ha iniciado la publicación del boletín mensual del SIDA que proporciona información epidemiológica oportuna y periódica del SIDA.

Además, existe un sistema de retroalimentación directa hacia las diversas instituciones notificantes, con el fin de que la información obtenida sea veraz, se evite duplicación de casos, y que las instituciones que notifican conozcan datos epidemiológicos en el contexto nacional, tengan acceso a pruebas confirmatorias, programas de educación, y participen en las encuestas epidemiológicas.

Es necesario que en nuestro sistema de vigilancia impere el respeto al carácter confidencial que tienen todos los casos que se notifican. En México se ha adoptado el registro federal de causantes. En el caso de donadores de sangre o plasma seropositivos, se les identificará mediante nombre o identificación dactiloscópica. Y los organismos oficiales de salud y los médicos no deberán proporcionar a ninguna organización o individuo información que permita identificar al paciente examinado, a menos que se cuente con permiso firmado previamente por éste, exceptuando los casos (40) en que por ley se requiera el suministro de dicha información.

2.5. Estrategias de prevención del SIDA.

La prevención del SIDA se logra principalmente evitando la transmisión del VIH, en cualquiera de sus formas.

La forma más común de transmisión del SIDA es la sexual, esto se debe quizás a que la mayoría de la población tiene una mínima educación sexual y de la enfermedad del SIDA. Además desconoce los mecanismos de transmisión del VIH y las medidas preventivas útiles para evitar la infección. Por ello es necesario que se realicen las siguientes acciones:

- Reforzar la educación sexual de la población en general y audiencias específicas.

- Incrementar la cobertura de la educación en la población general y audiencias específicas para conocer las medidas preventivas en la transmisión del VIH, así como reducir actitudes de estigmatización a grupos de la sociedad.

- Modificar actitudes y prácticas de riesgo de transmisión sexual del VIH en audiencias específicas.

- Reforzar la adopción de prácticas para reducir la transmisión sexual del VIH (prácticas de sexo seguro: uso de condón⁽⁴¹⁾).

La prevención de la transmisión sanguínea del VIH actualmente es mayor que la que ocurre en las regiones en que predomina la transmisión en hombres bisexuales, y una alta prevalencia en donadores remunerados. Para prevenir la transmisión sanguínea es preciso:

- Garantizar que los establecimientos de salud públicos y privados apliquen sangre y sus componentes exentos de infección por VIH-1.

- Promover la autoexclusión de donadores con prácticas de riesgo y la demanda de servicios de detección para los usuarios del sistema nacional de salud.

- Asesorar a donadores infectados y sus convivientes.

- Garantizar que los hemoderivados utilizados con fines terapéuticos en los establecimientos de salud estén libres de infección por VIH-1.

- Mantener e incrementar la utilización racional de sangre y sus componentes.

- Fortalecer medidas de bioseguridad que impidan la transmisión del VIH mediante la utilización de objetos punzocortantes por los servicios de salud.

- Junto con el Programa Nacional de Farmacodependencia impedir la transmisión de la infección por VIH en drogados intravenosos.

- Garantizar que los órganos y tejidos en transplantes e injertos estén exentos de infección por VIH.⁽⁴²⁾

La prevención en la transmisión perinatal tiene particular importancia a causa del grupo de edad que afecta ya que constituye un indicador indirecto de transmisión heterosexual.

La transmisión del VIH puede ocurrir por vía transplacentaria, durante el parto y después del nacimiento a través de la leche materna. De ahí que es preciso:

- Continuar con las acciones de educación sobre transmisión perinatal en la población general (mujeres y parejas sexuales).

- Fomentar la planificación familiar en mujeres infectadas y en compañeras sexuales de infectados.

- Analizar aspectos jurídicos como los relacionados con el aborto en infectados por VIH.⁽⁴³⁾

Actualmente persisten mitos y actitudes de discriminación y estigmatización. El país cuenta con una escasa infraestructura para dar asistencia a enfermos crónicos o inválidos, y los pacientes de SIDA no cuentan con recursos especiales de habitación o trabajo protegido, ya que en algunos enfermos se han dado despidos laborales y aislamiento social para ellos y sus familias.

Teniendo en cuenta la importancia de los efectos psicológicos, de salud y sociales que sufren los grupos con prácticas de riesgo, las personas seropositivas y allegados, es necesario reducir el impacto de la infección en la sociedad. Reforzar la educación, servicios y la asistencia social que modifiquen las actitudes de estigmatización y garanticen los derechos humanos.⁽⁴⁴⁾

Para lograr una eficaz educación sobre el SIDA y poder así prevenir a la población de la transmisión del VIH es indispensable la utilización de todos los medios de comunicación posibles para obtener y transmitir toda la información necesaria. Por ello se creó " el programa de mediano plazo para la prevención y control del SIDA 1990 - 1994." y dentro de él se instituyó el CRIDIS, nombre con el que se conoce al centro de captación y proceso de la de información, que proporciona información completa y actualizada basada en dicho programa.⁽⁴⁵⁾

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Diccionario enciclopédico. Barcelona, España. Grijalbo. 1986, p. 709.
- 2.- Cossuto, Lill-Patrice. Pesce. Alain. Quaranta. J. "SIDA". Buenos Aires. 1987. p. 16.
- 3.- Fuenzalida Puelina. Linares Parada. Serrano Lavertu. OPS. " Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. " Washington D. C. Publicación científica. 1991. pp. 3 - 6.
- 4.- OPS. OMS. " Informe anual de vigilancia del SIDA/VIH/ETS." México. 1990. p. 3.
- 5.- Ibid, p. 4.
- 6.- Ibid, p. 5.
- 7.- Ibid, p. 6.
- 8.- Ibid, p. 7.
- 9.- Ibid, p. 8.
- 10.- Ibid, p. 11.
- 11.- Ibid, p. 14.
- 12.- Ibid, p. 16.
- 13.- Ibid, p. 17.
- 14.- Ibid, p. 19.
- 15.- Ibid, p. 20.
- 16.- Ibid, p. 23.
- 17.- Ibid, p. 25.
- 18.- CONASIDA. " Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA." México. 1990 - 1994. p. 3.
- 19.- Ibid, p. 30.
- 20.- Ibid, p. 31.

- 21.- Ibid. p. 32.
- 22.- Ibid. p. 33.
- 23.- Ibid. p. 35.
- 24.- Ibid. p. 36.
- 25.- Ibid. p. 34.
- 26.- Ibid. p. 38.
- 27.- Ibid. p. 37.
- 28.- Ibid. p. 39.
- 29.- Ibid. p. 40.
- 30.- Ibid. p. 44.
- 31.- Ibid. p. 45.
- 32.- OPS. SIDA/ETS. Boletín mensual. AÑO 6, NÚM. 4. México. 1992, p. 2144.
- 33.- Ibid. p. 2147.
- 34.- Ibid. p. 2148.
- 35.- Ibid. p. 2149.
- 36.- Ibid. p. 2146.
- 37.- " Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA." Ob. cit., p. 49.
- 38.- Ibid. pp. 52 - 54.
- 39.- CONASIDA. " Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. " Medidas preventivas. México. 1987, p. 14.
- 40.- Ibid. pp. 16 - 18.
- 41.- " Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA." Ob. cit., pp. 75 - 77.
- 42.- Id. p. 86.
- 43.- Id. p. 92.

44.- Id, p. 98.

45.- Id, pp. 113 - 114.

CAPITULO TERCERO

NORMATIVIDAD RELACIONADA CON EL SIDA

3.1. Derechos Humanos.

Dentro del contexto de los derechos humanos internacionales que consagran la dignidad humana, los valores más importantes que tiene el ser humano son: la vida, la libertad y la seguridad. El estado puede privar a una persona de la vida, la libertad y la seguridad únicamente para proteger a la sociedad en caso de emergencia, o de delitos.

Las privaciones limitadas de los derechos humanos básicos son justificables cuando se fundan en una ley ya existente. No debe ser arbitraria. Debe constituir la alternativa menos restrictiva (a menos que el objeto sea el castigo). Debe ir precedida de un comportamiento nocivo para la sociedad u otros individuos. No debe ser discriminatoria. Debe ser justa.

El derecho del ser humano a la vida podría verse afectada de diversas formas como resultado de las medidas públicas adoptadas para prevenir o controlar el SIDA. El derecho a la vida podría restringir u orientar las actividades estatales en la lucha contra el SIDA, considerando que es responsabilidad del estado proteger la salud pública. Por lo tanto el derecho a la vida obliga al estado a tomar las medidas necesarias para prevenir la propagación de la infección por el VIH y la enfermedad del SIDA.

Las precauciones sobre la libertad son múltiples respecto de cualquier medida de salud pública sobre todo cuando se ve afectado el comportamiento humano íntimo. Existe una privación

de la libertad relacionada con el comportamiento cuando se adoptan medidas para clasificar de delito a la transmisión intencional del VIH.

La detención o aislamiento de ciudadanos o extranjeros, es otra forma de la privación de la libertad.

Los principales tipos de libertad que regulan los derechos humanos son: el derecho a circular libremente (derecho a la movilidad), a fundar una familia, y a someterse voluntariamente a experimentos médicos.

El derecho del ser humano a la seguridad se puede entender también como el derecho a la privacidad, aunque la privacidad puede ser vulnerada por las medidas de control del SIDA. Las pruebas y los exámenes selectivos obligatorios, bien podría considerarse una violación al derecho de privacidad.

El derecho a la privacidad también puede ser violado cuando después de haberse realizado la prueba de detección no se respeta la información confidencial de los registros médicos.

Aunque al respetar la confidencialidad se corra el peligro de que en casos como son la ejecución de pruebas anónimas de muestras aleatorias de sangre sin notificar al paciente de los resultados, se viole el derecho del paciente a saber.⁽¹⁾

Tanto en la declaración universal de los derechos humanos, como en determinados pactos internacionales se contemplan algunos artículos que por su contenido guardan una íntima relación con los individuos que contraen el SIDA.

El objetivo primordial que persiguen estas leyes internacionales es la protección que debe tener todo individuo en una sociedad considerando su calidad de humano y respetando

su naturaleza y los derechos inherentes a ella. Así, un individuo atacado por el mal del SIDA es también un humano que necesita y debe tener el respeto y el apoyo que le brindará el estado y sus conciudadanos.

DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Artículo 2.

" Toda persona tiene los derechos y libertades proclamadas en esta declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición..."

La expresión , sin distinción de cualquier otra condición, da pauta para que no exista ningún tipo de distinción entre las personas que padezcan una enfermedad, aun cuando se trate de pacientes con SIDA, pues estos antes que enfermos son seres humanos.

Artículo 3.

" Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona..."

Artículo 22.

" Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, - habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado -, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y libre desarrollo de su personalidad..."

Artículo 25.

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

Artículo 30.

" Nada en la presente declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar

actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta declaración..."(2)

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

Artículo 14.

" Los estados partes en el presente pacto reconocen que en el ejercicio de los derechos garantizados conforme al presente pacto por el estado, éste podrá someter tales derechos únicamente a limitaciones determinadas por la ley, solo en la medida compatible con la naturaleza de esos derechos y con el exclusivo objeto de promover el bienestar general de la sociedad democrática..."

Artículo 9.

" Los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social..."

Artículo 12.

" Los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales o de otra índole y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad..."(3)

DECLARACION AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE.

Artículo XI.

" Derecho a la preservación de la salud y el bienestar. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad..."

Artículo XVI.

" Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia..."

Artículo XXVIII.

" Alcance de los derechos del hombre. Los derechos de cada hombre están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bienestar general y del desenvolvimiento democrático..."(4)

CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS.

Artículo 5.

" Derecho a la integridad personal: 1) Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física y moral; 2) Nadie puede ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano; 3) La pena no puede trascender a la persona del delincuente; 4) Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados..."⁽⁵⁾

3.2. Principios constitucionales relacionados con el SIDA.

En México, un enfermo de SIDA es también un ciudadano que goza de todos los derechos y obligaciones comprendidos en nuestra constitución. Lamentablemente en nuestra sociedad por ignorancia, prejuicios o tabúes se ha marginado a las personas que padecen SIDA a tal grado, que han sido objeto constante de abusos. Sin embargo dentro de la constitución se garantizan el respeto y los principios básicos con los que cuenta cualquier ser humano, sin que se restrinjan en ningún sentido los derechos que tienen los ciudadanos que padecen una enfermedad como el SIDA.

Los principales principios y artículos constitucionales⁽⁶⁾ que tienen relación con los ciudadanos infectados de SIDA son:

Principio de no discriminación.

Significa que todos los seres humanos son iguales ante la ley y tienen el mismo derecho a desarrollarse y llevar una vida productiva y enriquecedora en la medida de sus posibilidades.⁽⁷⁾

Artículo 3.

"... II. El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico. Luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios. Además:

... C) Contribuirá a la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio para la dignidad de la persona y la

integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, tanto por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de la fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos..."

Dentro de la educación que se imparte en México se sustenta la igualdad de derechos de todos los hombres, por lo que no se justifica la discriminación de las personas infectadas con SIDA en ningún centro educativo. Aún cuando el virus es contagioso, solo hay peligro de contagio a través de las formas de transmisión (por vía sexual, sanguínea o perinatal).

Artículo 5.

" A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial..."

Una persona infectada de SIDA podrá ejercer libremente su trabajo mientras no se vea su derecho por una determinación judicial o gubernativa que considere que existe riesgo de contagio por ser propias las características propias del trabajo para una fácil transmisión del virus del SIDA.

Artículo 11.

" Todo hombre tiene derecho para entrar en la república, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la república, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país."

Toda persona infectada con VIH tiene el derecho de transitar libremente en nuestro país pues las características de la

enfermedad del SIDA no precisan del aislamiento de los infectados. La ley considera que el padecer SIDA no es impedimento para que el infectado se desenvuelva dentro del territorio nacional como cualquier persona. Unicamente los organismos de salud competentes podrán señalar clínicamente el grado antisocial que pueda alcanzar un infectado de SIDA en el desarrollo de su enfermedad. Pero solo la autoridad administrativa limitará el derecho de tránsito que tiene un infectado de SIDA de acuerdo a las leyes de salubridad.

Principio del derecho a la salud.

El derecho a la salud no solo es un derecho individual pues en el caso de las enfermedades contagiosas, como el SIDA, que pueden alcanzar niveles de epidemia, éstas no sólo repercuten al individuo que las padece sino que ponen en peligro a la sociedad en la que se desenvuelven al no seguir las medidas necesarias de salud como son las actividades de promoción de la salud, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. De ahí que se trate de mantener un equilibrio entre el derecho individual a la salud y el derecho social a la salud, para que en la preferencia que se le da a uno no se afecte al otro.⁽⁸⁾

Artículo 4.

"... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."

Cualquier persona infectada de SIDA tendrá el derecho de recibir atención médica y todas las atenciones de salubridad que se requieran. Las medidas de salud que se tomen deberán cesar a un lado los prejuicios que sobre el SIDA existen. Deberán ser éticas y respetuosas.

Principio de Confidencialidad.

La confidencialidad es un elemento ético que debe manejar todo profesionalista. V´mas en el campo de la salud en donde es b´sica para un adecuado desarrollo del tratamiento m´dico sobre sus pacientes. Adem´s la confidencialidad garantiza el respeto por la condici3n del paciente, su individualidad y privacidad.⁽⁹⁾

El SIDA es una enfermedad que desde su aparici3n ha sido sujeta a diversos criterios que muchas veces por ignorancia desvirtúan la verdadera concepci3n de la enfermedad y de sus alcances. Socialmente se rechaza al portador del virus del SIDA que pierde ante la vista y la moral prejuiciosa de los dem´s, el respeto que se le debe ante todo como ser humano. Por ello se debe enfatizar que se de el secreto profesional de un diagn3stico de SIDA, ya que de lo contrario la persona infectada por el virus del SIDA ser´ expuesta a la incompresi3n social que lo devaluar´ como ser humano.

Principio de autonom´a.

La autonom´a se manifiesta cuando una persona determina de acuerdo con sus propios valores y prioridades aquello que debe suceder con su cuerpo o con su salud.⁽¹⁰⁾

Articulo 6.

" La manifestaci3n de las ideas no ser´ objeto de ninguna inquisici3n judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque alg3n delito que perturbe el orden p´blico; el derecho a la informaci3n ser´ garantizada por el estado..."

Toda persona sin exclusi3n de los enfermos de SIDA, podr´n expresar sus ideas. Es comprensible pues, que una persona infectada por el SIDA y conciente del grado de expansi3n que tiene dicha enfermedad contagiosa, quiera dar a conocer publicamente su propia experiencia o lo que piensa respecto del SIDA."

Artículo 7.

" Es inviolable la libertad de escribir y publicar escritos sobre cualquier materia. Ninguna ley ni autoridad puede establecer la previa censura, ni exigir fianza a los autores o impresores, ni coartar la libertad de imprenta, que no tiene más límites que el respeto a la vida privada, a la moral y a la paz públicas..."

Es necesario que toda la sociedad humana conozca las publicaciones referentes al SIDA, para que por medio de la comunicación escrita se vea objetivamente al mal del SIDA y desaparezcan los conceptos prejuiciosos que se tienen al respecto. Nadie puede vetar el derecho que se tiene de escribir sobre éste u otro tópico.

3.3. Relación laboral regulada por la Ley Federal del Trabajo, y el SIDA.

En México, las relaciones laborales están sustentadas en el artículo 123 constitucional que consta de dos apartados. El apartado A contempla la relación laboral existente entre particulares, que es regulada por la Ley Federal del Trabajo; y el apartado B contempla la relación laboral existente entre los trabajadores al servicio del estado, que es regulada por la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado.

No hay que descartar la posibilidad de que en una relación laboral existente por un contrato de trabajo, el patrón o algún trabajador contraigan el SIDA. Esta enfermedad siendo tan compleja tiene un desarrollo distinto en cada individuo que la padece. Así, algunas personas infectadas tienen alteraciones en su conducta por los efectos psicológicos provocados por el SIDA; a otras, la enfermedad las incapacita físicamente o; en el peor

de los casos por las funciones laborales que realizan los infectados, exponen a sus compañeros a un posible contagio. Además las personas infectadas dentro del centro de trabajo se exponen al rechazo y a la incompreensión de sus compañeros.

