



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ARAGON”

**DESPENALIZACION DEL ABORTO EN
LA ETAPA DE ORGANOGENESIS EN
EL CASO DE CONTAGIO DE SIDA**

T E S I S
Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN DERECHO
P r e s e n t a
MA. TERESA ROYAL BOSCO

San Juan de Aragón Edo. de Méx.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

A DIOS.

Gracias por haberme permitido
alcanzar el día de hoy, mi mayor
anhelo como estudiante.

A MIS PADRES:

Ma. Teresa y José

Gracias por darme el ser y la existencia,
y así poder realizar las cosas que a mi me
agradan y me satisfacen.
Y por el apoyo recibido de Ustedes.

A MI HERMANO:

Jorge Mario, con amor; gracias
por el apoyo moral que siempre me
brinda, y el ejemplo de superación
que me ha dado.

Con profundo respeto y agradecimiento al honorable Lic. Juan Jesús Juárez por haber tenido a bien dirigirme el presente trabajo de Tesis, su valiosa ayuda que en forma incondicional me prestó. El inicio de mi vida profesional es realidad gracias a Usted.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Aragón", y a todos mis compañeros y amigos.

INDICE

PÁG.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.

Antecedentes.	1
1. Definición de Aborto.	2
1.1. Aborto: Aceptación Médica.	4
1.2. Aborto: Aceptación Jurídica.	4
2. Tipos de Aborto.	5
2.1. Abortos Punibles.	5
2.2. Abortos No Punibles.	9
3. Definición de Etapa de Organogénesis.	12
4. Definición de SIDA.	18
4.1. Origen del SIDA.	18
4.2. Concepto Doctrinal.	22
4.3. Desarrollo del SIDA.	29
5. Desarrollo Legislativo Histórico del Aborto.	38
5.1. El Aborto en Grecia.	39
5.2. Aborto en el Derecho Romano.	40
5.3. El aborto en el Cristianismo.	41
5.4. El Aborto en el Derecho Penal Azteca.	43
5.5. El Aborto en la Colonia.	43
5.6. El Aborto en el Derecho Español.	44
5.7. El Aborto en las Repúblicas Iberoamericanas.	45
6. Repercusión del SIDA en Nuestra Epoca.	46

CAPITULO II**Consecuencias del Nacimiento del Infectado con el
Virus de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.**

1. Médicas.	57
2. Psicológicas.	67
3. Familiares.	71
4. Sociales.	76

CAPITULO III**Delitos más Comunes Ocasionados en Caso del
Nacimiento de un Enfermo de SIDA.**

1. Lesiones.	82
2. Homicidio.	91
3. Suicidio.	97
4. Abandono de Infante.	100
5. Maltrato al Menor.	104

CAPITULO IV.**Beneficios del Aborto Practicado en el Etapa de
Organogénesis.**

1. Menor Riesgo de Muerte para la Mujer.	109
2. Reducción del Índice de Enfermos de SIDA.	115
3. Prevención del Sufrimiento en el Infante.	122
4. Disminución del Abandono del Infante.	130
5. Libertad de los Padres para su Atención Médica.	135
6. Reducción del Riesgo de Contagio de SIDA.	145

CONCLUSIONES.**BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUCCION

En los últimos tiempos ha surgido un problema muy grave que ataca a nuestra sociedad, es el llamado "mal del siglo", el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). Día a día aumenta el contagio en nuestra población sin poder controlarlo, inclusive dañando a seres inocentes que aún se encuentran en la etapa de gestación, los que nacen infectados y por tanto están destinados a perder la vida.

Es necesario que se motive a los padres a que tomen conciencia y piensen que abortando se le puede evitar mayor sufrimiento a su hijo. Tal determinación es trascendental, tanto para la vida en sociedad como para el Derecho, debido a que si se despenalizara esta figura delictiva se evitaría el sufrimiento tan doloroso que causa esta enfermedad del S.I.D.A. tanto en la madre, como en el ser que nace contagiado por este mal.

Tal vez la propuesta parezca demasiado drástica e inclusive inhumana, ya que se impide el desarrollo y nacimiento de un ser, pero analizando a fondo el problema y tomando en cuenta la frustración de los padres al saber que destino le espera a su hijo, no lo es tanto como parece. Es más cruel observar el sufrimiento de los niños portadores del mal causado por el S.I.D.A., que es un padecimiento incurable que le impide el normal desarrollo corporal, convirtiéndose así en una carga para su familia y soportar también el rechazo de la sociedad.

Si en nuestras manos está la posibilidad de evitar el sufrimiento a estos recién nacidos ¿por qué los condenamos al mismo?, desde nuestro particular punto de vista, es mejor impedir, que nazcan, a verlos sin posibilidad de recuperación.