Sin embargo nuestras leyes laborales procuran que impere la armonía y el respeto dentro de cualquier centro de trabajo, así como procuran hacer valer los derechos que tiene cada individuo como parte de la relación laboral.

Artículo 123 constitucional.

" Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados, domesticos, artesanos y, de una manera general, todo contrato de trabajo:

... XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patron contrate el trabajo por un intermediario..."(1)

En esta fracción se contempla el riesgo profesional. Por ello, si se transmite el virus del SIDA a un trabajador, con motivo del desarrollo de sus funciones de trabajo, éste tendrá derecho a los beneficios que le otorguen las leyes laborales.

Principales artículos de la Ley Federal del Trabajo, relacionados con el SIDA:

Suspensión de los efectos de las relaciones de trabajo.

Artículo 42.

" Son causas de suspensión temporal de las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el trabajador y el patron:

- I. La enfermedad contagiosa del trabajador.
- II. La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo..."

Quando un trabajador está infectado de VIH. y realiza funciones dentro de su trabajo que ponen en peligro de contagio a sus compañeros, se puede suspender temporalmente al trabajador. Para que el trabajador deje de prestar sus servicios deberá tener una incapacidad, y no exigirá salario alguno pues cuenta con las atenciones que le brinda el seguro social.

Artículo 43.

" La suspensión surtirá efectos:

I. En los casos de las fracciones I y II del artículo anterior, desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento de la enfermedad contagiosa o de la en que se produzca la incapacidad para el trabajo, hasta que termine el periodo fijado por el Instituto Mexicano del Seguro Social o antes si desaparece la incapacidad para el trabajo, sin que la suspensión pueda exceder del término fijado en la ley del Seguro Social para el tratamiento de las enfermedades que no sean consecuencia de un riesgo de trabajo..."

Artículo 45.

" El trabajador deberá regresar a su trabajo:

I. En los casos de las fracciones I, II, IV y VII del artículo 42, al día siguiente de la fecha en que termine la causa de la suspensión..."

Artículo 51.

" Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador:

... II. Incurrir el patrón, sus familiares o su personal directivo o administrativo, dentro del servicio, en faltas de probidad u honradez, actos de violencia, amenazas, injurias, malos tratamientos u otros análogos, en contra del trabajador cónyuge, padres, hijos o hermanos..."

Un patrón no podrá rechazar, injuriar o tratar mal a un trabajador infectado de SIDA ya que como toda persona merece respeto a su dignidad humana. De lo contrario se tendrá por rescindida la relación de trabajo y se dará una justa indemnización al trabajador ofendido.

Artículo 53.

" Son causas de terminación de las relaciones de trabajo:

... IV. La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo..."

En el primer capítulo se señaló el cuadro neuropsiquiátrico y psicológico del SIDA, en donde se contempla a la demencia asociada al SIDA (DAS), y otros trastornos físicos y mentales que sufren la mayoría de los pacientes con SIDA. Es comprensible pues, que un trabajador enfermo de SIDA a causa de estos trastornos deje de realizar adecuadamente su trabajo, por lo que se debe dar por terminada la relación laboral. Aunque el Seguro Social seguirá asistiendo al trabajador enfermo.

Artículo 54.

"En el caso de la fracción IV del artículo anterior, si la incapacidad proviene de un riesgo no profesional, el trabajador tendrá derecho a que se le pague un mes de salario y doce días por cada año de servicios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 162, o de ser posible, si así lo desea, a que se le proporcione otro empleo compatible con sus aptitudes, independientemente de las prestaciones que le corresponden de conformidad con las leyes."

Los riesgos de trabajo que se pueden presentar en una relación laboral entre particulares, están contemplados en los siguientes artículos:

Artículo 473.

"Riesgo de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo."

Artículo 477.

"Cuando los riesgos se realicen pueden producir:

- I. Incapacidad temporal;
- II. Incapacidad permanente parcial;
- III. Incapacidad permanente total; y
- IV. La muerte."

Artículo 478.

"Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo."

Artículo 479.

"Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar."

Artículo 480.

" Incapacitado permanente total en la pérdida de las facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida."

Artículo 487.

" Los trabajadores que sufren un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- I. Asistencia médica y quirúrgica;
- II. Rehabilitación;
- III. Hospitalización, cuando el caso lo requiera;
- IV. Medicamentos y material de curación;
- V. Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; y
- VI. La indemnización fijada en el presente título.⁽¹²⁾

3.4. Relación laboral regulada por la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado, y el SIDA.

Todo trabajador al servicio del estado, enfermo de SIDA, cuenta con prestaciones en su favor. Así también tiene obligaciones que seguir, que dependen del grado en que le afecte la enfermedad, y del peligro que exista de contagiar a sus compañeros de trabajo.

Artículo 123 constitucional.

"... B. Entre los Poderes de la Unión, el gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

... XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte;

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley...⁽¹³⁾

Aún en el caso de que un trabajador se infecte de SIDA, este tendrá derecho a que el titular de la dependencia donde labora le siga pagando su salario, conservando su trabajo por el tiempo que determine la ley.

Los principales artículos de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado relacionados con el SIDA, son los siguientes:

Artículo 43.

" Son obligaciones de los titulares a que se refiere el artículo primero de esta ley:

... VI. Cubrir las aportaciones que fijen las leyes especiales, para que los trabajadores reciban los beneficios de la seguridad y servicios sociales comprendidos en los conceptos siguientes:

a) Atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y en su caso, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

b) Atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, en los casos de enfermedades no profesionales y maternidad.

c) Jubilación y pensión de invalidez, vejez o muerte.

d) Asistencia médica y medicinas para los familiares del trabajador, en los términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado...

... VIII. Conceder licencias a sus trabajadores, sin menoscabo de sus derechos y antigüedad y en los términos de las condiciones generales de trabajo, en los siguientes casos:

... D) A trabajadores que sufran enfermedades no profesionales, en los términos del artículo III de la presente ley.

... E) Por razones de carácter personal del trabajador..."

Las personas infectadas de SIDA que trabajan dentro de una dependencia gubernativa tendrán derecho a todos los servicios sociales antes descritos, así como también podrán gozar de licencias para dejar de concurrir a sus labores.

Artículo 45.

" La suspensión temporal de los efectos del nombramiento de un trabajador no significa el cese del mismo. Son causas de suspensión temporal:

I. Que el trabajador contraiga alguna enfermedad que implique un peligro para las personas que trabajan con el..."

Artículo 46.

" Ningún trabajador podrá ser cesado sino por justa causa. En consecuencia, el nombramiento o designación de los trabajadores sólo dejará de surtir efectos sin responsabilidad para los titulares de las dependencias por las siguientes causas:

I. Por renuncia, por abandono de empleo o por abandono o repetida falta injustificada a las labores técnicas relativas al funcionamiento de maquinaria o equipo, o a la atención de personas, que ponga en peligro esos bienes o que cause la suspensión o la deficiencia de un servicio, o que ponga en peligro la salud o vida de las personas, en los términos que señalen los reglamentos de trabajo aplicables a la dependencia respectiva..."

... IV. Por incapacidad permanente del trabajador, física o mental, que le impida el desempeño de sus labores..."

El SIDA solo se puede contagiar por las formas ya antes señaladas, por lo que es muy difícil que dentro de un centro de trabajo se corra peligro de contagio de esta enfermedad. Sólo en determinadas situaciones se concibe la posibilidad del contagio del SIDA. Un ejemplo sería, el manejo de sangre contaminada por el virus del SIDA en un laboratorio, sin las precauciones debidas. Otro ejemplo más común sería el hecho de que un trabajador infectado de SIDA, por los trastornos de la misma enfermedad o por el resentimiento al saberse enfermo, propicie con todo dolo el contagio del SIDA a sus compañeros de trabajo.

De lo anterior, se desprende que a cualquier trabajador enfermo de SIDA, dependiendo de su conducta laboral o de las condiciones del mismo trabajo, se le puede suspender temporalmente o cesarlo con una justa causa.

Artículo 110.

" Los riesgos profesionales que sufran los trabajadores se regirán por las disposiciones de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal del Trabajo, en su caso."

Artículo 111.

" Los trabajadores que sufran enfermedades no profesionales tendrán derecho a que se les concedan licencias para dejar de concurrir a sus labores, previo dictamen y la consecuente vigilancia médica..."⁽¹⁴⁾

3.5. Aspectos que contempla la Ley General de Salud, relativos al SIDA.

México como muchos países, resiente últimamente la vertiginosa expansión del virus del SIDA entre su población.

Pues no pasado de ser una enfermedad nueva a ser una autentica epidemia que solo se puede frenar con la aplicacion intensificada de medidas preventivas y con una educacion completa sobre las caracteristicas y los alcances de esta enfermedad.

Dentro de la Ley General de Salud se encuentran disposiciones relacionadas directa o indirectamente con el SIDA que es ya considerado como un grave problema de salud publica que sufre nuestro pais.

Articulo 6.

" El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la poblacion y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen danos a la salud, con especial interes en las acciones preventivas..."

Articulo 24.

" Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atencion medica
- II. De salud publica; y
- III. De asistencia social."

Articulo 27.

" Para los efectos del derecho a la proteccion a la salud, se consideran servicios basicos de salud los referentes a:

- I. ...
- ... II. La prevencion y el control de las enfermedades transmisibles de atencion prioritaria, de las no transmisibles mas frecuentes y de los accidentes..."

El SIDA es una enfermedad letal en la mayoria de los casos, que por su facil transmision, merece de atencion prioritaria para frenar el incremento de casos de personas que la padecen.

Articulo 51.

" Los usuarios tendran derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idonea y a recibir atencion profesional y eticamente responsables, asi como trato respetuoso y digno de los profesionales, tecnicos y auxiliares."

La atención médica de los profesionales debe dejar a un lado los prejuicios y temores absurdos que se han creado en torno a las personas infectadas de SIDA; y deberán tratar a sus pacientes con el respeto debido a su dignidad humana.

Artículo 133.

" En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia:

I. Dictar las normas técnicas para la prevención y el control de enfermedades;

II. Realizar los programas y actividades necesarias para la prevención y control de enfermedades."

Artículo 134.

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

... XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA..."

Artículo 136.

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

Será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna."

Un verdadero control epidemiológico del SIDA requiere de un registro eficaz de los casos notificados de SIDA. Además por medio de las notificaciones se tendrá un control más eficaz sobre las personas infectadas por el VIH a las que se les podrá inducir a que no propaquen más el virus a través de las formas de contagio conocidas.

Artículo 137.

" Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades, están obligados a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica."

Artículo 138.

" Están obligados a dar aviso en los términos del artículo 136 de esta ley, 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 alguno de los casos de enfermedades a que se refiere esta ley."

Para poder prevenir y controlar enfermedades contagiosas como el SIDA, se requiere de apoyo social para que notifiquen los casos conocidos de personas enfermas y frenar así la expansión del mal.

Artículo 142.

" Los profesionales, técnicos y auxiliares de salud al tener conocimiento de un caso de enfermedad transmisible, están obligados a tomar las medidas necesarias, de acuerdo con la naturaleza y características del padecimiento, aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud individual y colectiva."

Artículo 146.

" Los laboratorios que manejen agentes patógenos estarán sujetos a control por parte de las autoridades sanitarias competentes, de conformidad con las normas técnicas que exida la Secretaría de Salubridad y Asistencia en lo relativo a las precauciones higiénicas que deben observar para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles al hombre.

Cuando esto represente peligro para la salud animal, se oirá la opinión de autoridades competentes en la materia."

Por la fuerza epidémica que ha tomado el SIDA en el mundo es necesario que se sigan las precauciones debidas para evitar más contagios.

Artículo 330.

" La extracción y conservación de la sangre y su administración de un ser a otro, así como el fraccionamiento de aquella en sus diferentes componentes, estarán a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables y previa autorización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la sangre será considerada como tejido."

Es de vital importancia que se tenga el mayor de los cuidados higiénicos en la extracción y administración de la

sangre, todo porque a través de ella se puede transmitir el virus del SIDA. Por lo que es necesario que se apliquen técnicas de detección de sangre infectada de VIH para que no se suministre. además de que el material que tenga contacto con la sangre infectada deberá ser desechado; y para mayor precaución, utensilios como las jeringas, deberán utilizarse solo una vez e inmediatamente desecharse, aún cuando se trate de sangre que supuestamente no esté contaminada.

Lamentablemente es muy difícil que en nuestra realidad sanitaria se puedan llevar a cabo todas las precauciones antes citadas; pues el SIDA es un padecimiento nuevo para la ciencia médica y México tiene poco acceso a tecnologías avanzadas como son los aparatos de detección del virus del VIH en la sangre.

Artículo 332.

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

Artículo 359.

" La Secretaría de Salubridad y Asistencia notificará a la organización mundial de la salud de todas las medidas que haya adoptado, de modo temporal o permanente en materia de sanidad internacional. Así mismo informará a esta misma organización y con la oportunidad debida sobre cualquier caso que sea de interés en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades que se citan en el reglamento sanitario internacional, las que pueden originar epidemias o cualesquiera otras que considere de importancia notificar."

Artículo 361.

" No podrán internarse al territorio nacional, hasta en tanto cumplan con los requisitos sanitarios, las personas que padezcan alguna de las siguientes enfermedades: ... Peste, cólera o fiebre amarilla. La Secretaría de Salubridad y Asistencia determinará qué otras enfermedades transmisibles quedarán sujetas a lo establecido en el párrafo anterior."

Es acertada la medida de no permitir la entrada a nuestro país de personas que pueden transmitir una enfermedad como el SIDA.

Artículo 377.

" La autoridad competente podrá requerir tarjeta de control sanitario a las personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible, en los casos y bajo las condiciones que establezcan las disposiciones aplicables."

Las personas que se prostituyen pueden contagiar el SIDA a otros. Para evitarlo, estas personas se podrán prostituir si cuentan con tarjetas de salud que las autoricen.

Artículo 404.

" Son medidas de seguridad sanitaria las siguientes:

- I. El aislamiento
- II. La observación personal
- III. La suspensión de trabajos o servicios
- IV. La emisión de mensajes publicitarios que adviertan peligros de daños a la salud; y
- V. Las demás de índole sanitario que determinen las autoridades sanitarias competentes, que puedan evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud."

Artículo 405.

" Se entiende por aislamiento la separación de personas infectadas, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio.

El aislamiento se ordenará por escrito y por la autoridad sanitaria competente previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro."

Artículo 411.

" Las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la inmediata suspensión de trabajo o de servicios o la prohibición de actos de uso, cuando de continuar aquéllos, se ponga en peligro la salud de las personas."

Todos los actos que propicien el contagio del SIDA, ya sea por vía sexual, sanguínea o perinatal, deberán ser suspendidos.

Artículo 416.

" Las violaciones a los preceptos de esta ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionados administrativamente por la autoridad sanitaria, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivos de delitos."⁽¹⁵⁾

3.6. Aspectos contemplados en las normas técnicas emitidas por la Secretaría de Salud, relativas al SIDA.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia es el organismo al que le compete conocer todo lo relacionado con los problemas de salud existentes en México; y más cuando está en peligro la salud pública al incrementarse el nivel epidémico del SIDA.

Para controlar y prevenir epidemias se crearon medidas que en su mayoría se contemplan en las normas técnicas emitidas por la Secretaría antes mencionada.

Norma Técnica número 23.

Para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles:

Artículo 3.

" La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, se lleva al cabo aplicando criterios técnicos específicos por causa, las enfermedades de importancia epidemiológica son las siguientes:

- Gonorrea, Sífilis, Herpes genital y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), (de transmisión sexual). "

Artículo 12.

" La prevención y control de las enfermedades transmisibles se llevan al cabo como lo indican las normas técnicas emitidas por la Secretaría de Salud y por los procedimientos establecidos por los subsistemas institucionales de vigilancia epidemiológica."(6)

Norma Técnica número 25.

Para la información epidemiológica.

Artículo 1.

" La información epidemiológica sujeta a las disposiciones de esta norma técnica señala los mecanismos para obtener conocimientos oportunos, uniformes, confiables y completos, referentes al estado y evolución del proceso salud-enfermedad en la comunidad, para apoyar la vigilancia epidemiológica."

Artículo 2.

" Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país; obliga también a aquellas personas que tengan conocimiento de alguna situación de importancia epidemiológica."

Artículo 7.

" Son motivos de notificación inmediata los casos sospechosos o comprobados de las enfermedades transmisibles siguientes:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)."

Artículo 11.

" Son motivo de notificación semanal los casos nuevos de enfermedades transmisibles comprendidos en los grupos siguientes:

- Enfermedades de transmisión sexual."

Artículo 17.

" Son motivo de notificación inmediata las defunciones ocurridas por las enfermedades transmisibles siguientes:

- Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)."

Norma Técnica número 26.

Para la organización, operación y evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica.

Artículo 7.

" Son objeto del Sistema nacional de vigilancia epidemiológica, los riesgos y daños a la salud siguientes:

- Enfermedades transmisibles."

Norma Técnica número 31.

Para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, en la atención primaria a la salud.

Artículo 3.

" Las enfermedades de transmisión sexual se codifican de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades de la OMS en su IX revisión y son las siguientes:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), entre otras."

Artículo 5.

" La prevención de enfermedades de transmisión sexual se lleva al cabo a través de la educación y de la promoción para la salud a la comunidad y comprende las siguientes medidas:

- I. De educación:
- II. Información respecto al problema de salud pública;
- III. Identificación oportuna de la sintomatología;
- IV. Importancia de recurrir oportunamente a la atención médica:
- V. Evitar la promiscuidad sexual;
- VI. Usar preservativo;
- VII. Aseo de órganos genitales y micción inmediatamente después del coito;
- VIII. Abstinencia de relaciones sexuales hasta lograr la curación;
- IX. De promoción:
- X. Integración y capacitación de grupos que puedan desarrollar prácticas sobre educación sexual;
- XI. Información respecto a enfermedades de transmisión sexual a adolescentes, adultos y grupos de alto riesgo."

Artículo 6.

" El control de las enfermedades de transmisión comprende la identificación, el manejo y tratamiento del paciente, la notificación y el registro del caso y la investigación y el tratamiento de los contactos."

Artículo 21.

" La identificación del paciente con sospecha de SIDA se lleva al cabo de la manera siguiente:

- I. Perteneciente a grupos de alto riesgo (homosexuales, farmacodependientes, bisexuales, receptores de sangre y otros);
- II. Fiebre y astenia;
- III. Diarrea;
- IV. Pérdida de peso;
- V. Linfadenopatía;
- VI. Infecciones oportunistas: virus, bacterias, hongos, y protozoarios;
- VII. Sarcoma de Kaposi y linfoma del cerebro;
- VIII. Anemia, leucopenia y trombocitopenia;
- IX. Verificación de la infección por virus linfotrófico de células T humanas tipo III/virus asociado a linfadenopatía, con la técnica de ELISA (Ensayo inmunoenzimático)."⁽¹⁹⁾

Norma Técnica número 79.

Para la vigilancia epidemiológica de la salud en el trabajo.

Artículo 1.

" Esta norma técnica establece criterios homogéneos para la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, las enfermedades y los accidentes de trabajo, que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad o por estar comprendidos en la Ley Federal del Trabajo, son objeto de programas específicos..."⁽²⁰⁾

Norma Técnica número 277.

Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Artículo 4.

" La sangre humana se obtiene de donantes que le proporcionen gratuitamente."
Los componentes de la sangre se obtienen de la sangre humana transfundible mediante el procedimiento de aféresis."

Artículo 6.

" En ningún caso podrán ser donantes de sangre:

- I. Homosexuales
- II. Bisexuales
- III. Prostitutas; o
- IV. Farmacodependientes."

Artículo 15.

" La sangre humana con resultado positivo a las pruebas de hepatitis VIH, será desechada previa esterilización asegurándose de tomar las medidas necesarias para que no se cause riesgo a la salud."

Artículo 16.

" Cuando el resultado positivo refiera la presencia de anticuerpos Anti VIH, la notificación al disponente se hará como lo disponga la norma técnica correspondiente."(21)

Norma Técnica número 324.

Para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

Artículo 1.

" Las disposiciones de esta norma técnica son de orden público e interés general y tiene 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 la inmunodeficiencia humana en virtud de que constituye por su magnitud y trascendencia un grave problema de salud pública."

Artículo 3.

" La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la manera siguiente:

- I. Por contacto sexual;
- II. A través de la sangre y sus componentes;
- III. Por el uso de agujas contaminadas;
- IV. Durante el periodo perinatal, y
- V. Por trasplante de órganos y tejidos."

Artículo 4.

" Para efectos de esta norma técnica se entenderá por VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

Artículo 5.

" Los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH son las siguientes:

- A. Con prácticas de alto riesgo:
 - I. Homosexuales masculinos con varios compañeros sexuales;
 - III. Heterosexuales con varios compañeros sexuales; y
 - IV. Farmacodependientes que usan la vía intravenosa.
- B. De alto riesgo:

I. Hemofílicos:

- II. Politransfundibles 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 de este artículo; y
- IV. Hijos nacidos a partir del año de 1980, de individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere este artículo."

Artículo 8.

" La infección por VIH presenta las variedades clínicas siguientes:

- I. Infección aguda.
- II. Infección asintomática.

- III. Linfadenopatía generalizada persistente, y
- IV. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida."

Artículo 7.

" Los sujetos en estudio de infección por VIH se clasifican de la manera siguiente:

- I. Infectados propables: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en prueba de tamizaje, y
- II. Infectados comprobados: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas confirmatorias."

Artículo 9.

" Las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en la comunidad son las siguientes:

- I. Información respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH.
- II. Información respecto a la magnitud y trascendencia de 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 debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en los grupos con probabilidad de adquirirla, son las siguientes:

- I. Informar sobre la conveniencia de:
 - Evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros;
 - Usar preservativo (condón);
 - Evitar la donación de sangre, órganos y tejidos;
 - Evitar el embarazo, y
 - Practicarse pruebas de detección de anticuerpos para VIH.
- II. Informar sobre la sintomatología de la infección por VIH y en su caso, sobre la importancia de solicitar inmediatamente atención médica."

Artículo 11.

" Las medidas fundamentales que se deben adoptar para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud que tenga contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados son las siguientes:

- I. Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, y
- II. Cumplir con las prescripciones siguientes:
 - Lavado de mano 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 personal;

- Identificación de equipo, material y ropa probablemente contaminada para ser desinfectados, esterilizados o 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 tarjeta en 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 del material quirúrgico desechable que se empleo en su estudio y tratamiento."

Artículo 12.

"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 tres, seis y doce meses, diagnosticándose como caso de infección ocupacional aquel que demuestre seroconversión durante este periodo."

Artículo 13.

"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 artículos 10 y 11 de esta norma técnica que procedan, se deberán observar las siguientes:

I. Excluir como donantes 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 en los donantes originarios;

III. Exclusión como donantes originarios de los donantes originarios de los individuos con prueba de tamizaje positiva, y

IV. Destrucción de la sangre y sus componentes, así como los órganos y tejidos provenientes de individuos con una prueba de tamizaje positiva."

Artículo 14.

"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 15.

"La detección y el diagnóstico del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades clínicas se lleva al cabo con los datos siguientes:

I. Antecedentes de pertenecer a uno de los grupos que se señalan en el artículo 5 de esta norma técnica:

II. Cuadros clínicos:

A. Infección aguda, fiebre, adenopatías, exantema, odinofagia, meningismo de dos a seis semanas de duración, que se presentan de dos a ocho semanas después de la exposición al VIH y en la que se documenta la seroconversión:

B. Infección asintomática:

C. Linfadenopatía generalizada persistente: adenomegalia en dos o más regiones, excluyendo las inguinales, con ganglios mayores de un centímetro y duración mayor de tres meses. y

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. Estudios de laboratorios:

A. Prueba de tamizaje:

a. Presencia de anticuerpos antivirales de inmunodeficiencia humana en el suero, mostrados por los procedimientos siguientes:

- Ensayo inmunoenzimático (ELISA);

- Emaglutinación pasiva, y

- Otras técnicas.

B. Pruebas confirmatorias:

- Presencia de anticuerpos anti-VIH en el suero."

Artículo 16.

" El manejo del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades se lleva al cabo en el sujeto infectado comprobado y por personal capacitado de la siguiente manera:

I. Informándole sobre el diagnóstico de su infección por VIH y de la veracidad clínica, los mecanismos de transmisión, las formas de prevención y la evolución clínica, la 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 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 punzo-cortantes de uso personal, y

G. Solicitar atención médica inmediata en caso de sintomatología.

III. Proporcionándole tanto a él como a sus familiares, convivientes, apoyo psicológico que les permitan entender y aceptar la gravedad, letalidad y contagiosidad del padecimiento.

Respecto del sujeto infectado probable, el manejo se lleva al cabo informándole de la necesidad de realizar el seguimiento clínico y de laboratorio."

Artículo 17.

" El tratamiento del paciente con infección por VIH se lleva al 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, síndromes neurológicos graves o ataque importante al estado general, el paciente deberá hospitalizarse para su tratamiento."

Artículo 19.

" El tratamiento etiológico de la infección por VIH sólo se podrá llevar al cabo mediante protocolos de investigación, aprobados por los comités de investigación y de 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 20.

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

La notificación o aviso se hará en los formatos aprobados por la Secretaría de Salud, independientemente de los utilizados por cada institución."

Artículo 22.

" Se consideran casos de SIDA para fines de notificación o aviso aquéllos en los que el paciente presenta:

I. Alguna infección oportunista o neoplasia sugestiva de inmunodeficiencia celular, que haya sido diagnosticada en forma confiable, y que además se haya descartado otra causa de inmunodeficiencia;

II. Encefalopatía por VIH, o

III. Síndrome de desgaste con prueba confirmatoria positiva."

Artículo 23.

" La investigación de las fuentes de infección o de los contactos se lleva al cabo con 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 y a quienes haya donado sangre, órganos y tejidos a partir de 1980;

III. Identificación de las personas con quien haya compartido el uso de agujas y jeringas a partir de 1980;

IV. Estudio de los niños nacidos después de la fecha probable de infección o del año de 1980, y

V. En niños, investigación del estado serológico de la madre." (22)

3.7. Aspectos que contempla el Código Civil, relacionados con el SIDA.

El SIDA es una enfermedad que además de provocar trastornos físicos específicos en cada individuo que la padece, trasciende en el desenvolvimiento social y privado que puedan tener las personas infectadas por este mal.

Así, una persona enferma de SIDA no tiene una vida normal como el común de las personas que la rodean. Muchas de sus relaciones son limitadas por la influencia prejuiciosa que se crea en torno al SIDA; o por el temor que tienen las personas con las que convive, de ser contagiadas por dicha enfermedad. Y más aún cuando existe una relación de pareja como es la de un matrimonio, ya que es muy fácil que se transmita el SIDA a uno de los cónyuges por el contacto sexual. Y peor aún, es posible que el virus también se transmita a los hijos.

Las situaciones antes descritas se contemplan en el Código Civil para el Distrito Federal, en los siguientes artículos:

Artículo 156.

" Son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio:

... VIII. La embriaguez habitual, la morfínomanía, la heteromanía y el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes. La impotencia incurable para la cópula, la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas e incurables, que sean además, contagiosas o hereditarias..."

El SIDA es una enfermedad que puede estar dentro de la clasificación de las enfermedades crónicas e incurables, por tal motivo es posible que en un momento dado se considere como un impedimento para la celebración de un matrimonio, cuando alguno de los contrayentes esté infectado por el virus del SIDA.

Sin embargo se debería considerar también que si se toman las precauciones necesarias para evitar el contagio del SIDA. (como por ejemplo el uso del condón en las prácticas sexuales), una pareja se puede unir en matrimonio y realizar las funciones propias de esta institución. Pero para ello es necesario que se concientice a la sociedad sobre las medidas que se pueden tomar para evitar el contagio del SIDA. Y así, se logre un trato normal para los enfermos de SIDA que a su vez evitarán transmitir su enfermedad a otros.

Artículo 267.

" Son causas de divorcio:

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

Puede ser una causa de divorcio el que uno de los cónyuges contraiga el SIDA. Aunque un matrimonio se podrá sostener en base de la comprensión y del apoyo que tenga la pareja, así como de las precauciones que tomen para evitar el contagio.

Artículo 1916.

" Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físico, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual, como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus funcionarios conforme el artículo 1928, ambas disposiciones del presente código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y solo pasa a los herederos de la víctima cuando esta haya intentado la acción en vida.

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, La situación económica del responsable, y la de la víctima así como de las demás circunstancias del caso..."

La incomprensión que tiene la sociedad para con los enfermos de SIDA es tan marcada, que no sólo son rechazados, son objeto constante de ofensas y abusos. Por ello, estos actos deben considerarse como daños morales.

Artículo 1935.

" Los patrones son responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores sufridas con motivo o en el ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por tanto, los patrones deben pagar la indemnización correspondiente según que hayan traído como consecuencia la muerte o simplemente la incapacidad temporal o permanente para trabajar. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrón contrate el trabajo por intermediario." (25)

Si una persona adquiere el SIDA como consecuencia del ejercicio de su profesión o trabajo, tendrá derecho a una indemnización.

3.8. Aspectos que contempla el Código Penal, relacionados con el SIDA.

El SIDA es una enfermedad de un altísimo nivel de peligrosidad para la salud pública, por lo que es indispensable que se apliquen las medidas que previenen y controlan esta enfermedad que lamentablemente aún no tiene cura.

Sin embargo, por falta de educación sobre el SIDA, se realizan u omiten actos que, o facilitan el contagio del virus del SIDA; o, fomentan arbitrariedades a que son sujetos injustamente las personas que padecen esta enfermedad. Estos actos u omisiones deben ser limitados y controlados por nuestras leyes. En el código Penal para el Distrito Federal ya se

contemplan como delitos algunas de las situaciones expuestas anteriormente.

Artículo 228.

" Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional..."

Las personas que proporcionan atención médica a los enfermos de SIDA son responsables de notificar a las autoridades de salud sobre sus pacientes: así también deberán tomar las precauciones necesarias para evitar el contagio del virus del SIDA entre sus colaboradores a los que les deberán alertar del estado clínico de las personas que atienden. De lo contrario serán responsables de los delitos que cometen al no cumplir con sus obligaciones profesionales.

Artículo 335.

" Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse así mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicarán de un mes a cuatro años de prisión, sino resultare daño alguno, privándolo, además, de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente u tutor del ofendido."

En nuestra sociedad es común la discriminación que sufren los enfermos de SIDA, de tal que es posible que se de el abandono de estos enfermos, constituyendose así el delito antes descrito.

Artículo 350.

" El delito de difamación se castigará con prisión hasta de dos años o multa de cincuenta a trescientos pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez.

La difamación consiste: en comunicar dolosamente a una o más personas, la imputación que se hace a otra persona física, o persona moral en los casos previstos por la ley, de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que queda causarle deshonra, descrédito, perjuicio, o exponerlo al desprecio de alguien." (24)

Se comete delito de difamación cuando se comunica a otros el hecho de que una persona padece SIDA, ya que se le expone al desprecio o a cualquier otro acto discriminatorio de las personas que tienen conceptos prejuiciosos sobre los enfermos de SIDA.

Los delitos de homicidio, lesiones y peligro de contagio tienen también una relación importantísima con el SIDA, específicamente con la transmisión dolosa del SIDA. Por tal motivo expongo dicha relación en el quinto capítulo de la presente tesis.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- Shore Connor, Susan y Serrano Lavertu, Diana. " El SIDA, los derechos humanos y la Organización Mundial de la Salud. " San Jose, Costa Rica. Instituto Interamericano en derechos humanos. 1989, p. 15.

2.- Moctezuma Barrácan, González. " El SIDA y los derechos humanos." México D.F: Revista EXAMEN, julio de 1990. No. 14. p. 42.

3.- Cuadernos del Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM. " El régimen jurídico." México. Libro XII. Diciembre de 1989, pp. 597 - 598.

4.- Ibid, pp. 599 - 600.

5.- Ibid, p. 601.

6.- " Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos." México. Dirección General de Gobierno. 1992. pp. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10.

7.- Moctezuma Barrácan, González. " Aspectos jurídicos relativos al Síndrome de inmunodeficiencia adquirida." México. Revista de análisis y actualización jurídica ACTA, abril 1991. No. 5, p. 26.

8.- Ibid, p. 27.

9.- Ibid, p. 29.

10.- Ibid, p. 30.

11.- " Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos." Ob. cit., pp. 177 - 183.

12.- Trueba Urbina, Alberto. Trueba Barrera, Jorge. " Ley Federal del Trabajo." México. Porrúa S.A. 1990, pp. 43 - 45, 50 - 53, 207 - 210.

13.- " Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos." Ob. cit., pp. 177, 192, 194, 195.

14.- " Legislación Federal del Trabajo Burocrático." México. Porrúa S.A. 1991, pp. 34 - 36, 38, 39, 55.

15.- " Ley General de Salud." México. Editada por la Secretaría de Salud. 1990, pp. 29, 36, 37, 41, 60 - 63, 103, 106, 110, 111, 114, 115, 120, 122 - 124, 131.

16.- Secretaría de Salud. " Norma Técnica emitida No. 25." México. Diario Oficial. 7 de julio de 1986; segunda sección, pp. 77 - 78.

17.- " Norma Técnica No. 25." Ibid, pp. 86 - 88.

18.- " Norma Técnica No. 26." Ibid, p. 90.

19.- " Norma Técnica No. 31." Ibid, p. 92.

20.- Secretaría de Salud. " Norma Técnica emitida No. 79." México. Diario Oficial. 12 de enero de 1987. segunda sección, pp. 11 - 12.

21.- Secretaría de Salud. " Norma Técnica emitida No. 277." México. Diario Oficial. 29 de enero de 1988. segunda sección, pp. 4, 6.

22.- Secretaría de Salud. " Norma Técnica emitida No. 324." México. Diario Oficial. 17 de noviembre de 1988. segunda sección, pp. 15 - 19.

23.- " Código Civil para el Distrito Federal." México. Porrúa S.A. 1991, pp. 73, 74, 93, 343, 344, 347.

24.- " Código Penal para el Distrito Federal." México.
Forrúa S.A. 1992. pp. 83, 114, 116.

CAPITULO CUARTO
EL DELITO EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

4.1. Origen y evolución del concepto de delito.

La valoración jurídica que se ha tenido sobre el delito ha variado a través del tiempo. Al principio la valoración jurídica no descansaba en el reproche de los elementos subjetivos pues sólo se contemplaba el resultado dañoso producido.⁽¹⁾

Tanto en el antiguo oriente como en Israel, China, Egipto y en la India, se consideraba al delito como la ofensa inferida en contra de la religión. Por ello se imponía la pena que se caracterizaba por ser cruel, tendía a la venganza y su medida era el talión. Las penas se aplicaban con un fin de expiación.

Aunque en el código de Ammurabi se da la liberación de los conceptos religiosos, y se distingue los hechos ejecutados voluntariamente y los realizados por imprudencia.

En la India, el libro de Manu (Manava-Dharma-Sastra) expone la necesidad de aplicar las penas justamente aunque su valoración jurídica si apoya la división en castas. Además distingue la imprudencia, la negligencia y el caso fortuito. Aquí, la valoración jurídica considera ya elementos subjetivos.

En Esparta dentro del Licurgo la tradición conserva particularidades como la impunidad del hurto de objetos alimenticios realizados diestramente por adolescentes, la punibilidad del celibato, el delito de sentir piedad por el propio esclavo. En Atenas en el Dracón se limitó el derecho de venganza, y se distinguen los delitos que ofendían a la

comunidad castigados severamente, de los que lesionaban intereses individuales castigados con penas suaves.