Por tal motivo hemos considerado oportuno elaborar este trabajo de investigación con el fin de emitir una propuesta para que se declare impune el aborto practicado en el caso de las mujeres contagiadas con SIDA, considerando que el móvil de la conducta es una enfermedad incurable y mortal que afecta drásticamente al embrión o feto que está en formación considerando que es un ser indefenso sin ninguna defensa que pueda contrarrestar la enfermedad.

Para la realización de esta investigación se tomaron como apoyo conceptos y estudios médicos que tratan el tema de aborto y SIDA; asimismo estudiaremos los delitos más comunes ocasionados en el caso del nacimiento de un enfermo de S.I.D.A.

Y por último abordaremos los beneficios del aborto practicado en la etapa de organogénesis.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Al empezar este capítulo describiremos en forma general qué se entiende como aborto, así como sus tipos, para que de esta manera ubiquemos la importancia que tiene el tomar en cuenta el momento adecuado en que la mujer puede abortar sin ningún riesgo o peligro para ella (organogénesis); en el caso de que la mujer esté afectada por el VIH. Así mismo hablaremos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), sobre la relevancia que ha tenido en materia legislativa a través del tiempo, así como la manera que ha influido tan negativamente en nuestros días.

El tema que nos ocupa no afecta únicamente a México, sino que tiene en la actualidad, lo mismo que en épocas anteriores un carácter universal, dado que la problemática por las características de la enfermedad (hablando en relación a sus formas de contagio) no puede ser concentrado en una sola región. Si tomamos en cuenta que las personas cambian de lugar por diferentes motivos, llegamos a la conclusión de que se convierten en focos ambulantes de infección.

Es verdad que en esta época el problema se ha agravado, ahora es más frecuente saber de mujeres, hombres y niños infectados; a estos últimos son a los que nos referiremos en la presente tesis.

Es importante hacer conciencia del sufrimiento tan doloroso que padecen estas criaturas inocentes hoy día así como los sentimientos de culpa y aflicción que se generan en los padres de éstos.

1. DEFINICION DE ABORTO

La palabra aborto se deriva del latín "abortivos", la cual significa nacido antes de tiempo.

Aborto es una palabra compuesta de dos voces "ab" que significa privación, y "ortus" que quiere decir nacimiento.¹

Carrara, define al aborto (feticidio), "como la muerte dolosa del feto dentro del útero, o como su violenta expulsión del vientre materno, de la que sigue la muerte del feto".²

¹ Cfr.: Goldstein, Raúl. *Diccionario de Derecho Penal Comparado*. Edit. Omeba, Buenos Aires, 1962.

² *Programa de Derecho Criminal*. Vol. I, Bogota, Edit. Temis, 1977, Pág. 340

Rodríguez Devesa, manifiesta también "que el aborto consiste en la muerte del feto mediante su destrucción en el seno materno o por su expulsión prematuramente provocada".³

Por su parte **Soler** dice, "que toda acción destructiva de la vida, anterior a ese momento, es calificada de aborto, sea que importe la muerte del feto en el claustro materno, sea que la muerte se produzca como consecuencia de la expulsión prematura".⁴

Así mismo el maestro **Cuello Calón** lo define "como la destrucción o aniquilamiento del fruto de la concepción en cualquiera de los momentos anteriores a la terminación de la preñez".⁵

Sin embargo, para poder precisar el significado del término aborto consideramos que debemos analizarlo desde otros ángulos, que son el médico y el jurídico.

³ **Derecho Penal Español**. 6a. ed. Impreso en Gráficos Carasa. Madrid, 1975, Pág. 77.

⁴ **Derecho Penal Argentino**. Tomo II, 8a. Ed., Edit. Tea, Buenos Aires, 1978, Pág. 91

⁵ **Derecho Penal**. 15a ed. Tomo II, España, Bosch Casa Editorial, 1975, Pág. 1090

1.1.- Aborto: Aceptación Médica.

Aborto es la interrupción espontánea o provocada de la gravidez, seguida o no de la expulsión del embrión, antes de que el nuevo ser haya adquirido en el útero materno la vitalidad, o sea la capacidad de poder continuar viviendo por sí mismo fuera del seno materno.

En atención a la ley penal el nuevo ser es considerado viable, es decir capaz de sobrevivir, cuando han pasado 180 días a partir del último ciclo menstrual de la madre y para que se considera aborto debe ocurrir la interrupción del estado gravídico antes de este límite.⁶

1.2.- Aborto: Aceptación Jurídica.

En sentido legal, es la interrupción violenta del proceso fisiológico del desarrollo del feto, hay aborto siempre que el producto de la concepción es expedito del útero antes de la época determinada por la naturaleza, el delito consiste en el uso voluntario de medios idóneos para producir un mal parto o la arriesgada anticipación del mismo, con el fin inmediato, de que muera el feto.⁷

⁶ Cfr.; Segatore, Luigi. *Diccionario Médico*. Traduc. Rafael Ruiz L. 5a. ed. Barcelona, Edit. Teide, 1975.