En Grecia imperó en un primer momento la venganza privada, después de dió un carácter religioso que surgió al nacer el estado que dictó las penas; y los delitos son los que se dan en contra de la religión y la patria. Aparece por último, la pena que pierde su base religiosa y se asienta sobre fundamentos cívicos y morales.

En el pueblo romano se habla de la venganza del talión, de la pena sacra, religiosa y pública. Se distingue los crimina pública donde se procura la defensa de la sociedad; y a los delicta privata en donde la pena tendía a la satisfacción de la víctima del delito y a la reparación del daño.

En la sociedad germánica se da la pérdida de paz por cometer delitos ofensivos contra la sociedad; o la venganza de sangre que al lesionar intereses privados, se limitó por la composición que era una indemnización pecunaria.

El derecho penal de la iglesia, además de iniciar la humanización de las penas, dieron los conceptos de imputabilidad, de delito y de pena un valor subjetivo, creando así el criterio de responsabilidad.

El derecho canónico combatió la venganza privada y proclamó que la persecución del delito es deber del príncipe y del magistrado.

El derecho romano, germánico y el canónico son la base de las legislaciones penales europeas.

La renovación del derecho penal proveniente de la influencia del libro de Beccaria, se apoyó en la renovación francesa. En la

declaración de los derechos del hombre se establecieron principios penales y procesales. En el código de 1811 se aspira a realizar la defensa social por medio de la intimidación. Pero modificaciones posteriores han atenuado su rigor. Este código ha influenciado en la formación de códigos penales de muchos países.⁽²⁾

El delito fue siempre lo anti-jurídico. Con el afinamiento del derecho aparece, junto al elemento anti-jurídico, que es multiseccular, la característica de la culpabilidad.⁽³⁾

La noción del delito se halla en íntima conexión con la vida social y jurídica de cada pueblo.

La escuela formuló el concepto de delito natural. Según Garófalo, habría una delincuencia natural constituida por los ataques a los sentimientos de piedad y probidad, y una delincuencia artificial que comprendería los demás delitos que no ofenden estos sentimientos. Otras definiciones coincidieron en distinguir entre los delitos mala in se y los delitos desprovistos de inmoralidad intrínseca que son prohibidos por la Ley delicta mala o ius prohibita.

Sin embargo, lo que realmente caracteriza al delito es la prohibición de la acción que lo constituye mediante la amenaza penal.

El delito es un acto humano, es la acción u omisión voluntarios.⁽⁴⁾

Se puede definir al delito como el acto típicamente anti-jurídico culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal.⁽⁵⁾

Y el conjunto de normas que determinan los delitos constituyen el derecho penal que es creado por el estado para imponer penas a los delincuentes y medidas de seguridad para la prevención de la criminalidad. Reafirmando así el apotegma liberal " nulum crimen, nulla poena sine lege." ⁽⁶⁾

4.2. Fundamento jurídico del delito.

" El artículo 7º del código penal expresa que el delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales." En la definición anterior se encuentra incluido el elemento de culpabilidad. por ser uno de los elementos conceptuales del delito. También la antijuridicidad del acto u omisión está insito en la fórmula sintética de la ley. Cuando la acción u omisión enjuiciada no sea en el caso concreto antijurídica porque el acto no sea valorado de contrario al derecho, no es posible la existencia de un delito, pues falta uno de los elementos de su contenido conceptual.

En el artículo 7º, el primer elemento es el "acto u omisión" o sea el elemento objetivo que se manifiesta por medio de la voluntad: ya violando una prohibición penal, o ya absteniéndose de un acto cuya ejecución impone la ley. El siguiente elemento es que el acto u omisión los sanciona las leyes penales y por lo mismo no puede haber delito sino hay una ley previa que califique el hecho relacionado como tal.

La conducta o hecho se obtiene del artículo 7º del código penal y del núcleo respectivo de cada tipo legal. Relacionando este precepto con el propio ordenamiento, descubrimos los

elementos siguientes: una conducta o hecho, tipicidad, imputabilidad, antijuridicidad, culpabilidad, a veces alguna condición objetiva de punibilidad, y la punibilidad.⁽⁷⁾

4.3. Aspectos positivos y negativos del delito.

Los aspectos positivos del delito son los elementos que deben caracterizar a la acción u omisión de un acto humano para que pueda ser reputado como delito, y son los siguientes:

A) Antijuridicidad. El acto u omisión lesiona o pone en peligro un interés jurídicamente protegido.

B) Tipicidad. El acto u omisión contraría un tipo legal definido y conminado por la ley con un pena, como los descritos en el código penal.

C) Culpabilidad. El acto u omisión es imputable a dolo (intención), culpa (negligencia), atento a lo preceptuado por los artículos 8 y 9 fracción II del código penal.

D) Imputabilidad. El acto u omisión puede ser reputado a una determinada persona que tiene capacidad de obrar.

E) Punibilidad. El acto u omisión puede ser sancionado con una pena.⁽⁸⁾

F) Condición objetiva de punibilidad. El acto u omisión es imputable a alguna condición objetiva de punibilidad.

Los aspectos negativos del delito son los elementos que deben caracterizar a la acción u omisión de un acto humano para

que no pueda considerarse como un delito al no ser reprochable su conducta. y son los siguientes :

a) Ausencia de conducta. No existe acto u omisión. se carece de voluntad del agente.

A) Causas de justificación. No son antijurídicas las conductas que justifica el código penal en el artículo 15:

Legítima defensa;

Estado de necesidad;

Cumplimiento de un deber;

Ejercicio de un derecho;

Impedimento legítimo;

B) Atipicidad. La acción u omisión no se adecúa a alguno de los tipos descritos en la ley.

C) Inculpabilidad. Es la ausencia de reprehabilidad de un acto u omisión. En el código penal solo se contempla la inculpabilidad por error de hecho esencial e invencible. El error de hecho es el más característico motivo de inculpabilidad.

D) Inimputabilidad. No puede reputarse un acto u omisión a una persona determinada si ésta no tiene capacidad de obrar, por padecer por ejemplo, trastornos mentales.

E) Excusas absolutorias. El código penal señala cuando no se aplicará una pena.

F) Ausencia de condiciones objetivas de punibilidad. En la acción u omisión falta alguna de las condiciones objetivas de punibilidad exigidas por la ley.⁽⁹⁾

4.4. Diversos tipos de delitos.

Tanto los elementos básicos constitutivos del delito, como sus aspectos positivos y negativos y las características particulares de cada hecho delictuoso, son peculiaridades que diferencian a unos delitos de otros.

Por ello, considerando los anteriores elementos y características que constituyen un delito, se desorende que es posible que se pueda dar una clasificación de los tipos de delitos en atención a las peculiaridades y a la intensidad con la que se presenten.

Expongo a continuación la clasificación de los tipos de delitos más comunes en nuestro derecho penal.

4.4.1. Delitos por la conducta del agente.

La conducta (elemento básico del delito) es un hecho material, exterior, positivo o negativo, producido por el hombre. Si es positivo consistirá en un movimiento corporal productor de un resultado como efecto, siendo ese resultado un cambio o un peligro de cambio en el mundo exterior, físico o psíquico. Y si es negativo, consistirá en la ausencia voluntaria del movimiento corporal esperado, lo que también causará un resultado.

La acción positiva es el acto, y la negativa es la omisión. En el acto, se hace lo que no se debe hacer, se actúa violando una norma que prohíbe; en la omisión se deja de hacer lo que se

debe hacer. se omite la obediencia a una norma que impone el deber de hacer.⁽¹⁰⁾

Los delitos de omisión violan una ley dispositiva, en tanto los de acción infringen una prohibitiva.

Los de omisión se dividen en delitos de simple omisión y de comisión por omisión, también llamados delitos de omisión impropia.

Los delitos de simple omisión consisten en la falta de una actividad jurídicamente ordenada, con independencia del resultado material que produzcan.

Los delitos de comisión por omisión, son aquellos en los que el agente decide no actuar y por esa inacción se produce el resultado material.

En los delitos de simple omisión, hay sólo una violación jurídica y un resultado puramente formal, mientras en los de comisión por omisión además de la violación jurídica se produce un resultado material. En los primeros se viola una ley dispositiva; en los de comisión por omisión se infringen una dispositiva y una prohibitiva.⁽¹¹⁾

4.4.2. Delitos por el resultado.

El resultado es la total realización típica exterior, o sea la conducta corporal del agente y el resultado externo que ella causa.

En suma el resultado comprende tanto las modificaciones de orden físico, como las de orden jurídico y ético, tanto las

cosas materiales como los estados ánimo del sujeto pasivo y de la sociedad.⁽¹²⁾

Según el resultado que producen los delitos se clasifican en formales y materiales. A los primeros también se les denomina delitos de simple actividad o de acción; a los segundos se les llama delitos de resultado.

Los delitos formales son aquellos en los que se agota el tipo penal con el movimiento corporal o en la omisión del agente, no siendo necesario para su integración la producción de un resultado externo. Son delitos de mera conducta; se sanciona la acción u omisión en sí misma.

Los delitos materiales son aquellos en los cuales para su integración se requiere la producción de un resultado objetivo o material (homicidio, robo y otros).

4.4.3. Delitos por el daño que causan.

Con relación al daño resentido por la víctima, en razón del bien jurídico, los delitos se dividen en delitos de lesión y de peligro. Los primeros consumados causan un daño directo y efectivo en intereses jurídicamente protegidos por la norma violada, como el homicidio, el fraude, etc; los segundos no causan daño directo a tales intereses, pero los ponen en peligro, como el abandono de personas o la omisión de auxilio. El peligro es la situación en que se colocan los bienes jurídicos, de la cual deriva la posibilidad de causación de un daño.

4.4.4. Delitos simples y complejos.

Los delitos simples son aquellos en los cuales la lesión jurídica es única, como el homicidio. En ellos la acción determina una lesión jurídica inescindible. Delitos complejos son aquellos en los cuales la figura jurídica consta de la unificación de dos infracciones, cuya fusión da nacimiento a una figura delictiva nueva superior en gravedad a las que la componen aisladamente. El delito complejo se forma de la fusión de dos o más.

No es lo mismo delito complejo que concurso de delitos. En el delito complejo la misma ley crea el compuesto como delito único, pero en el tipo intervienen dos o más delitos que pueden figurar por separado; en cambio, en el concurso, las infracciones no existen como una sola, sino separadamente, pero es un mismo sujeto quien las ejecuta.

4.4.5. Delitos por culpabilidad.

Teniendo como base la culpabilidad, los delitos se clasifican en dolosos, culposos y preterintencionales.

El delito es doloso cuando se dirige la voluntad consciente a la realización del hecho típico y antijurídico, como en el robo, en donde el sujeto decide apoderarse y se apodera, sin derecho, del bien mueble ajeno. En la culpa no se requiere el resultado penalmente tipificado, mas surge por el obrar sin las cautelas y precauciones exigidas por el estado para asegurar la vida en común, como en el caso del manejador de un vehículo que,

con manifiesta falta de precaución o de cuidado, corre a excesiva velocidad y mata o lesiona a un transeúnte. Es preterintencional cuando el resultado sobrepasa a la intención: si el agente, proponiéndose golpear a otro sujeto, lo hace caer debido al empleo de la violencia y se produce la muerte; sólo hubo dolo respecto a los golpes, pero no se quiso el resultado letal.⁽¹³⁾

4.5. Cuerpo del delito.

Cuerpo del delito son los elementos integrantes de la conducta o hecho delictivo que es considerada previamente en un tipo penal.

Tipo penal es la descripción esencial, objetiva, de un acto que, si se ha cometido en condiciones ordinarias, la ley considera delictuoso; y siempre que un comportamiento humano corresponde a ese tipo o a ese modelo, cualquiera que sean sus particularidades accidentales será declarado como delito previsto por la ley.

Para determinar los elementos integrados de la conducta delictiva es necesario comprobar el injusto punible, lo cual corresponderá a lo objetivo, subjetivo y normativo, de acuerdo con la descripción legal de cada ilícito.

Conforma al ilícito penal el elemento objetivo que se refiere al sujeto activo que realiza una acción u omisión, así como complementariamente al sujeto pasivo (persona física) y a la cosa, objeto del delito. Lo objetivo o material corresponde a estados y procesos externos susceptibles de ser determinados

especial y temporalmente y creceptibles por los sentidos objetivos, fijados en la ley en forma descriptiva y estados y procesos anímicos en otras personas que no sean precisamente el autor.

Los elementos normativos, son aquellos a los que se llega mediante una valoración jurídica cultural.

Los elementos subjetivos implican una valoración desde el punto de vista objetivo de la anti-juridicidad, pues corresponden a estados y procesos anímicos del agente y conforman características del ilícito, como por ejemplo el deseo o propósito erótico sexual, el ánimo de lucro, etc.

La integración del delito es una actividad a cargo del Ministerio Público durante la averiguación previa. Del conjunto de elementos probatorios que se hayan logrado acumular durante la averiguación previa, dependerá que el cuerpo del delito resulte comprobado.

La comprobación del cuerpo del delito implica determinar si la conducta o hecho se adecua a la hipótesis de la norma penal que establece el tipo.

En el artículo 19 constitucional, se fundamenta la comprobación del cuerpo del delito: " Ninguna detención podrá exceder del término de tres días, sin que se justifique con el auto de formal prisión, en el que se expresarán: el delito que se impute al acusado; los elementos que constituyen aquel; lugar tiempo y circunstancias de ejecución y datos que arrojen la averiguación previa, los que deben ser bastantes para comprobar el cuerpo del delito y hacer probable la responsabilidad del acusado.

La comprobación está a cargo del juez fundamentalmente durante la etapa de la instrucción y el juicio.

En la instrucción, examina las diligencias de averiguación previa y las que se hubieran practicado ante él mismo, y aquellas que se hubieran llevado a cabo durante el término constitucional de setenta y dos horas, para así, dictar el auto de formal prisión, el auto de formal prisión con sujeción a proceso, o en su caso, el de libertad por falta de méritos.

En el juicio, también examinará las actuaciones antes mencionadas, relacionándolas con las demás probanzas rendidas desoues del auto de formal prisión, al igual que las presentadas durante la audiencia final, constatando así, la existencia o falta, del cuerpo del delito, con las consecuencias que una u otra situación producirán.

4.6. Presunta responsabilidad.

Existe presunta responsabilidad, cuando haya elementos suficientes para suponer que una persona ha tomado parte en la concepción, preparación o ejecución de un acto típico, por lo cual debe ser sometido al proceso correspondiente.

Para que proceda legalmente la orden de captura o el auto de formal prisión se requiere, además de comprobar el cuerpo del delito, la presunta responsabilidad del procesado.

La determinación de la presunta responsabilidad del procesado corresponde fundamentalmente al juez, pero también concierne al Ministerio Público. Pues durante la averiguación previa, para estar en posibilidad de resolver si procede la

consignación o la libertad del sujeto. analice los hechos y todas las pruebas recabadas porque, aun habiendo integrado el cuerpo del delito, sin estar demostrada la presunta responsabilidad, no podría cumplir con el ejercicio de la acción penal.

El órgano jurisdiccional, por imperativo legal, también deberá establecer si existe probable responsabilidad para decretar la orden de captura y el auto de formal prisión.

El juez hará un análisis lógico y razonado de todos y cada uno de los hechos consignados en autos, no debe, en forma arbitraria, tener por demostrada la responsabilidad presunta de ninguna persona, sin el previo análisis valorativo de los elementos " de cargo " y de las " pruebas de descargo, " cuando éstas se hayan aportado.
(14)

4.7. Consumación y tentativa.

El iter criminis (camino del delito) se divide en dos fases: la fase interna (subjetiva) y en la fase externa (objetiva). EL delito se encuentra en su fase interna, cuando aún no ha sido exteriorizado, no ha salido de la mente del autor, como sucede en la ideación, la deliberación y la resolución de delinquir.

A la resolución interna de delinquir sucede la resolución manifestada. A ésta puede considerársela formando parte de la fase externa, pues aunque no constituye en rigor una actividad material, es ya manifestación o expresión externa de una intención delictuosa.

Si la resolución criminal se exterioriza a través de la realización de actos materiales, estamos dentro del proceso ejecutivo del delito que comprende: la preparación; la ejecución; la consumación; y a veces el aqotamiento.

Los actos de preparación tienden a preparar el delito y sólo subjetivamente, contemplados desde el punto de vista del autor, es posible darles tal significación; exteriormente y de común nada revelan sobre la intención delictuosa del autor. Admiten la impunidad por su carácter equivoco y por no entrañar su realización peligro alguno. Por lo contrario en los actos ejecutivos si se admite la punibilidad por entrar en la esfera de la consumación sin llegar a llenarla.

CONSUMACION.

Hay consumación del delito cuando en el hecho realizado por el autor, existen todos los requisitos señalados en la tipicidad abstracta, lo que precisa una coincidencia perfecta entre ésta y la tipicidad concreta, a lo cual se suma la lesión del bien jurídico. Se suma el delito " cuando en concreto se han realizado todos los elementos constitutivos y se ha verificado la lesión efectiva y potencial del interes protegido. Es necesario hacer referencia tanto al criterio formal de la correspondencia del hecho con la tipicidad legal como al criterio substancial de la lesión del bien jurídico, en armonia con la noción teleológica de la infracción, expuesta a su debido tiempo, sin que resulte preciso la realización de los elementos externos al esquema del hecho y que sólo condicionan la punibilidad. "

El delito acotado constituye el último momento de la fase externa del inter criminis. es lograr el propósito final perseguido.

Cuando la ejecución es subjetiva y objetivamente incompleta o imperfecta, se trata de un delito tentado, tentativa o conato.

En todo delito existen acciones, externas y éstas se componen de diversos momentos físicos: así como las internas se componen de diversos momentos morales. Los momentos físicos están incompletos tanto subjetiva como objetivamente, cuando ninguno de ellos haya tenido su curso y por tanto no se haya alcanzado el fin propuesto por el culpable.

Al establecerse las diferencias entre tentativa y consumación se logró comprender al elemento subjetivo (intención) y el elemento objetivo (daño).⁽¹⁵⁾

TENTATIVA.

La tentativa se puede definir como la ejecución incompleta de un delito.

Hay tentativa cuando el culpable da principio a la ejecución del delito directamente por hechos, exteriores y no practica todos los actos de ejecución que lograrían la consumación del delito, por causa o accidente que no sea su propio y voluntario desistimiento.

La punibilidad de la tentativa se funda: en la voluntad criminal que se da igual que en el delito consumado: y en el peligro en que ha estado en un momento concreto el bien jurídico que se atacaba, así como en la alarma o daño social que ocasiona.⁽¹⁶⁾

Actualmente se distinguen dos tipos de tentativa, que son: La tentativa inacabada en donde el sujeto no ha realizado todos los actos requeridos de su parte para la consumación del delito; y la tentativa acabada en donde si se han verificado todos los actos, sin que en ambas el resultado se haya producido en virtud de causas ajenas a su voluntad.

La tentativa es delito por sí en razón de su particular estructura y naturaleza diversa del delito consumado, pues tiene objetividad propia, actividad típica singular y sanción específica, aunque atenuada respecto al delito consumado. ⁽¹⁾

En el derecho penal, generalmente, se sancionan las conductas realizadas integralmente. Aunque a veces la conducta no se lleva a cabo de manera completa, pero la intención del agente se ha encaminado a ese fin, y esto también es punible, por la antisociabilidad que se patentiza con tal proceder.

" Tentativa es la realización de actos idóneos dirigidos en forma inequívoca a cometer un delito; de tal manera que, ésta requiere tan sólo un esfuerzo voluntario encaminado a la realización de la conducta o hecho, independientemente de que la tentativa sea acabada o inacabada. "

La tentativa es una forma accesoria del tipo, pues de no ser así se sancionarían los hechos atípicos; en consecuencia, tiene forzosamente que agotarse el campo del delito, relacionando los elementos, inacabada, acabada o imposible, con los propios elementos del tipo en particular. ⁽¹⁸⁾

Al respecto, el artículo 12 del Código Penal para el Distrito Federal señala:
" Existe tentativa punible cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza ejecutando la conducta que debería

producirlo u omitiendo la que debería evitarlo, si aquél no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente.

Para imponer la pena de la tentativa, los jueces tendrán en cuenta la temibilidad del autor y el grado a que se hubiere llegado con la ejecución del delito.

Si el sujeto desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se impondrá pena o medida de seguridad alguna por lo que a éste se refiere, sin perjuicio de aplicar la que corresponda a actos ejecutados u omitidos que constituyan por si mismos delitos."⁽⁵⁾

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Jimenes de Asúa. Luis. " La ley y el delito." Principios de Derecho Penal. Argentina. Editorial Sudamericana. 1979. p. 202.
- 2.- Cuello Calón. Eugenio. " Derecho Penal." Madrid. Editorial Nacional. 1973. pp. 62 - 73.
- 3.- Jimenes de Asúa. Luis. Ob. cit.. p. 202.
- 4.- Cuello Calón. Eugenio. Ob. cit.. pp. 254 - 256. 259.
- 5.- Jimenes de Asúa. Luis. Ob. cit.. p. 207.
- 6.- Cuello Calón. Eugenio. Ob. cit.. p. 8.
- 7.- Porte Petit Candaudo Celestino. " Apuntamientos de la parte general del derecho penal." México. Porrúa S.A. 1989. pp. 248. 249.
- 8.- Cuello Calón Eugenio. Ob. cit., p. 256.
- 9.- Porte Petit C, Celestino. Ob. cit.. pp. 249 - 253.
- 10.- Carranca y Rivas. Raúl. " Derecho Penal Mexicano." Parte General. México. Porrúa S.A. 1988. pp. 275 - 276.
- 11.- Castellanos. Fernando. " Lineamientos elementales del derecho penal " México. Porrúa. 1991, pp. 36 - 37.
- 12.- Carranca y Rivas, Raúl. Ob. cit.. p.277.
- 13.- Castellanos. Fernando. Ob. cit., pp. 137, 140,141.
- 14.- Colín Sánchez, Guillermo. " Derecho Mexicano de Procedimientos Penales." Mexico. Porrúa S.A. 1992. pp. 310. 313 - 316. 321 - 322.
- 15.- Pavon Vasconcelos. Francisco. " La tentativa." Mexico. Porrúa S.A. 1982. pp. 9, 11. 17 - 19. 21. 22.
- 16.- Jimenes de Asúa. Luis. Ob. cit.. pp. 474 - 475.

- 17.- Pavón Vasconcelos, Francisco. Ob. cit., pp. 24 - 32.
- 18.- Colín Sánchez, Guillermo. Ob. cit., p. 321.
- 19.- "Código Penal para el Distrito Federal." México Porrúa S.A. 1992. p. 10.

**C A P I T U L O
Q U I N T O**

**EL CONTAGIO DOLOSO DEL SIDA
EN EL
DERECHO PENAL MEXICANO**

CAPITULO QUINTO

EL CONTAGIO DOLOSO DEL SIDA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

3.1. El contagio doloso del SIDA se debe considerar como un delito.

En México se considera al SIDA como un grave problema de salud pública, pues al expandirse tan vertiginosamente está tomando dimensiones de una verdadera epidemia. Es necesario que se tomen medidas preventivas que protejan a la población de los propagadores del VIH que pueden estar concientes o no, del mal que padecen.

Cuando se contagia dolosamente el VIH es bastante probable que los sujetos contagiados desarrollen el SIDA que, al ser una enfermedad incurable y mortal, vulnera valores tutelados por el derecho penal como son la salud o incluso la vida de las personas.

El derecho penal tiene como finalidad principal la prevención de la criminalidad que se logra con la amenaza de la pena establecida en la ley; persuadiendo así a los delincuentes a que se abstengan de efectuar conductas delictivas.

Una vez que la pena señalada en el delito caso de ser un castigo para el infractor de la ley, a ser una medida de protección a la sociedad, cuando se separa de ésta al infractor al que se le pretende readaptar. Sería conveniente que el derecho penal contemplara a la propagación del SIDA como un problema que afecta a la colectividad que protege, y separe al

propagador del VIH de la sociedad. Para así, evitar que se incrementen los contagios de dicha enfermedad.

El artículo 7º del código penal expresa:
" El delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales..."⁽¹⁾

Así, delito es atentar contra la salud o la vida de las personas, pues estas conductas son sancionadas por las leyes penales. Si por la acción u omisión que se realiza, se contagia el SIDA, esta conducta será antijurídica porque se atentan valores jurídicos, como son: la integridad corporal o la vida, que son tutelados por el derecho penal.

Sin embargo, para que pueda ser contemplado como delito el contagio doloso del SIDA, debe comprobarse, para dar por existente " el hecho" elemento del delito, una conducta, resultado y relación de causalidad. Es decir, se debe dar una relación de causalidad que es el nexo existente entre un elemento del hecho, conducta, y una consecuencia de la misma conducta: resultado. Existe una relación de causalidad entre la conducta que realiza el sujeto activo al contagiar el virus del SIDA, con el resultado que se da cuando el sujeto pasivo (sujeto sano antes del contagio) es diagnosticado seropositivo o portador del VIH.

Pero para que el sujeto activo sea responsable, no basta el nexo naturalístico, es decir, que exista una relación causal, sino además la causalidad queda sometida, en cada caso concreto, al juicio de reproche que implica la culpabilidad cuando se comprueba la relación psicológica entre el sujeto y el resultado.⁽²⁾

El contapio doloso del SIDA se podrá considerar como una conducta delictiva cuando se determine la culpabilidad del sujeto que la realizó.

La culpabilidad es el conjunto de presupuestos, que son: el acto de voluntad (elemento psicológico de la culpabilidad) y sus motivos, que fundamentan la reprocnabilidad personal de la conducta anti*jurídica*.⁽³⁾

El artículo 8º del código penal expresa:

" Los delitos pueden ser:

- I. Intencionales.
- II. No intencionales o de imprudencia.
- III. Preterintencionales."⁽⁴⁾

Cuando se manifiesta la intención jurídica en una conducta, se esta actuando con dolo, " dolosamente." Y la especie principal de la culpabilidad es el dolo.

Existe dolo cuando se produce un resultado típicamente anti*jurídico*, con conciencia de que se quebranta el deber, con conocimiento de las circunstancias de hecho y del curso esencial de la relación de causalidad existente entre la manifestación humana y el cambio en el mundo exterior, con voluntad de realizar la acción y con representación del resultado que se quiere o ratifica.

Se distinguen cuatro clases de dolo, y son:

- a) dolus directus. Es propiamente, el que nemos definido antes.
- b) dolo con intención ulterior. Es el que expresa un fin.
- c) dolo de consecuencias necesarias. Se puede no desear un resultado, pero si lo que queremos se liga a otro efecto, inexorablemente unido a nuestro deseo, al realizar este tenemos que acatar las otras consecuencias iuctuosas que entran así en

nuestra intención. Por eso, el dolo de consecuencias necesarias no es un dolo eventual, ya que la producción de los efectos no es aleatoria sino irremediable. Esta clase de dolo es una variedad del directo.

d) dolo eventual. El sujeto se representa la posibilidad de un resultado que no desea, pero cuya producción ratifica en última instancia.⁽⁵⁾

Retomando el concepto anterior de dolo, el contagio del SIDA puede ser doloso si dicha conducta produce un resultado típicamente anti-jurídico, como es el atentar en contra de la salud o la vida de las personas que protegen nuestras leyes penales. Además el propagador del SIDA deberá estar consciente de quebrantar el deber de no transmitir su enfermedad a otros, y conocer las posibles consecuencias que trae consigo el hecho de contagiar el SIDA: como es que se desarrolló esta enfermedad mortal e incurable en el sujeto contagiado. El principal elemento de una conducta dolosa es la voluntad, que en el caso que tratamos, se manifiesta cuando a través de las formas de contagio del SIDA se transmite el VIH a otro u otros que después son diagnosticados seropositivos.

Una conducta dolosa es una conducta delictiva que implica la reprochabilidad jurídico penal del sujeto que la realizó. Así, un portador del VIH que contagie dolosamente el SIDA está cometiendo un delito. Pero para que se considere a un delito, como tal, no basta que se realice una conducta anti-jurídica, culpable, y se compruebe el nexo causal. Se debe, además, describir dicha conducta con su sanción respectiva en un tipo penal, para poder aplicarlo real y jurídicamente en nuestro

derecho. De ahí que deba darse la tipicidad, elemento positivo del delito.

Es de vital importancia que se intensifique el control en la propagación del SIDA en México a través de medidas preventivas. Una vez que la función principal del derecho penal mexicano es la prevención de delitos, es indispensable que se contemple un tipo penal que sancione a todo individuo que contagie dolosamente el SIDA. Por que así los portadores del VIH serán advertidos de no seguir las conductas que son consideradas formas de transmisión del SIDA, ya que de hacerlo quedarán sometidos al juicio de reproche que conlleva su conducta delictiva.

3.2. El contagio del SIDA en relación con los tipos penales de lesiones, peligro de contagio y homicidio.

El SIDA es causado por el VIH que ataca las células del sistema inmunológico de la persona infectada, exponiéndola así, a enfermedades oportunistas que no se puedan combatir debido a la deficiencia inmunológica de su organismo; y como hasta la fecha no existe cura alguna para esta infección, es incurable y mortal.

Cuando se lleva al cabo alguna de las formas de transmisión del VIH el sujeto pasivo corre el peligro de contagiarse de SIDA y de que se le desarrolle el virus. Si es diagnosticado seropositivo sufrirá todas las alteraciones y daños que provoque el SIDA en su integridad personal, tanto en su salud corporea, como en su salud mental. La salud corporea del sujeto infectado

es dañada cuando el VIH destruye su sistema inmunológico; y es lesionada su salud mental cuando el VIH ataca su cerebro provocándole alteraciones como la demencia asociada al SIDA (DAS).

Entre los valores jurídicos, el de la integridad personal solo ante la vida cede importancia. Dicha integridad está tutelada por el derecho penal no sólo en interés del individuo, sino también en el de la colectividad. Por eso, la integridad humana no sólo es protegida del ataque que le causa un daño; sino además es protegida del que la pone en peligro. Los tipos penales comprendidos en el apartado de lesiones tutelan la integridad personal; y el tipo penal de peligro de contagio tutela la salud frente al peligro efectivo de contraer una enfermedad contagiosa.

En consecuencia de la deficiencia inmunológica, el sujeto infectado de SIDA puede ser atacado por cualquier enfermedad que, al no encontrar resistencia alguna, le provocará su muerte. Así, el VIH no sólo lesiona la integridad personal del sujeto contagiado, sino además lo priva de su vida irremediablemente, porque como se vio anteriormente, el SIDA es incurable y mortal. Es decir, el contagio del SIDA puede traer como consecuencia, la muerte del sujeto pasivo declarado seropositivo.

La vida humana es el bien jurídico más importante entre los valores tutelados por el derecho penal. Y toda conducta que atenta, vulnera, o priva la vida humana, será considerada como delito. Un sujeto que dolosamente contagia el SIDA, está consciente de las consecuencias de su conducta, sabe que si el sujeto contagiado desarrolla el virus del SIDA perderá su vida.

Esta conducta podría considerarse como delictiva pues atenta, indirectamente, contra la vida. El ataque potencial a la vida humana se contempla en el delito de homicidio, el tipo penal expresa que comete homicidio el que priva de la vida a otro. Y es por ello, que el contagio del SIDA se relaciona en cierta manera con el tipo penal de homicidio.

La transmisión del VIH, en cualquiera de las formas de contagio, pone en peligro a la salud y a la vida de las personas contagiadas. Y tanto la salud como la vida son valores que tutela el derecho penal dentro de los tipos de homicidio, lesiones y peligro de contagio. Por ello, dichos tipos penales guardan una estrecha relación con el contagio del SIDA. Aunque esto no quiere decir que la conducta de contagio se adecue en los tipos penales antes citados. Más adelante expongo la posible tipificación de la conducta delictiva que se sigue al contagiarse dolosamente el SIDA, en relación con estos tipos penales.

5.3. Definición legal y doctrinal del delito de homicidio.

El homicidio es el delito típicamente ofensivo de la vida humana. No puede cometerse delito más grave contra un individuo, pues le arrebatata el primero y más preciado de los bienes, que es la vida. En el artículo 302 del código penal para el Distrito Federal se expresa que comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro. Para que una conducta pueda ser encuadrada dentro del tipo penal anterior, es preciso que constituya una verdadera acción lesiva del bien jurídico de la

vida humana, es decir, un comportamiento que, pueda ser juzgado en el caso concreto y en sus diversas hipótesis penales - tentativa o consumación, dolo y culpa - como una acción de matar.⁽⁶⁾

El elemento material del delito consiste en la privación de la vida. Comprende:

a) La conducta, que podrá consistir en una acción o en una omisión, o sea de resultado material por omisión.

b) El resultado, consistente en la privación de la vida humana.

c) El nexo causal, entre la conducta y el resultado producido.

Puede ser:

- De acción

- De comisión por omisión

- Unisubsistente o plurisubsistente.

Es de acción si se realiza la privación de la vida con una actividad; de comisión por omisión, si por una omisión se produce el resultado muerte. Será unisubsistente, si se comete el homicidio con un sólo acto, y plurisubsistente si se realizan varios actos.

El homicidio es un delito:

A) Material. Hay perfecta coincidencia entre el resultado jurídico (anulación del derecho a la vida) y el resultado material, muerte.⁽⁷⁾

" El fenómeno de la muerte implica la cesación o término de la vida y está se extingue mediante un proceso lento y progresivo que se inicia en los centros vitales cerebrales v

cardiacos y se propaga progresivamente a todos los órganos y tejidos, es evidente que sólo puede afirmarse que el fenómeno de la muerte ha acaecido cuando termina dicho proceso. En tanto y mientras éste perdura, la vida existe y no se ha extinguido, pues el hombre vive; aunque se este muriendo y su vida corra un peligro efectivo de extinguirse en un periodo de tiempo más o menos largo: el ser humano todavía no ha muerto." (8)

B) Es un delito instantáneo, porque tan pronto se comete el delito, se agota la consumación. Es instantáneo el homicidio porque la destrucción de la vida de un hombre no puede prolongarse en el tiempo, ya que hay un momento en que el hombre pasa de la vida, a la muerte y precisamente en ese momento se consuma el homicidio.

C) Es un delito de daño, porque lesiona el bien jurídico (vida) protegido por la ley.

El objeto material del delito de homicidio es la persona física sobre la cual recae la conducta criminosa, y que posee el bien de la vida.

El sujeto activo puede ser cualquiera, con excepción de los parientes. El tipo de homicidio, no requiere, en su realización, la intervención de dos o más sujetos activos, por lo que se debe clasificar como un delito monosubjetivo, individual o de sujeto único.

El sujeto pasivo puede ser cualquiera, con excepción de los parientes que caracterizan los tipos de infanticidio y parricidio.

Los medios por los cuales puede cometerse el homicidio pueden ser de cualquier naturaleza, idóneos para producir la muerte. Se pueden clasificar en:

a) directos o indirectos. Son directos todos los medios materiales directamente idóneos para producir la muerte. Son indirectos los medios que no obran inmediatamente, sino a través de otras causas puestas en movimiento por el acto inicial del culpable.

b) materiales o físicos son, los que atacan el organismo en su integridad física. Medios morales o psíquicos los que obran mediante un traumatismo interno. Son aquéllos que tienen capacidad mortífera cuando obran sobre determinados organismos sin que exista otra actividad por parte del homicida, que el empleo o producción de conmociones psíquicas excitantes.

c) positivos, son los medios materiales que consisten en la acción visible, externa, física, proyectada hacia su objetivo. Y negativos, consisten en la abstención de actuar en la omisión de proyectar la acción material sobre un objetivo, el cual por la atención que requiere, sin ella perece.