⁷ Cfr.; Goldstein, Raúl. ob. cit.

Conforme al artículo 329 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común, y para toda la República en Materia de Fuero Federal (en adelante Código Penal), el aborto es: "La muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez".

De tal forma podemos darnos cuenta de que a pesar que los tratadistas definen el aborto de distintas maneras, en el fondo sus conceptos centrales coinciden entre sí, pues mantienen como característica peculiar del delito de aborto la terminación del desarrollo normal de la vida que se está gestando en el vientre materno.

2. TIPOS DE ABORTO

Por lo que respecta a la clasificación del aborto el Código Penal, en su Título Décimo Noveno, en relación delitos contra la vida y la integridad corporal, en su capítulo VI, regula y sanciona el aborto, clasificándolo como una práctica ilícita y punible, o bien como práctica lícita y no punible.

2.1.- Abortos Punibles.

Son los que se encuentran penados por las leyes, y que también se conocen como aborto ilegítimo, ilícito o criminal.

Dentro de los abortos punibles el Código Penal tipifica las siguientes prácticas abortivas:

2.1.1.- Aborto Consentido.

El aborto consentido: "Es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, realizada por un tercero con el consentimiento de la mujer grávida".⁸

Dentro del primer tipo de esta clasificación, nuestro Código Penal, lo contempla en el artículo 330, que a la letra indica, "Al que hiciere abortar a una mujer se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella".

2.1.2.- Aborto Sufrido.

Por aborto sufrido debemos entender "la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, sin o contra el consentimiento de la mujer grávida".⁹

⁸ Porte Petit, Celestino. *Dogmática sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal*. 10a. ed. México, Edit. Porrúa, 1994, Pág. 434.

El Código Penal en el artículo 330 en su último párrafo indica: "Cuando faltare el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión".

2.1.3.- Aborto Procurado.

El aborto procurado voluntariamente o consentido por la madre, es aquel que se define como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, llevada a cabo por la mujer en ella misma, lo cual quiere decir que la mujer por sí misma realice en su cuerpo las maniobras abortivas o se administre los medios que causen el aborto; y que ella lo perpetre con voluntad y conciencia de abortar.

El Código Penal tipifica el aborto procurado en su artículo 332 primera parte indicando: "Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I.- Que no tenga mala fama.
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo; y .
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

"Faltando alguna de las circunstancias mencionadas se le aplicarán de uno a cinco años de prisión".

2.1.4.- Aborto Honoris Causa.

Respecto al aborto "honoris causa", el cual se realiza por concedérsele una relevancia especial al "buen nombre de la madre", su fama y prestigio sociales y la determinación de aquélla en el sentido de suprimir la vida del producto a cambio de preservar su propio buen concepto público.

Dentro del Código Penal, en su artículo 332 segunda parte se tipifica el aborto honoris causa en sus tres párrafos que a la letra dicen: "Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consciente en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I.- Que no tenga mala fama;**
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo, y**
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.**

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas se le aplicarán de uno a cinco años de prisión".

2.2.- Abortos no Punibles.

Es aquel que carece de sanción o se encuentra autorizado por la legislación, también se le denomina aborto legítimo o ilícito, pero preferimos utilizar el término no punible, en virtud de que se manifiesta que a pesar de generarse un ilícito éste carece de pena.

Dentro del Código Penal, siguiendo los lineamientos de la doctrina moderna, señala en el artículo 333 "que no será punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o bien cuando el embarazo sea el resultado de una violación así también en su artículo 334 permite el aborto cuando, de no provocarse corra peligro de muerte la mujer embarazada".

A continuación mencionaremos tres formas distintas de aborto provocado declarado no punible, las cuales se encuentran tipificadas en el Código Penal dentro del capítulo correspondiente.

2.2.1.- Aborto Causado sólo por Imprudencia de la Mujer.

El Código Penal contempla la no punibilidad del aborto por esta causa en su artículo 333, primera parte al indicar "No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada".

Sobre el particular podemos decir que el aborto imprudencial constituye una excusa absolutoria, ya que al estarse en presencia de la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, por causas ajenas a su normal desarrollo embrionario y fetal constituye al hecho contemplado como delito de aborto en el Código Penal, en su artículo 329, es decir, en el aborto imprudencial el delito se configura e integra, pero la excusa absolutoria contemplada, tiene como espíritu legislativo, evitar graves trastornos físicos, psicológicos, sociales, etc. a la mujer que en sí es la primera en lamentar su maternidad frustrada.

2.2.2.- Aborto Practicado cuando el Embarazo sea el Resultado de una Violación.

En el Código Penal, en su artículo 333 lo regula, al indicar: "No es punible el aborto, cuando el embarazo sea resultado de una violación".