A veces por el medio empleado se da presuncionalmente el delito de homicidio o lesiones cometido, por ejemplo el contagio venéreo.

El delito de homicidio, además de típico, debe ser anti-jurídico. El homicidio es la muerte ilegítima o injusta que no tiene a su favor una causa de licitud.

En el delito de homicidio, la acción del agente le es reprochable estando referida a una consecuencia jurídica de punibilidad. Así, el homicidio es una acción típica.

anti-jurídica y culpable en donde el sujeto activo es imputable al actuar en forma dolosa, culposa, o preterintencional. (9)

3.3.1. Adecuación jurídica del contagio del SIDA al tipo del delito de homicidio.

El contagio del SIDA puede traer como consecuencia la muerte del sujeto infectado. En un supuesto de contagio del SIDA aun cuando el sujeto activo se valiera, para producir la muerte de otro, de los siguientes medios: inyectar sangre contaminada del VIH al sujeto pasivo, o sexualmente contagiarlo del virus; y además concretizará su intención dolosa de matar al desarrollarse el SIDA en la víctima que inevitablemente le provocará su muerte. No se podrá considerar a tal supuesto como la descripción de un delito de homicidio.

La configuración del delito de homicidio requiere de los medios idóneos que directa e inmediatamente oriven de la vida a otro, siempre que se produzca auténticamente la muerte, y exista el nexo causal entre la conducta y el resultado.

El contagio del SIDA no es un medio idóneo para efectuar el homicidio. La presencia de anticuerpos en la sangre de un individuo indica que está infectado por el VIH, aunque no siempre desarrollará el SIDA, como sucede en los grupos de infección asintomática que representan un porcentaje menor que el de los seropositivos. El tiempo de incubación para la formación de anticuerpos oscila entre 0 a 8 semanas o incluso hasta 6 o más meses antes de que aparezcan anticuerpos en la

sanore. además el periodo de latencia de la infección va de 6 meses a más de 6 años.

De lo anterior es comprensible que la muerte de un sujeto contagiado de SIDA. no es segura. ni directa e inmediata. Y por lo mismo no se puede hablar de que los medios son los idóneos para privar de la vida al sujeto infectado.

Si un sujeto contagia el SIDA con intención dolosa de provocar la posible muerte del sujeto pasivo. se podría pensar en configurar la tentativa de homicidio. Pues no llega a consumarse la intención de privar de la vida al sujeto contagiado. ya que depende del desarrollo del VIH y esto es variable en cada organismo humano. Sin embargo, para hacer valer la tentativa de homicidio. en nuestro ámbito penal se requiere sean ejecutados los medios idóneos que directa e inmediatamente priven de la vida a otro y que no logren consumar el homicidio por causas ajenas a la voluntad del sujeto pasivo.

La conducta dolosa del contagio del SIDA pone en peligro al sujeto pasivo de ser lesionada su integridad personal ante las muchas posibilidades de que se desarrolle el virus en su organismo. Es por ello que no existen los medios idóneos para configurar la tentativa de homicidio pues con dicha conducta no se puede privar de la vida a otro en forma directa e inmediata.

De hecho. es lesionada mortalmente un sujeto contagiado que desarrolla el SIDA. porque como consecuencia de la lesión que se da cuando el VIH ataca su sistema inmunológico. cualquier enfermedad provocará su muerte. Pero para efectos técnicos jurídicos no es posible hablar de una lesión mortal. si no se

verifican las tres circunstancias que señala el código penal para el Distrito Federal en su artículo 303:

I. 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 incurable, ya por no tener al alcance los recursos necesarios:

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

III. Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el Código de Procedimientos Penales...⁽¹⁰⁾

Si se desarrolla el VIH es lesionado el sistema inmunológico y como hasta la fecha el SIDA es incurable, el virus deja sin defensas al sujeto infectado hasta hacerlo presa de enfermedades oportunistas que al no encontrar resistencia alguna en su organismo le provocarán la muerte.

Lo anterior se puede adecuar en la primera circunstancia que se señala para considerar a una lesión como mortal.

En la segunda circunstancia que se señala en el artículo 303, por el plazo que se indica no es posible contemplar al contagio del SIDA como una lesión mortal, porque tan solo el periodo de latencia de la infección va de 6 meses a más de años, y antes de este periodo el tiempo mínimo de incubación para la formación de anticuerpos es de 6 a 8 semanas.

Aún en los casos más extraños de SIDA no se podrá producir la muerte dentro de los sesenta días contados desde que fue contagiado, ya que el posible plazo mínimo que se señala para que se produzca la muerte del sujeto infectado de SIDA es de 6 meses.

La fijación aritmética de sesenta días, dentro de cuyo lapso a partir desde la lesión sufrida deberá producirse la muerte en

la víctima, para que asimismo sea posible la sanción correspondiente al homicidio, nos parece un tanto arbitraria, porque las consecuencias mortales de una lesión pueden extenderse más allá de los sesenta días, lo que si ocurre quedará fuera del ámbito sancionador expresado, por lo que sería preferible suprimir el límite expuesto, quedándose el resultado, sea cual fuere el tiempo en que se produzca la muerte, siempre que efectivamente sea posible establecer la relación causal a todos sus efectos. ⁽¹¹⁾

5.4. Definición doctrinal y legal del delito de lesiones y su clasificación respectivamente.

El delito de lesiones consiste en inferir a otro un daño que le deje transitoria o permanentemente una huella material en su cuerpo o le produzca una alteración funcional en su salud.

En el derecho romano la lesión personal quedaba comprendida en la noción latísima de iniuriae. Antes de la ley de las Doce tablas la iniuriae consistía en la lesión personal y en los golpes. La ley preveía la rotura de un miembro, la fractura de un hueso y la injuria simple, consistente en la lesión leve, y en los golpes. Después se habla de agresiones a la personalidad moral; y dentro de la injuria física, además de las lesiones corporales se comprendía también la que ocasionaba perturbación mental. En el derecho de edad media se establecen sanciones por cada clase de golpe o lesión. Se distinguía según que el golpe o lesión hubiere sido producido con la sola mano o con un palo o con un arma permitida o prohibida. El golpe era tratado

diversamente que la herida. El modo o el significado vilipendioso de la ofensa hacia más grave el golpe o la lesión. y por esto la bofetada era castigada con mayor pena que el puñetazo. Se distinguían las lesiones según que produjeran efusión de sangre, dejaran cicatrices visibles o causaran la pérdida de un miembro, asignándose por cada caso, pena diversa. De esta manera se ha llegado a la profusa casuística que contienen los códigos para sancionar el delito de lesiones, en la que las consecuencias producidas por la conducta en cada caso enjuiciado, son las determinantes de la gravedad del delito y de la magnitud de la sanción. (12)

En el delito de lesiones el objeto substancial específico, o sea el bien jurídico que se protege es la salud personal, alterándose esta, al causarse daños anatómicos, fisiológicos o psicológicos.

El objeto del delito es el interés relativo a la protección de la integridad física, psíquica o fisiopsíquica de la persona (integridad personal), integridad que no es un bien de interés privado únicamente, sino principalmente y sobre todo, un bien colectivo, porque asegura el normal desarrollo de la actividad individual de la persona que constituye al mismo tiempo un bien jurídico.

El objeto material es la persona a la que se lesiona, o sea, el sujeto pasivo del delito que puede ser cualquier persona siempre que este viva. Cualquier persona puede ser sujeto activo. El tipo de lesiones no exige la existencia de varios sujetos activos, constituyéndose un delito monosubjetivo.

Las lesiones pueden cometerse dolosa, culposa o preterintencionalmente. En orden a la culpabilidad y con relación a las lesiones pueden presentarse las siguientes hipótesis:

1. Lesión, con animus laedendi: lesiones.
2. Lesión, con animus necandi u occidendi: homicidio frustrado o tentativa acabada de homicidio.
3. Homicidio, con animus laedendi: homicidio preterintencional, ultraintencional o con exceso en el fin.
4. Lesión, con animus laedendi, produciéndose una de mayor gravedad que la que se quiso inferir: lesiones preterintencionales.
5. Lesión, sin dolo ni culpa: lesiones causales o caso fortuito.⁽¹³⁾

La lesión la ha definido la Suprema Corte de Justicia como toda alteración en la salud y cualquiera otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa extraña, es decir, la definición envuelve como presupuesto indispensable, la actualidad y realidad del daño, sobre lo que debe estructurarse indefectiblemente la clasificación legal de la lesión, para el efecto de la penalidad a imponer.⁽¹⁴⁾

En el artículo 288 se expresa:

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

Una circunstancia fundamental para la inteoración del delito de lesiones y que la disocia de la tentativa de homicidio es que no debe existir la intención de matar, pues si hubiere animus

La intención del delito de lesiones desaparece para dar paso al delito de homicidio en grado de tentativa.

La integridad personal puede dañarse en el delito de lesiones anatómicamente y funcionalmente. El daño anatómico se describe en el artículo 288 "heridas, escoraciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras... y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano." Al daño funcional hace referencia la frase: - toda alteración en la salud - refiriéndose tanto a la salud física como a la salud mental.

En el apartado de lesiones dentro del código penal en los artículos 289 al 293 se expresa - el que infiera una lesión -. La palabra "inferir" indica: tratándose de ofensas, agravios, heridas, etc., o cualquier resultado que deje huella material en el cuerpo o una alteración funcional en la salud de la persona ofendida, hacerlos o causarlos.

En el código penal no se especifica el medio, el modo o la forma de ocasionar la lesión, por lo que son comprendidos abstracta y latentemente todas las conductas productoras de un daño anatómico o funcional para la integridad humana. La más frecuente forma de comisión del delito de lesiones es el uso de violencia directa sobre la víctima; pero también puede cometerse aprovechando situaciones de la naturaleza o incluso seduciendo a la víctima, tal es el caso del sujeto activo que se vale de la copula consentida por su víctima para contagiarle un mal (como el SIDA).

Para establecer esta adecuación en el delito de lesiones deberá comprobarse que la conducta del agente ha sido conditio

sine qua non del resultado y si el nexo que liga a ambos es adecuado para producir dicho resultado típico.

La variedad de resultados en el delito de lesiones ha motivado que se clasifiquen las lesiones en: levisimas, leves, graves, y gravisimas.

Son lesiones levisimas, las descritas en la parte primera del articulo 289; leves, las mencionadas en la parte segunda; graves, las recordadas en los articulos 290 y 291 y las gravisimas: en los articulos 292 y 293. (15)

5.4.1. El contagio del SIDA en relación con los articulos 292 y 293 del Código Penal para el Distrito Federal.

En la clasificación de las lesiones gravisimas se comprenden los ataques al bien jurídico de la integridad humana que producen consecuencias de la más extrema importancia. El articulo 292 de nuestro código penal describe las lesiones gravisimas que guardan extrema relación con el contagio del SIDA, enfermedad que vulnera la integridad humana.

Articulo 292.

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

Se impondrán de seis a diez años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales." (16)

El primer parrafo del articulo 292 expone la frase - enfermedad probablemente incurable -, que se refiere a cualquier proceso patológico en actividad que origine una

disminución general o local orgánica, y que según la ciencia no tenga curación o sólo pueda ocurrir esta por contingencia excepcional. No deben incluirse dentro del concepto de enfermedad segura o probablemente incurable, las consecuencias o estados anormales que deja la enfermedad, pues estos efectos están especialmente valorados y alcanzan su específica relevancia penal, porque dichos efectos no son ya propiamente enfermedades.

La enfermedad debe ser segura o probablemente incurable. La declaración de que una enfermedad es incurable ha de formularla el juzgador con base en dictámenes médicos valorados según la experiencia. Los dictámenes médicos legales de una enfermedad probablemente incurable han de consistir a veces en pronósticos, previsiones sobre la evolución de la enfermedad.

El juzgador debe exigir la más sólida y completa fundamentación en los dictámenes de los médicos forenses, en orden a la naturaleza del proceso patológico que afecta a la víctima, a los caracteres evolutivos del mismo, y a las posibilidades que ofrecen los medios de curación: dadas la edad, estado fisiológico, régimen de vida, constitución individual del ofendido y existencias de taras orgánicas o funcionales en sus antecedentes personales y de familia. Una enfermedad es probablemente incurable cuando las posibilidades desfavorables de curación son muy superiores a las favorables.

Anteriormente cuando me referí a la lesión mortal, excuse porque el contagio del SIDA se puede considerar como una lesión. Si se desarrolla el VIH en el sujeto pasivo su integridad personal es brevemente, dañada al ser destruido su sistema

inmunológico. Sin embargo, no es posible asegurar que con la transmisión del virus del SIDA se padezca la enfermedad: existen los casos de asintomáticos que son pocos, pero suficientes para descartar la seguridad de que con la transmisión del VIH se contagia el SIDA siempre. El SIDA no puede ser una enfermedad segura ya que no siempre se manifiesta y desarrolla el VIH.

De manifestarse y desarrollarse el SIDA, esta enfermedad debe considerarse como incurable. Y es que hasta la fecha no existe ningún tipo de cura que extinga el VIH o por lo menos frene a tiempo su ataque al sistema inmunológico. La medicina mundial busca afanosamente un medicamento antiSIDA que logre impedir que se desarrolle el VIH en el organismo humano, pero lamentablemente no se ha encontrado, y mientras miles de personas que padecen SIDA, morirán.

Cuando el virus del SIDA invade el organismo humano dejándolo sin defensas, se está lesionando para siempre la función orgánica del sistema inmunológico.

Además la mayoría de los enfermos de SIDA sufren trastornos físicos y mentales que repercuten en la vida del enfermo, en su desenvolvimiento familiar, social y trascienden incluso en su ámbito laboral. El trabajador enfermo de SIDA no podrá desempeñar su trabajo, impedido por los trastornos físicos y mentales que padece, que lo incapacitan permanentemente para trabajar mientras que el SIDA lo lleve a la muerte.

En el artículo 292, se hace referencia de los tipos de lesiones que guardan estrecha relación con el contagio del SIDA, como son:

- la lesión de la que resulta una enfermedad incurable:

- la lesión por la que sea perjudicada para siempre cualquier función orgánica;

- la lesión de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar;

- la lesión de la cual resulte la enajenación mental.

En tales supuestos es posible adecuar el contagio del SIDA: de ahí que se pueda contemplar como un delito contra la integridad personal que encuentra su fundamentación jurídico penal en el tipo de lesiones descrito en el referido artículo 292, y en el artículo 293 del mencionado ordenamiento.

Artículo 293.

"Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le corresponden conforme a los artículos anteriores." (18)

El artículo 293 del mencionado ordenamiento sanciona a las lesiones que pongan en peligro la vida. Y la lesión que se infiere cuando se contagia el SIDA sin duda pone en peligro la vida del sujeto contagiado, porque existe el peligro de desarrollarse el VIH, y manifestarse el SIDA; y si esto sucede el sujeto pasivo morirá irremediamente, víctima del contagio.

Existe un nexo causal entre: la conducta que sigue el sujeto activo para contagiar el SIDA, lesionando así a otro; y el resultado que se da si el sujeto pasivo padece del SIDA, alterándose gravísimamente su salud. Por ello, es posible hablar de la comisión del delito de lesiones.

Es indispensable determinar la culpabilidad del autor del delito y precisar si actuó con dolo, imprudencia, o preterintención. Por que en base a ello, además de que será distinta la pena que se aplique, se puede configurar otra

figura delictiva. Tal es el caso del sujeto que teniendo la intención de matar a otro, sólo lo lesiona; configurándose así la tentativa de homicidio.

El sujeto que consciente de la magnitud de su acción transmite el SIDA al sujeto pasivo, para que lo padezca, está actuando colosalmente. En este caso aunque el sujeto activo quiera la muerte del sujeto contagiado, no es posible configurar la tentativa de homicidio. Pero sí es posible que dicha conducta se adecue técnica y jurídicamente en el delito de lesiones que contempla el citado artículo 292.

Sería muy difícil que en la realidad de nuestro ámbito penal se diera un caso práctico que someta al transmisor doloso del SIDA a un juicio de reproche en donde se determine que con dicha conducta se consumaron los delitos de lesiones descritos en los artículos 292 y 293. Las implicaciones que trae consigo el padecimiento del SIDA van más allá de la realidad contemplada en las leyes penales, tanto que hoy en día es una epidemia mundial que no se logra controlar. Y esto se comprende más si hacemos reflexión sobre la compleja tarea que ha de ser comprobar la culpabilidad del sujeto transmisor del VIH. La verdadera intención que tuvo el contagiante solo es apreciable determinando si estaba consciente de portar el virus del SIDA. Para probar esto es necesario identificar al transmisor del virus.

La identificación muchas veces no puede realizarse con certeza, por ejemplo: si la forma de transmisión del SIDA fue la sexual, la víctima puede ser una persona altamente promiscua; y según sea su tendencia sexual (heterosexual, homosexual o

bisexual) será clasificado en los grupos de alto riesgo. La persona promiscua no tiene veracidad en su denuncia porque no podría precisar con seguridad quién de los sujetos con los que tuvo contacto sexual la contagió. Muchas de estas relaciones son tan esporádicas que el sujeto contagiado no llega a conocer ni siquiera el nombre de su pareja sexual de momento: tal es el caso de los sidosos que ejercen la prostitución. Los primeros conforman el típico caso de la mujer o el hombre que a base de engaños inducen a otros (según su tendencia sexual) a tener contacto sexual con ellos, dejándoles después una nota: " Bienvenido al mundo del SIDA." Cabe hacer mención de los sidosos que atacan a otros inyectándoles sangre contaminada.

Los casos de sidosos que ejercen la prostitución no deberían existir en México. La secretaria de Salud requiere a las personas comerciantes de su cuerpo, acrediten no padecer SIDA con la tarjeta expedida por una institución de salud facultada para ello. Sin embargo dudo que tal disposición se lleve a cabo siempre porque dentro de la prostitución existe un alto índice de casos de SIDA.

Cuando se transmite sangre contaminada la identificación del propagador es todavía más difícil. En el intercambio de drogas intravenosas los sujetos, muchas veces sin conocerse, se juntan para inyectarse, y al usar la misma jeringa son varios los que resultan infectados de SIDA.