Pensamos que este tipo de aborto que es causado por una violación trae consigo consecuencias que la mujer que resulte embarazada tenga ciertos problemas psíquicos y morales; y deba de soportar interrogatorios y exámenes; y lo peor de todo es el tiempo en que dura la averiguación previa correspondiente, pues para entonces, la mujer ya desistió de su intención, o bien ya transcurrió el tiempo adecuado para que se le practique el aborto sin

graves riesgos para su vida; por tal motivo, la mujer opta por continuar con su embarazo para no poner en riesgo su integridad física.

2.2.3.- Aborto Practicado cuando Corra Peligro de Muerte la Mujer Embarazada.

El Código Penal, tipifica la práctica de este tipo de aborto en su artículo 334 que a la letra indica: "No se aplicará sanción; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

"Si a juicio del médico la demora acarrea peligro de muerte corresponde a él solo el de decir que procede el aborto, lo que implicaría que el aborto sería lícito".¹⁰

El maestro Raúl Carrancá y Trujillo señala que este tipo de aborto constituye otro caso específico de estado de necesidad: La causa especial de justificación deriva de un conflicto entre dos distintos intereses protegidos ambos por el derecho; la vida de la madre y del ser en formación. Cuando la embarazada víctima de una enfermedad incompatible con el desarrollo normal

¹⁰ Carrancá y Trujillo Raúl. Código Penal Anotado. 6a. ed. México, Edit. Porrúa, 1976, Pág. 785.

de la gestación, como ciertas formas de la tuberculosis, vómitos, afecciones cardiacas u otros males, se encuentra en peligro de perecer de no provocarse un aborto médico artificial con sacrificio del embrión o feto, la ley mexicana resuelve el conflicto autorizando al médico para que a su juicio y oyendo el dictamen de otro facultativo, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora, provoque el aborto.¹¹

3. DEFINICION DE ETAPA DE ORGANOGENESIS

Etimológicamente, según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas define "a la organogénesis como el desarrollo o crecimiento de los órganos".¹²

Para poder explicar la etapa de organogénesis nos remontaremos a la tercera semana del embarazo en donde se forman tres capas germinativas (ectodermo, mesodermo y endodermo embrionarios); en la que se originarán todos los tejidos y órganos del embrión. Además se pueden originar otros tejidos de estas capas germinativas bajo diferentes influencias normales o experimentales; es decir, que la especificidad de las capas germinativas no está fijada rígidamente. Las células de cada capa germinativa se dividen, migran, se

¹¹ Cfr.; *Ibidem*. Pág. 789.

¹² 12a. ed. México, Edit. Salvat, 1984.

juntan y se diferencian siguiendo modelos bastante precisos, en la medida en que van formando los diversos sistemas orgánicos. Los tejidos que se desarrollan a partir de las diferentes capas germinativas se asocian en general a la formación de un órgano determinado (Organogénesis).

Los principales derivados de las capas germinativas son los siguientes:

Ectodermo.- Esta capa da origen al sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal), al sistema nervioso periférico, al epitelio sensorial del ojo, del oído y de la nariz, a la epidermis y sus anexos (pelos y uñas), a las glándulas mamarias, a la hipófisis, a las glándulas subcutáneas así como al esmalte de los dientes.

Las células de la cresta neural, derivadas del ectodermo, dan lugar a lo siguiente: a las células de los ganglios craneales, espinales y autónomas; a las vainas celulares del sistema nervioso periférico; a las células pigmentarias de la dermis; a los músculos, al tejido conectivo y a los huesos que tienen origen en los arcos bronquiales; a la médula suprarrenal y la piaraenoides (leptomeninges).

Mesodermo.- Esta capa origina cartilagos, huesos y tejido conectivo, músculos estriados y lisos, corazón, sangre y vasos linfáticos, así como a

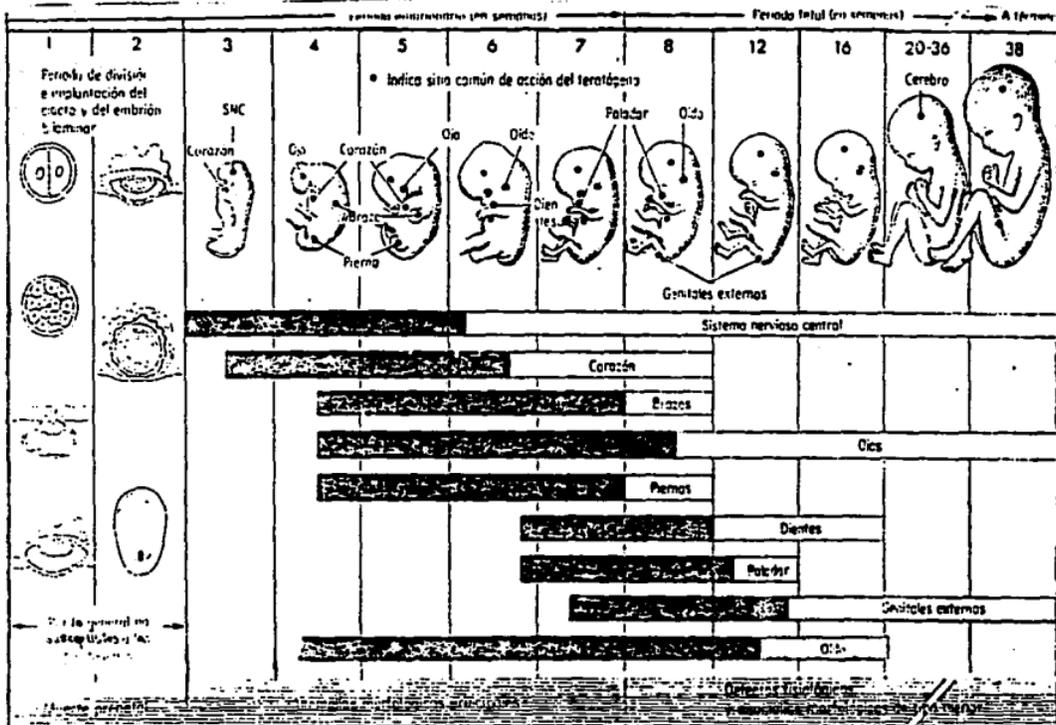
células linfoides, riñones, gónadas (ovarios y testículos), y a los conductos genitales, membranas serosas que recubren las cavidades del organismo (pericárdica, pleural y peritoneal), bazo y corteza de la glándula suprarrenal.

Endodermo.- Esta capa origina el revestimiento epitelial del tubo digestivo y vías respiratorias parénquima de las amígdalas, glándula tiroidea, paratiroides, timo, hígado y páncreas, revestimiento epitelial de la vejiga urinaria de la uretra, y el revestimiento epitelial de la cavidad timpánica, del antro timpánico y del conducto auditivo.¹³

A continuación se hace la representación esquemática de los períodos sensibles o críticos del desarrollo humano. Nótese que cada órgano o estructura tiene un período, durante el cual se desarrollan. De la primera semana a las doce, comprende la Etapa de Organogénesis. (Véase Fig. No. 1).

¹³ Cfr.; Moore, Keith L. Dr. *Embriología Básica* 2a. ed. Nueva Editorial Interamericana, 1988, Pág. 56.

Fig. No. 1 Esquema del Desarrollo Humano 14



Al llegar a la quinta semana, el embrión tiene únicamente una longitud de 6 mm, pero a partir de ahora el nuevo ser crece muy rápidamente y aumenta una longitud igual en una sola semana. Su aspecto es el de un renacuajo. Ello se debe a que el crecimiento está más acelerado en los tejidos del dorso que en los ventrales, donde se implanta el cordón umbilical.

Los esbozos de los miembros son ahora muy claros, especialmente los correspondientes a los brazos, los primeros en individualizarse. La cabeza, debido al arqueamiento general del embrión, aparece como flexionada sobre el vientre. En este momento aún no es posible identificar ningún rasgo facial.

El cuerpo del embrión se transforma rápidamente. En el transcurso de la sexta semana será posible distinguir en su cabeza el embozo de los ojos, de los oídos y de las fositas olfatorias. La primitiva hendidura bucal se tabica en dos para constituir la boca propiamente dicha y las fosas nasales, que a su vez quedarán separadas entre sí gracias al tabique nasal. El cerebro aumenta rápidamente de dimensiones exagerando aún más la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo.

El corazón embrionario bombea con fuerza la sangre, no sólo la correspondiente al pequeño territorio circulatorio del embrión, sino también la correspondiente a la complicada vascularización placentaria. Al inicio de la

séptima semana, el embrión mide ya 2 cm. Al finalizar la misma habrá ganado otros 5-6 mm de longitud, y ya no será un embrión, sino un feto. En el curso de estos siete días el embrión completa la formación de todas las estructuras primarias, ya que a partir de la octava semana lo único que hará el feto será crecer y perfeccionarse.¹⁵

A las 10 semanas su aspecto es ya claramente humano. El cerebro del niño se recubre de huesos protectores, formándose el cráneo. No obstante, estos huesos no se sueldan entre sí, ya que el cerebro no ha adquirido aún su tamaño definitivo, y el cráneo debe ser flexible para poder pasar a través del canal del parto.

Al finalizar el tercer mes la talla aproximada es de 16 cm, y el peso aproximado de 90 gr.

Como podemos observar dentro de la Etapa de Organogénesis da origen a la formación de la mayoría de los órganos y tejidos del embrión, la cual va a permitir el desarrollo fetal hasta el término del embarazo.

¹⁵ Biblioteca Salvat de Grandes Temas. *El Nacimiento de un Niño*. Edit. Salvat, Barcelona, 1975, Pág. 42.