Si se trata de una transfusión o donación de sangre, aunque la ley exige se tomen las medidas necesarias para evitar y prevenir el contagio de SIDA, no es seguro que el manejo de la sangre se de con la sanidad exigida. En el caso de una

transfusión de sangre contaminada dudo exista un registro confiable de los donadores que sirva para identificar al donador transmisor del VIH. Por otra parte los mecanismos de detección del SIDA en la sangre son además de complicados, carísimos: de tal suerte que la tecnología médica con la que contamos es insuficiente para evitar en un 100 % que se contamine la sangre.

Después de identificar al presunto responsable del contagio, penalmente se procede a determinar su culpabilidad. Esto se logra probando que el sujeto activo estaba plenamente consciente de padecer SIDA, al ser diagnosticado seropositivo antes de que la víctima denunciara el contagio; además si la víctima es seropositiva se tendrá que probar que su diagnóstico fue posterior al del sujeto activo, transmisor del virus.

Como señalé en el tercer capítulo, la Ley General de Salud ordena sean notificados los casos de SIDA a la autoridad sanitaria inmediata y se lleve con base a estas notificaciones un registro. Lamentablemente esta medida no alcanza su eficacia plena, hay muchos casos de SIDA que no son notificados y por ende no se registran. Sin embargo para probar la culpabilidad del sujeto activo es necesario se revisen todos los registros y expedientes clínicos de SIDA que tienen las diversas instituciones de salud encabezadas por el CONASIDA. Ojalá las notificaciones registradas se realizaran inmediatamente después de diagnosticado el SIDA llevándose un control extremo sobre la fecha del diagnóstico y datos del enfermo. Pero en la práctica por problemas administrativos, de irresponsabilidad, o quizá por no estar presionado el personal de salud con la aplicación de una sanción si no hacen la notificación inmediata, las

notificaciones se hacen mucho despues de conocerse el caso. o no se hacen.

Si el presunto responsable apareciera registrado. es casi imposible. como vimos. determinar en que fecha le diagnosticaron el SIDA. va que las notificaciones están retrasadas por meses o incluso años. Ademas es bastante probable que sea inútil esta busqueda va que lo mas seguro es que el sujeto activo esté muerto. debido a que los enfermos de SIDA por lo general mueren a meses despues de detectarse el mal. Y aunque se diera la excepción a la regla y se encontrara vivo el sujeto activo. al localizar la fecha de su diagnóstico. es todavia más probable que muera durante el proceso penal que por lo regular dura bastante tiempo. Y aún. en el caso de que el sujeto activo viviera al ser declarado culpable de haber cometido el delito de lesiones de acuerdo a los tipos penales 288. 292 y 293 si la víctima padece SIDA; y considerando en el caso de no desarrollar el VIH la tentativa de lesiones. es muy difícil que sobreviva a los primeros años de su condena.

Como observamos. a pesar de que el contagio doloso del SIDA es adecuado a la conducta descrita en los tipos penales 288. 292 y 293. es realmente difícil enjuiciar al sujeto activo. No solo por los problemas que acontecen en un proceso penal. como son el obtener los medios de prueba adecuados: sino tambien por los problemas que se darían si el sujeto activo es condenado a purgar varios años de prision. pues al ser portador del VIH su estancia en el reclusorio implicaría la propagación del SIDA a los demás procesados. Ademas por su estado de salud tendría que ser hospitalizado y recibir atención especial. de tal suerte que

seria necesario su aislamiento: y más aun cuando el sujeto activo resentido de su mal esta obsesionado a propagar el SIDA.

Actualmente muy pocos hospitales en nuestro pais proporcionan la atencion especial que requieren los enfermos de SIDA. esta enfermedad tan compleja exige medidas extremas de control por parte del personal que los atiende, para evitar al maximo la propagación del virus. Si hago mención de esto es para subrayar el hecho de que ni la atencion médica que se da en la prision. no los hospitales o instalaciones similares que atienden a los procesados están capacitados para ofrecer el trato tan especial que requiere un sidoso. El aislar a un reo sidoso es un grave problema que debe contemplar tambien el derecho penal.

No obstante, el contagio doloso del SIDA configura el delito de lesiones, a mi pensar va más allá de ser sólo una lesión. Y es que el SIDA por sí solo, ya anuncia el daño irreparable a la vida. No solo daña a la salud. El articulo 293 contempla la lesión que pone en peligro a la vida: pero cuando el sujeto pasivo es declarado seropositivo, el SIDA pasa de ser un peligro a ser una realidad mortal porque el sujeto infectado morira irremediamente. Este mal actúa primero atacando la integridad personal (la salud) y se consuma provocando la muerte del enfermo. Seria conveniente que nuestro derecho penal viera al contagio doloso del SIDA como una verdadera lesion mortal siempre que el sujeto pasivo sea declarado seropositivo. Aunque por el término que señala el articulo 303, esto no es posible.

El contagio doloso del SIDA no se podrá configurar en el delito de lesiones si no se desarrolla el SIDA en el sujeto

pasivo. como sucede con los asintomaticos (personas inmunes al SIDA). El tipo de lesiones exige para su consumacion un resultado material que se concrete en el daño a la salud, como es el padecimiento del SIDA. Sin embargo con la conducta ociosa del contagio del SIDA se pone a la victima en peligro de sufrir tal enfermedad, independientemente de que sea diagnosticada seropositiva, que es lo más probable estadisticamente. Afortunadamente nuestro codigo penal sanciona al sujeto que pone en peligro de contagio la salud de otro, observando la conducta delictiva con independencia del resultado.

5.5. Definición doctrinal y legal del delito de peligro de contagio.

En un principio el derecho penal creó el tipo de peligro de contagio en atención a la propagación de enfermedades venereas contagiadas principalmente por prostitutas conscientes de su mal. Los antecedentes más próximos del delito de peligro de contagio consideraban como única forma de transmisión de una enfermedad, al contagio venereo.

En el año de 1940 el derecho penal argentino confirma el delito de contagio venereo previsto en el artículo 18 de la Ley

12. 331, que expresa:

" la prostituta que sabedora de la blenorragia que padecía, pusto que se tratada de una enfermedad contagiosa, tuvo acceso carnal con el denunciante sin advertirle su estado y sin adoptar precauciones para evitar el contagio. No excusan la responsabilidad de la acusada ni la necesidad en que se encontrada de ganarse el sustento, ni su ignorancia, ni la circunstancia de que habiendo cohabitado con otras personas no tuvo noticia de haberlas contagiado."

En Italia se declara que el delito de contagio venereo puede subsistir independientemente del hecho de haberse inferido o no una violencia material en el cuerpo de la victima. De ahí que pudiera afirmarse la existencia del delito de lesiones personales en el hecho del que, mediante union carnal, contagio al sujeto pasivo de la copula una enfermedad venerea. Además, se da la figura dolosa cuando el agente " habia deliberado " transmitir el mal, y existe la figura culposa cuando el agente, que se sabe enfermo, descuida cerciorarse, antes del coito, de la transmisibilidad y virulencia de su afección.

El código penal de Letonia de 1934 contiene varios preceptos sobre el contagio a otro de una enfermedad contagiosa no venerea.

El código de la Defensa social de Cuba de 1938 legisla:

Artículo 454.

" A. El que a sabiendas de que se encuentra atacado de una enfermedad sexual en su periodo contagioso, infectare a otra persona, sin su conocimiento, por via intersexual o de otra manera, sera sancionado con privación de libertad de un mes y un día a seis meses o multa de treinta y una y ciento ochenta cuotas o ambas.

B. Si el contagio tuviere lugar entre cónyuges sólo podrá ser perseguido a instancia de la parte ofendida."

El artículo 455 sanciona a la nodriza que contagie al niño de cuidado una enfermedad venerea o contagiosa.

En este artículo va no solamente se contempla el contagio venereo sino tambien el contagio de cualquier enfermedad contagiosa.

El código penal mexicano en 1929 trataba el delito de contagio venereo en sus artículos 52o y siguientes: pero el código de 1931 suprimió esos preceptos, teniendo en cuenta que las lesiones en la ley penal comorenden: " toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el

cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa (art. 288). Sin embargo a partir de la reforma realizada el código penal, mediante decreto de 26 de enero de 1940, el Título Séptimo del libro Segundo quedó adicionado con el art.

199 bis con la rúbrica: del peligro de contagio que expresa: " el que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Cuando se trate de cánvuges solo podrá procederse por querrela del ofendido."

Ello da, al tipo penal del art. 199 bis, el carácter de delito formal o de mera conducta, puesto que su punición es independiente del contagio venéreo que como resultado pueda producirse.

Si el precepto tipificador sanciona la conducta activa consistente en las relaciones sexuales de quien se sabe enfermo de un mal venéreo en periodo infectante con una persona, poniendo en peligro la salud de ésta, el bien jurídico tutelado es el de la salud individual. De ahí que el art. 199 bis este incluido en la serie de tipos penales descritos en el título séptimo "delitos contra la salud" que agrupa conductas atentatorias de la salud pública y no privada.

La creación del art. 199 bis en 1940 puoño porque se sancionaran las actividades sexuales de los enfermos venéreos con total independencia de la consumación del contagio. Porque si bien la relación sexual, con el conocimiento de la existencia del mal, podía originar un delito intencional o culposo de lesiones según se diera el propósito directo de transmitir la enfermedad venérea, o con pleno entendimiento del peligro de propagación y contagio se ejecutara el acto sexual, sin

intención y con la esperanza de que no se transmitiría, o sin la previsión de la causación de ese resultado, deberían sin embargo prevenirse las actividades sexuales de los enfermos venereos, sancionándolos con absoluta independencia del contagio mismo, creándose un delito de peligro, autónomo e independiente de las lesiones que originaría el contagio.

Sin embargo algunos doctrinarios afirman que la creación del 199 bis no responde a ninguna necesidad jurídica, pues viene a dar autonomía típica a una clara tentativa de lesiones.

Fue sin duda, estrecho el criterio penal que existió, para configurar el delito de peligro de contagio, un contagio específicamente venereo. No solamente las enfermedades venereas se contagiaban, y el presupuesto de contagio venereo que implica el contacto sexual entre el sujeto activo y pasivo deja afuera del tipo penal toda posibilidad de contagio que no sea sexual. Es verdad que en 1940 aún no se conocía el SIDA, que se transmite también de forma sanguínea, pero existían y existen males que exigen el aislamiento del paciente de otros a los que puede contagiar por la simple convivencia.⁽²⁰⁾

Actualmente para configurar el delito de peligro de contagio se requiere cualquier enfermedad en periodo infectante, tal como lo señala el art. 199 bis vigente:

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

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

Cuando se trate de cópulas, concubinarios o concubinas, solo podrá procederse por querrela del ofendido.⁽²¹⁾

3.5.1. Adecuación jurídica del contagio del SIDA al tipo del delito de peligro de contagio.

No siempre el contagio doloso del SIDA implica un diagnóstico seropositivo en la víctima. Pero no por ello es menos delictiva la conducta que transmite el virus, ya que este acto por sí solo, pone en peligro de contagio a otros: y esto último es sancionado por el artículo 199 bis de nuestro código penal:

El tipo de peligro de contagio se integra con la mera conducta del agente, sin requerirse un resultado material inexistente en la figura legal.⁽²²⁾

Para construir el delito de peligro de contagio se requiere, como lo indica el artículo 199 bis, que el sujeto activo tenga pleno conocimiento de estar enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible. La diferencia entre un mal venéreo de otras enfermedades que se encuentran en período infectante, radica en que aún cuando en ambos casos se trata de enfermedades contagiosas, la venérea únicamente se puede transmitir a través del contacto sexual.

" El acto o realización sexual en sentido amplio comprende la penetración del órgano genital, masculino o femenino, por vía normal o anormal en persona de cualquier sexo, independientemente de que se lleque o no a la eyaculación o seminatío.

La relación sexual constituye el medio eficaz que pone en peligro de contagio la salud del paciente del delito, siendo circunstancia, ese peligro, del estado infeccioso del mal venéreo padecido por el autor." (23)

En base a las diferentes formas de transmisión del SIDA podríamos ver a este mal como una enfermedad venérea: o como una enfermedad en período infectante. La primera opción se da cuando el SIDA es transmitido por el contacto sexual: este caso es el más común porque la forma principal de contagio de SIDA en el mundo, es la sexual. La segunda alternativa se manifiesta entre los seropositivos que no sólo por la vía sexual contagian a otros.

El sidoso que transmite el VIH, en forma sanguínea o por el contacto sexual, pondrá en peligro de contagio la salud de la víctima, ante las muchas posibilidades de que sea declarado seropositivo. Excluyo la forma de transmisión perinatal porque es ilógico pensar que una madre se infecte de SIDA a propósito para infectar al feto. Pero aunque tuviera el propósito de infectarse y se expusiera al contagio del SIDA, puede resultar asintomático el diagnóstico de la mujer embarazada. Además, en el caso de que dicha mujer contrajera el SIDA, no sería posible probar que se expuso al contagio para poner en peligro de contagio al bebé que lleva en su vientre.

Para poder adecuar jurídicamente el contagio doloso del SIDA en el tipo penal 199 bis, es necesario probar que el sujeto activo, tenía pleno conocimiento de padecer dicha enfermedad, pero para ello se debe, primero, identificar al presunto responsable.

En un país como el nuestro en donde constantemente se dan muestras de irresponsabilidad y falta de ética, sería muy ambicioso pretender que los organismos de salud cuenten con mecanismos eficientes que registren los casos notificados de SIDA, para que en base a ellos se pruebe que el presunto responsable conocía el diagnóstico. Además existen otros factores que obstaculizan la identificación del sujeto activo, tales como son:

- La promiscuidad del sujeto pasivo;

- La inclusión del sujeto pasivo en los sujetos de alto riesgo (hemofílicos, homosexuales, bisexuales, o adictos a drogas intravenosas);

- El ejercicio de la prostitución del sujeto activo; y

- El diagnóstico seropositivo del sujeto activo y del sujeto pasivo.

Cuando exuse sobre el tipo de lesiones, nice referencia de cada uno de los obstáculos enunciados a excepción del último que por representar la definitiva imposibilidad de adecuar penalmente el contagio doloso del SIDA, merece atención especial.

El cuadro clínico del SIDA es distinto en cada paciente. Existe por ejemplo el periodo de seroconversión que cito en el primer capítulo, los pacientes infectan a otros incluso si su diagnóstico de SIDA es negativo. Este cuadro clínico es distinto al de un asintomático o un seropositivo. También es diferente el periodo de latencia de la infección, o el periodo de incubación, en cada paciente. Y aunque hay parámetros de duración en los periodos, estos varían en cada caso específico.

De lo anterior me acovo para señalar la imposibilidad de presentar pruebas en contra del sujeto activo, en el caso de que el sujeto pasivo también padezca SIDA. Aquí no solo se juzgaría al contagio doloso como un delito de peligro de contagio, sino también se juzgaría como un delito de lesiones de acuerdo a los tipos penales 288, 292 y 293 antes referidos.

Es imposible determinar si el sujeto pasivo contrajo el VIH después del diagnóstico seropositivo del presunto responsable, una vez que las notificaciones de los casos de SIDA son imprecisos. Además cabe la posibilidad de que el sujeto pasivo estuviera infectado del VIH antes, por estar en período de seroconversión, y se le diagnosticara SIDA después de la notificación seropositiva del presunto. En este caso no sería posible determinar quién de los sujetos puso en peligro de contagio al otro.

En el supuesto de lograrse encontrar un diagnóstico seropositivo del sujeto activo anterior a la denuncia del contagio doloso del SIDA, para configurar el delito de peligro de contagio, y en su caso el delito de lesiones, es indispensable determinar la culpabilidad con la que actuó el transmisor del VIH.

Es claro el propósito que tiene al artículo 199 bis al enunciar: " el que a sabiendas de que está enfermo..." Tal presupuesto requiere que el sujeto tenga pleno conocimiento de su enfermedad al poner en peligro de contagio a otro y de ello se desprende precisamente la culpabilidad que trae implícita dicha conducta. En otras palabras, dicho tipo penal presupone el

dolo con que actúo el transmisor del VIH. cuando consciente de su enfermedad. pone en peligro de contagio a otros.

El dolo requiere. como es sabido. conocimiento del hecho. de su tipicidad y de su antijuridicidad: así como la voluntad proyectada a la causación del resultado.

El tipo penal 199 bis es un delito de mera actividad. de mera conducta y, por ende, sin resultado material. por lo que el conocimiento no se proyecta sobre un resultado inexistente en la construcción típica del delito, sino sobre la relación sexual u otro medio transmisible que ponga en peligro de contagio la salud. Es decir. "el que sabiéndose enfermo en periodo infectante efectúa actos sexuales u otro medio transmisible. actúa con el tipo de culpabilidad - dolo de peligro - que ontológicamente requiere el art. 199 bis. habida cuenta de que el sujeto activo conoce las circunstancias de hecho. subjetivas u objetivas. de la conducta que perpetra y es consciente de que encierra un peligro. y por ende. de que quebranta un deber." (24)

Sin embargo. el sujeto activo que contagia dolosamente el SIDA no siempre tiene la intención de efectivamente contagiarlo: tal es el caso del sujeto que actúa con dolo eventual.

El dolo eventual se diferencia del dolo directo en que en el primero. el sujeto representa la posibilidad de un resultado que directamente no se tiene intención de ejecutar. pero cuya producción se ratifica en última instancia. En cambio en el dolo directo si se tiene la intención de producirse un resultado con dicha conducta.

Es importante. para precisar la culpabilidad del transmisor del SIDA. que se diferencie. entre ambos tipos de dolo. el dolo

con el que se contagi6. Y es que definitivamente no es concebible que se tenga la misma intenci6n en todos los contagios dolosos de SIDA. Un caso de contagio de SIDA con dolo eventual serfa por ejemplo cuando un sujeto diagnosticado seropositivo es motivado por su pareja a tener contacto sexual y al no tener al alcance un cond6n consume el acto, transmitiendo asf el SIDA.