4. DEFINICION DE SIDA

Para iniciar debemos hablar primeramente de los antecedentes que dieron origen a esta enfermedad conocida con el nombre del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Exactamente nadie sabe cual fue el origen del virus, ni en que momento se convirtió en un microbio peligroso para el hombre, sólo se cree que los primeros casos de SIDA, quizá ocurrieron hace algunas décadas, y los médicos que veían un enfermo de SIDA, se extrañaban ante las características del cuadro clínico como un caso aislado.

4.1. Origen del SIDA.

En Zaire, en 1959, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años cincuentas.

En 1969, un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri con Sarcoma de Kaposi (cáncer) originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, aparece en individuos mayores de

60 años de origen mediterráneo, que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metástasis a órganos internos. La forma "epidémica" está relacionada con el SIDA, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo y tiende a dar metástasis¹⁶ a órganos internos e infecciones oportunistas.

La muerte de una familia noruega en 1976. El padre presentó desde 1966 un cuadro clínico de infecciones respiratorias recurrentes, murió en abril de 1976. La madre presentó desde 1967 infecciones recurrentes. A partir de 1973, el cuadro empeoró, con diagnóstico de leucemia, y un cuadro neurológico progresivo, murió en diciembre de 1976. La niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió en enero del mismo año. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de ELISA (estudio inmunológico que permite diagnosticar infecciones por diversos gérmenes como virus) y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1977, un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA.

¹⁶ Se da este nombre a la reproducción de un padecimiento por aparición de nuevos focos en una enfermedad.

En 1978, se conocen de cinco casos con Sarcoma de Kaposi, por lo que al darse a conocer la característica principal entre éstos era de que ellos eran homosexuales; en junio de 1981 se publicó acerca de estos casos en los que presentaron neumonía por *Pneumocystis carinii*-germen oportunista responsable de la infección más caracterizada del SIDA, ellos habían iniciado parte de su padecimiento desde 1980, el brote ocurrió cuando la comunidad homosexual había disfrutado una libertad nunca antes experimentada.¹⁷

Así también, en observaciones en África sobre primates salvajes (monos verdes) o con buena salud, demostraron que su sangre contenía anticuerpos que reconocían las proteínas del virus del SIDA humano. Estos estaban infectados por un virus humano pero algo diferente del macaco, lo mismo ocurrió en el caso del mono mangabeys, otro primate africano, la existencia del mono fue demostrada por medio de reacciones serológicas cruzadas y de análisis moleculares, se estableció el parentesco entre el virus humano del SIDA que se encuentra en África Occidental y el virus descubierto en el mono.

Esto ha permitido otras hipótesis referentes al origen del SIDA.

Pudo ocurrir por una mordida o por una absorción de cecina de mono, ya que este tipo de carne se vende en los mercados africanos.

¹⁷ Cfr.; Daniels, Víctor G. "SIDA". Edit. El Manual Moderno, México, 1985, Pág. 70.

El virus en estado seco resiste más tiempo. Es posible que un individuo con una lesión en la boca, haya sido contagiado; hoy día no se encuentran casos de seropositivos entre los cazadores de monos del Senegal.

También se cree que al pasar de la adolescencia a la madurez, se sacrifica al mono y con el mismo cuchillo se hacen tatuajes en la piel.

Se piensa que los "estadounidenses, al haber formado parte en la paz que mandó la ONU a Zaire después de su independencia del país en 1960, algunos pudieron haber sido contaminados por el virus. Asimismo al llegar a ese país haitianos, existe la posibilidad de que los viajes por avión de homosexuales aeromozos con zaireños originó que se expandiera esta enfermedad".¹⁸

Asimismo otra hipótesis señala "la semejanza entre el VIH con el virus linfotrópico T-III de chimios (STLV-III) el cual fue aislado del ceropithecus aethiops. De acuerdo a esta hipótesis, este virus se humanizó y originó al VIH, sin embargo, no es patógeno en el mono verde".¹⁹

Parece probable que la epidemia se haya originado en Africa según el resultado del análisis retrospectivo de sueros, iniciándose la transmisión del

¹⁸ Idem. 71

¹⁹ Balletnti Joseph A. "Inmunología". Edit. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 213, Washinton, 1988.

virus en los años cincuentas. La considerable mescolanza poblacional ligada a la guerra civil Zaireña y el aumento importante de los viajeros y la promiscuidad sexual con la afluencia humana a las grandes ciudades posiblemente hayan conferido carácter epidémico a la difusión del virus. Luego el virus habría tenido terreno propio para su propagación. También cabe suponer que este virus haya variado en viruela y tropismo, pero esto no es muy certero puesto que pudo haberse producido simultáneamente en varios lugares a la vez.

"Durante varios años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección en la región de Africa Central de aquí pasó al Caribe, Haití, Estados Unidos y a Europa a finales de los setentas".²⁰ El origen del SIDA se ha vuelto objeto de intensa controversia internacional, lo cual se desconoce verdaderamente sobre el origen de este mal.