En cambio un contagio de SIDA con dolo directo es, el que comumente realizan los sidosos que por "venganza" inyectan su sangre infectada a otros: o tienen relaciones sexuales con el 6nico fin de propagar la infecci6n del SIDA.

En los ejemplos expuestos existe una marcada diferencia entre la intenci6n de uno y del otro. Por ello si se juzgara en el 6mbito penal un contagio doloso del SIDA, y a6n cuando el tipo 199 bis solo considera el dolo de peligro, serfa conveniente diferenciar con d6e tipo de dolo se realiz6 el contagio. Aunque veo muy diffcil que se pueda determinar el tipo de dolo con el que se actu6, siendo 6ste un elemento muy subjetivo.

El delito de peligro de contagio tambi6n plantea la posibilidad de que el sujeto activo padezca una enfermedad que adem6s de contagiosa sea incurable. Y el SIDA adem6s de ser una enfermedad contagiosa es tambi6n una enfermedad incurable.

En la parte final del artfculo 199 bis se se6ala: - cuando se trate de c6nyuges, concubin6rios o concubinos, s6lo podr6 procederse por querrela del ofendido -.

Una vez que entre conyuges, concubenarios o concubinas existe la relación sexual, es bastante probable que entre dichas parejas se pueda dar el contagio de SIDA sexualmente.

De suceder el contagio del SIDA entre conyuges, únicamente el conyuge (ofendido u ofendida) podrá denunciar penalmente al otro conyuge (sujeto activo). Lo mismo sucederá en la relación concubinaria.

Sin embargo, considero que en todos los casos de contagios de SIDA, las denuncias son por querrela del ofendido, pues quien sino la víctima, es la más interesada en que se castigue al propagador del virus. Además el sujeto pasivo de seguro preferira hacer personalmente la denuncia para evitar su divulgación; y sólo, en base a los datos que proporcione se podrá identificar al presunto responsable.

Dicha disposición tiene razón de ser, si reflexionamos sobre lo incomodo que seria para una pareja de conyuges o de concubenarios o concubinos, que personas extrañas hicieran publico un problema, como es el padecer el SIDA, que agrava la sociedad prejuiciosa e ignorante en la que vivimos.

El SIDA es un tabú y una verdadera epidemia dentro de nuestra sociedad, por lo que hay una marcada discriminación en contra de los que la padecen. Basta imaginar el escándalo que se daría si un vecino, pariente, o simple conocido de la pareja en cuestión, denunciara penalmente el hecho de que uno de los conyuges, o uno de los concubenarios en su caso, se encuentra en peligro de ser contagiado de SIDA por su pareja. Y todavía seria peor el escándalo y el rechazo social en el caso de que se hiciera pública a través de la denuncia, el peligro de contagio

de SIDA en que se encuentra una relación homosexual o bisexual, o una relación heterosexual en la que uno de los cónyuges tiene como amante a una persona de su mismo sexo.

Antes excuse la imposibilidad de probar la culpabilidad del sujeto activo, cuando el sujeto pasivo también se encuentra infectado de SIDA. No obstante, podría pensarse que en el caso del matrimonio cabe la posibilidad de probar quién de los conyuges contagió al otro, una vez que existan los análisis prematrimoniales: sin embargo es igualmente imposible, científicamente, determinar quien fue el transmisor, debido a la distinta manifestación de la enfermedad entre un cónyuge y otro; y más si uno de ellos se encuentra en periodo de seroconversión.

Ahora bien, para determinar la culpabilidad del sujeto activo, no solo se deben tomar en cuenta los elementos objetivos, tales como: la conclusión médica sobre la imposibilidad de probar entre dos sujetos seropositivos, quién contagió el SIDA. También existen los elementos subjetivos tales como: la personalidad o la conducta que han llevado en sus vidas dichos sujetos, y deberían ser considerados dentro de un proceso penal.

La adecuación jurídica del contagio doloso del SIDA en el tipo de peligro de contagio, teóricamente es posible, acreditando la conducta típica que describe el art. 199 bis. En el supuesto de lograrse, el órgano jurisdiccional procederá a dictar sentencia condenatoria declarando al sujeto activo, culpable del delito de peligro de contagio; y en su caso, si el sujeto pasivo es diagnosticado seropositivo, culpable del delito de lesiones de acuerdo a los artículos 288, 292 y 293. Sin

embargo, dado que esto realmente pueda suceder en la práctica, primero porque existen muy pocas posibilidades de que el sujeto activo sobreviva al juicio: y segundo, porque de vivir dicho sujeto deberá ser aislado de los demás procesados o reos que estarían expuestos al peligro de contagio del SIDA, aparte de que deberá recibir atención especial por su enfermedad.

Dentro de nuestro ámbito jurídico el único medio legal existente por el que se lograría el necesario aislamiento de un reo propagador del SIDA, es la Ley General de Salud que dispone lo siguiente:

Artículo 404.

" Son medidas de seguridad sanitaria las siguientes:

fracción I. El aislamiento;

fracción XIII. Las demás de índole sanitaria que determinen las autoridades sanitarias competentes, que puedan evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud. Son de inmediata ejecución las medidas de seguridad señaladas en el presente artículo.

Artículo 405:

" Se entiende por aislamiento la separación de personas infectadas, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio.

El aislamiento se ordenará por escrito y por la autoridad sanitaria competente previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro."(25)

En tal situación, el órgano judicial deberá solicitar a la autoridad de salud competente el aislamiento del reo infectado de SIDA, en base a los preceptos antes citados.

Al final de cuentas, el propagador del SIDA declarado culpable no purgará su condena dentro de la prisión, como cualquier delincuente que sea privado de su libertad. En cambio si pasará sus últimos días de vida hospitalizado con las atenciones y cuidados que requiere todo enfermo de SIDA, y lo más seguro, morirá antes de cubrir gran parte de su pena o condena.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- " Código Penal para el Distrito Federal." Mexico. Porrúa S. A. 1992. p. 9.
- 2.- Castellanos, Fernando. " Lineamientos elementales del derecho penal mexicano." México. Porrúa S. A. 1991. pp. 156 v 157.
- 3.- Jiménez de Asúa. Luis. " La ley y el delito." Principios de derecho penal. Argentina. Editorial Sudamericana. 1979. pp. 352, 357.
- 4.- Código Penal para el Distrito Federal. Op. cit., p. 9.
- 5.- Jiménez de Asúa. Luis. Op. cit., pp. 354, 365 - 367.
- 6.- Jiménez Huerta, Mariano. " Derecho Penal Mexicano." Tomo II. México. Porrúa S. A. 1986. p. 25.
- 7.- Porte Petit, Candaudap, Celestino. " Dogmatica sobre los delitos contra la vida y la salud personal." Mexico. Porrúa S. A. 1990, pp. 11. 12.
- 8.- Código Penal para el Distrito Federal. Op. cit., pp. 30, 31.
- 9.- Castellanos, Fernando. Op. cit., pp. 13, 39, 43.
- 10.- Código Penal para el Distrito Federal. Op. cit., pp. 107, 108.
- 11.- Porte Petit, C. Op. cit., p. 26.
- 12.- Jiménez Huerta, Mariano. Op. cit., pp. 269 - 271.
- 13.- Porte Petit, C. Op. cit., pp. 124, 131 - 133, 137.
- 14.- Seminario Judicial de la Federación. Tomo LXXXI. Quinta época. p. 5338.
- 15.- Porte Petit, C. Op. cit., pp. 272 - 277.

- 16.- Código Penal para el Distrito Federal. Op. cit., p. 106.
- 17.- Jiménez Huerta, Mario. " El tipo de daño contra la integridad. " Derecho Penal Mexicano. Tomo II. México. Porrúa S. A. 1986. pp. 299 - 301.
- 18.- Código Penal... Op. cit., p. 106.
- 19.- Jiménez de Asua, Luis. " El criminalista." Argentina. Editorial Ley Argentina. 1946. pp. 274 - 277.
- 20.- Pavón, Francisco y Vargas, G. " Los delitos de peligro para la vida." México. Porrúa S. A. 1977. pp. 139 - 141.
- 21.- Código Penal... Op. cit., p. 66.
- 22.- Pavón, Francisco y Vargas, G. Op. cit., p. 144.
- 23.- Ibidem, pp. 142. 143.
- 24.- Ibidem, pp. 146, 147.
- 25.- " Ley General de Salud." Editada por la Secretaría de Salud. México. 1990. pp. 123, 124.

CONCLUSIONES

1.- La forma más común de transmisión del SIDA. es la sexual.

2.- El uso del condón. como medida de prevención del SIDA. no es confiable en un cien por ciento. Una vez que el virus de la enfermedad (VIH) es tan pequeño que algunas veces llega a traspasar el material con el que se elabora este preservativo.

3.- En nuestro país los principales factores que impiden la prevención del SIDA son:

- a) La ignorancia que existe respecto al SIDA.
- b) La irresponsabilidad de tomar las precauciones sanitarias necesarias para evitar el contagio.
- c) El contagio doloso del SIDA.

4.- El sujeto activo contagia el SIDA principalmente por tres causas:

- 1) El sentimiento de venganza reflejo del traumatismo de padecer el síndrome.
- 2) La demencia (transtornos mentales) que sufren la mayoría de los enfermos de SIDA.
- 3) La carencia de una legislación acorde a los alcances del SIDA.

5.- El contagio doloso del SIDA es un delito.

6.- Aún cuando existen los tipos penales que guardan estrecha relación con los posibles efectos del síndrome, ignorar la adecuación jurídico penal del contagio doloso del SIDA en los tipos de homicidio, lesiones y peligro de contagio, implica superar muchas trabas técnico-jurídicas.

7.- El contagio doloso del SIDA no es adecuado al tipo penal de homicidio.

8.- El contagio doloso del SIDA representa una lesión mortal cuando el sujeto pasivo es diagnosticado seropositivo.

9.- Por el restringido término de sesenta días que condiciona el artículo 303 del Código Penal para el D.F., no es posible considerar al contagio doloso del SIDA como un delito de lesión mortal.

10.- Considero que para configurar el delito de lesión mortal es suficiente con acreditar la primera y en su caso la tercera circunstancia, señaladas en el artículo 303. Por ello, propongo se considere la posible derogación de la segunda circunstancia que condiciona el referido término de sesenta días; o en su defecto, se amplie el término, considerando las dimensiones reales que puede alcanzar una lesión mortal.

11.- El derecho penal debe tener la flexibilidad precisa para poder tipificar las nuevas contingencias que amenazan a la humanidad, debe abrirse ante el posible surgimiento de males que

como el SIDA. se prestan para situaciones delictuosas. Y hacer a un lado las trabas tecnico-juridicas que algunas veces impiden penalizar a verdaderas conductas delictivas.

12.- El contagio doloso del SIDA es adecuado al tipo penal 199 bis. v a los tipos penales 288, 292 v 293 de resultar seropositivo el diagnóstico.

13.- Es casi imposible someter al sujeto activo a un juicio de reproche juridico penal. y no podrá ser condenado a prisión como los demás delincuentes. Es obligatorio v necesario el aislamiento y hospitalización de los enfermos de SIDA.

14.- El aislamiento de un reo enfermo de SIDA es un grave problema que debe contemplar el derecho penal mexicano.

15.- Propongo se elabore un tipo penal específico del contagio doloso del SIDA.

16.- La tipificación del contagio doloso del SIDA contribuirá indudablemente en la prevención de esta penosa enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

Barré. F. Chermann, J.C. Rozenbaum. W. El SIDA en preguntas. Edición 1989. pp. 18, 19, 21, 22.

C. Gallo. Robert y Montagnier. Luc. El SIDA libros de investigación y Ciencia. España. Prensa Científica. 1989. p. 18.

Cardenas Arroyo. Jorge. Instituto Mexicano de psiquiatria. Manejo psicologico del paciente con SIDA por el medico no psiquiatra. México. Departamento de capacitación continúa. División de enseñanza. 1989. pp. 6, 8 - 14, 28.

Carranca y Rivas. Raúl. Derecho penal mexicano. Parte general. México. Porrúa S. A. 1988. pp. 275 - 277.

Castellanos. Fernando. Lineamientos elementales del derecho penal mexicano. México. Porrúa S. A. 1991. pp. 13, 36, 37, 39 - 43, 137, 140, 141, 156, 157.

Colin Sánchez, Guillermod. Derecho mexicano de procedimientos penales. México. Porrúa S. A. 1992. pp. 310, 313 - 316, 321, 322.

CONASIDA. Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA. México. 1990 - 1994. pp. 3, 30, 40, 44, 45, 49, 73, 77, 86, 92, 98, 113, 114.

CONASIDA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Medidas preventivas. México. 1987. pp. 11, 14, 16, 18.

Cossuto. Lill - Patrice. Pesce. Alain. Quaranta. J. SIDA. Buenos Aires. 1987, p. 16.

Cuello Calón. Eugenio. Derecho penal. Madrid. Editorial Nacional. 1973. pp. 8, 62 - 73, 254 - 256, 259.

Diccionario enciclopédico. Barcelona España. Grijalbo. 1986. p. 709.

Dirección general de epidemiología. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Pautas para su vigilancia epidemiológica y control. México. D.F. 1987, pp. 6, 9 - 11, 13 - 15, 25.

Fuenzalida Puelina. Linares Parada. Serrano Lavertu. OPS. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Washington D. C. Publicación científica. 1991, pp. 3 - 6.

Hernández M., Juan Carlos. Ramírez D.A., Hilda. Reyes P., Jeanette. SIDA. Información para dar a los clientes en la farmacia. Guía para el personal de farmacia. IMIPAF, CONASIDA, Sector Salud. México. 1988. p. 3 - 5.

Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM, cuadernos. El régimen jurídico. Libro XII. México. Diciembre 1989, pp. 397 - 401.

Jiménez de Asúa. Luis. El criminalista. Editorial Ley Argentina. 1946, pp. 274 - 277.

Jiménez de Asúa, Luis. La ley y el delito. Principios de derecho penal. Argentina. Editorial Sudamericana 1979, pp. 202, 207, 352, 354, 357, 365, 367, 474, 475.

Jiménez Huerta, Mariano. Derecho penal mexicano. Tomo II. México. Porrúa S. A. 1986. pp. 25, 269, 271.

Jiménez Huerta Mariano. El tipo de daño contra la integridad. Derecho penal. México. Porrúa S. A. 1986. pp. 299 - 301.

OPS. OMS. Informe anual de vigilancia del SIDA/ VIH/ETS. México. 1990. pp. 3 - 8, 11, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 25.

Pavón Vasconcelos, Francisco. La tentativa. México. Porrúa S.A. 1982. pp. 9, 11, 17, 19, 21, 22, 24 - 32.

Pavón. Francisco y Vargas, G. Los delitos de peligro para la vida. México. Porrúa S. A. 1977. pp. 139 - 144, 146, 147.

Porte Petit Candaudap. Celestino. Apuntamientos de la parte general del derecho penal. México. Porrúa S. A. 1989. pp. 248, 249 - 253.

Porte Petit Candaudap. Celestino. Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud personal. México. Porrúa S. A. 1990, pp. 11, 12, 26, 124, 131 - 133, 137, 272 - 277.

Shole Connor, Susan y Serrano Lavertu, Diana. El SIDA, los derechos y la Organización Mundial de la Salud. San Jose. Costa Rica. Instituto interamericano en derechos humanos. 1989. p. 15.

SIDA. Manual de información para profesionales sanitarios de atención primaria. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. 1989, pp. 6, 7, 9 - 18.

LEGISLACION CONSULTADA.

Código Civil para el Distrito Federal. México. Porrúa S. A. 1991. pp. 73, 74, 93, 343, 344, 347.

Código Penal para el Distrito Federal. México. Porrúa S. A. 1992. pp. 9 - 12, 30, 31, 66, 83, 106 - 108, 114, 116.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Dirección General de Gobierno. 1992. pp. 1 - 3, 5, 6, 8 - 10, 177, 183, 192, 194 - 195.

Jurisprudencia. Tomo LXXXI. o. 5338. Quinta época. Semanario judicial de la Federación.

Lev Federal del Trabajo. Trueba Barrera, Jorge. Trueba Urbina, Alberto. México. Porrúa S. A. 1990. pp. 43 - 45. 50 - 53. 207 - 210.

Lev Federal del Trabajo Burocrático. México. Porrúa S. A. 1991. pp. 34 - 36. 38. 39. 53.

Lev General de Salud. México. Editada por la Secretaría de Salud. 1990. pp. 29, 36, 37, 41, 60 - 63. 103, 106, 110. 111, 114. 115. 120. 122 - 124. 131.

Normas Técnicas emitidas por la Secretaría de Salud. en el Diario Oficial de la Federación, segunda sección:

Publicadas el 7 de julio de 1986.

Norma Técnica No. 23, pp. 77 - 78.

Norma Técnica No. 25, pp. 86 - 88.

Norma Técnica No. 26, p. 90.

Norma Técnica No. 31, p. 92.

Publicadas el 12 de enero de 1987.

Norma Técnica No. 79. pp. 11, 12.

Publicadas el 29 de enero de 1988.

Norma Técnica No. 277, pp. 4, 6.

Publicada el 17 de noviembre de 1988.

Norma Técnica No. 324. pp. 15 - 19.

BOLETIN MENSUAL.

Boletín mensual SIDA/ETS. EPI - CONASIDA. AÑO 6. Núm 4. México. Abril 1992. pp. 2154, 2155.

Boletín mensual SIDA/ETS. OPS. Año 6. Núm. 4. México. 1992.
pp. 2144, 2146, 2147, 2149.

REVISTAS.

Revista de Análisis y actualización jurídica " ACTA ".
Moctezuma Barragán, Gonzalo. Aspectos jurídicos relativos al
síndrome de inmunodeficiencia adquirida. México. Núm. 5. Abril
1991, pp. 26, 27, 29, 30.

Revista " EXAMEN ". Moctezuma Barragán, Gonzalo. El SIDA y
los derechos humanos. México D. F. Núm. 14. Julio de 1990.
p. 42.