4.1.- Concepto Doctrinal.

El SIDA: "es la abreviatura del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una enfermedad rara identificada hasta fecha reciente. Es una afección grave que deprime la resistencia normal del cuerpo a infecciones y otras enfermedades. El SIDA es causado por un virus, pero no parece transmitirse por

²⁰ Gaceta CONASIDA.- Noviembre-Diciembre 1987, año I, Págs. 6 y 7.

contacto ordinario".²¹ Siendo esta definición de las primeras no hay en ésta una seguridad de la transmisión del virus por el contacto casual.

El Centro de Control de Enfermedades lo define así: "1... La presencia de una enfermedad diagnosticada en forma confiable, tales como neumonía por pneumocystis carinii, o sarcoma de Kaposi, que señalan una deficiencia inmunológica no es debido al uso de drogas, ciertos tipos de cánceres, enfermedades congénitas u otras causas conocidas".²² Esta definición como algunas otras, relacionan el SIDA con las enfermedades oportunistas que atacan a la persona con SIDA, entre 1982 y 1985 se descubrió el HIV (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se desarrollaron técnicas para localizar la presencia de anticuerpos HIV y se reconocieron otras enfermedades relacionadas con el virus. Por consiguiente, en 1985, el Centro de Control de Enfermedades amplió la anterior definición clínica con objeto de incluirlo de esta manera:

"El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) resulta de una falla de la capacidad del Sistema Inmune de resistir ciertos tipos de infecciones causadas por virus, hongos, parásitos y microbacterias (parecidas al agente causal de la tuberculosis) además la resistencia a ciertos tipos de cánceres

²¹ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. ¿Qué es el SIDA?. Pág. 69.

²² Ibidem. Pág. 70.

también se ve disminuida".²³ Como se puede observar, conociendo la enfermedad y sabiendo que tipos de microorganismos atacan al cuerpo afectado por el SIDA, es decir que lo encuentran sin defensa alguna y por lo tanto aunque sean enfermedades que afectan a personas normales, no portadoras del SIDA, no le afectarán para nada; sin embargo, a las portadoras del virus lo podrán llevar incluso hasta la muerte.

Los autores Keneth G. Castro Ann, Hard y otros, en un trabajo conjunto definen el SIDA como: "Una enfermedad muy grave causada por retrovirus linfotrópico T humano".²⁴ Finalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta 1983 adopta una postura respecto a la enfermedad y señala "El SIDA es un Síndrome que se expresa por cierto número de enfermedades cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza. Evoca una deficiencia de la inmunidad celular que no tiene causa anterior conocida, es adquirida, al igual que las anteriores definiciones no se ha logrado dar una definición con bastante certeza, ya que los investigadores la desconocen y es imposible dar una definición a lo desconocido, aunque de todos, se podría decir que el SIDA es una enfermedad hasta ahora incurable, causada por retrovirus linfotrópico T humano y que afecta al sistema inmunológico dejando al cuerpo sin defensa alguna y, que cualquier enfermedad podría atacar al cuerpo inmune y llevarlo

²³ *Idem.*

²⁴ *Ibidem, Pág. 71.*

hasta la muerte (enfermedades oportunistas), además, sino que se transmite por medio del contacto directo e íntimo con personas portadoras del SIDA, como lo pueden ser mediante las relaciones sexuales, con agujas contaminadas, plasma y órganos infectados o por medio de la vía trasplacentaria.

Ahora, es necesario analizar el vocablo **SIDA**, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas, los cuales son indicativos en una enfermedad. Los signos son padecimientos y efectos exteriores, es decir visibles de la enfermedad. Los síntomas son una alteración interior que también, son un efecto indicativo de una enfermedad.

Inmunodeficiencia: Se debe manifestar que el cuerpo humano posee un sistema de defensas que se encargan de proteger al hombre contra posibles infecciones virales. Al penetrar algún virus o bacteria al cuerpo humano, de inmediato el sistema inmunitario ataca a dichos microorganismos hasta destruirlos, sin embargo, el sistema inmunológico es tan exacto que, si por alguna causa se disminuye la producción de defensas que son los "linfocitos T cooperadores" ocasiona que haya una disfunción y por ende, el nivel de defensas baje, así como su fuerza, y sean blanco de muchos ataques por parte de microorganismos.

El término **Inmunidad** debe entenderse como la resistencia natural a una enfermedad, por lo tanto si se habla de una inmunodeficiencia, se alude a una falla en el sistema defensivo del sujeto, a un problema en la resistencia de alguna enfermedad.

Por último el término **Adquirida** por que dicha falla del sistema de defensas no es fortuito, sino que se debe a una infección por virus, cuya especie es sumamente rara, y que resulta nueva, es una mutación que tiene como función el destruir a las defensas, cosa rara en cualquier otro organismo.

Las etapas por las que cursa la enfermedad se dividen en cuatro y son:

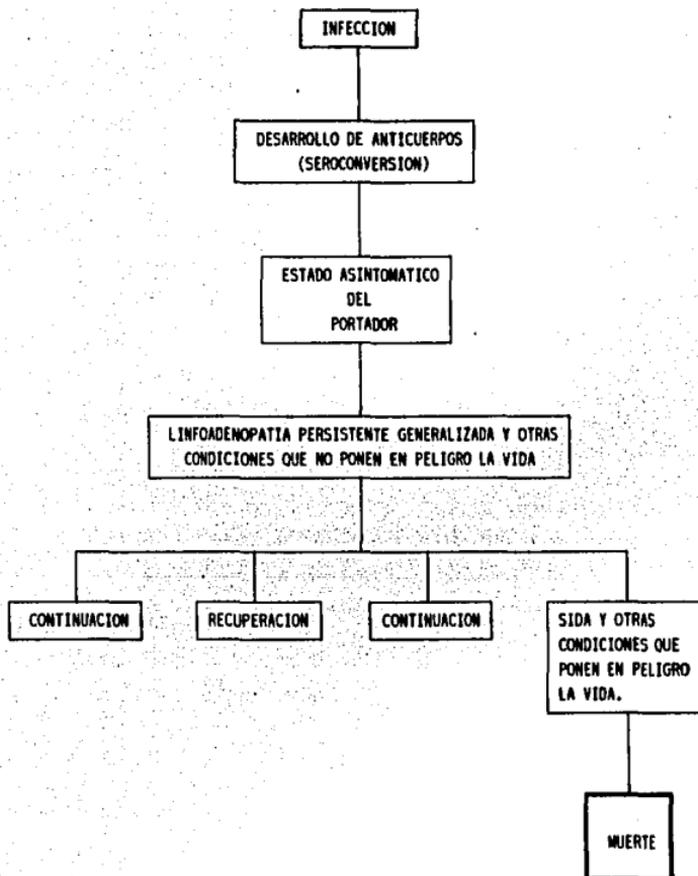
PRIMERA: Cuando el VIH entra al torrente sanguíneo y estimula una reacción inmunológica y el desarrollo de anticuerpos. Pero en este período las personas infectadas no presentan síntomas y además lo ignoran (no obstante, es probable que todos los que están infectados, tengan síntomas o no, puedan transmitir el virus a otras personas).

SEGUNDA: En estado asintomático del portador, la persona infectada tiene anticuerpos, pero no presenta señales manifiestas de la enfermedad (no está muy claro hasta que tiempo puede una

persona ser asintomático, ya que suele ser imposible desde cuando comenzó esta enfermedad).

TERCERA: Para algunos la linfadenopatía persistente generalizada, sola o acompañada de otros síntomas, constituye la etapa intermedia entre el comienzo de la infección y el SIDA (en esta etapa la persona desarrolla síntomas tales como linfadenopatía persistente generalizada, síndrome de linfadenopatía, prodromo de SIDA, inflamación de ganglios linfáticos en dos zonas extrainguinales, por un período de más de tres meses, fiebre, sudoración, dolores, fatiga inexplicable, pérdida de peso, náuseas, diarrea, herpes).

CUARTA: El SIDA es la etapa final de la infección con el VIH, se caracteriza por infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida (infecciones que padecen sólo las personas con inmunodeficiencia) y, cánceres que ocurren en individuos que de no haber mediado tal circunstancia sufren defectos inexplicados en el sistema inmunológico (estas enfermedades se producen porque los enfermos han perdido todas sus defensas naturales contra ciertas infecciones y se encuentran imposibilitados de rechazarlas) (véase esquema No. 1).



Historia Natural de la Infección con el VIH²⁵

²⁵ Population Reports, Temas sobre Salud Mundial Pág. 8.

4.2. Desarrollo del SIDA.

Debido a que la enfermedad la descubrieron cuando aislaron a cinco pacientes homosexuales y vieron que padecían de *Pneumocystis Carinii* (ataca los pulmones: neumonía) o bien sarcoma de Kaposi (cáncer en la piel), y que su sistema inmunológico estaba completamente débil por no decir que sin ninguna resistencia, actualmente se sabe que el resultado de la respuesta inmune inducida por el primer contacto con el agente infeccioso y que es llevada a cabo por proteínas plasmáticas llamadas anticuerpos (respuesta inmune humoral), y por células especializadas conocidas como linfocitos sensibilizados (respuesta inmune celular), al mismo tiempo la respuesta inmune posee cuatro características que la diferencian de cualquier otro fenómeno biológico. En primer término, la respuesta **Inducible** debido a que sólo se presenta cuando una sustancia inductora, llamada antígeno penetra en el organismo. En segundo lugar, la respuesta es **Específica** y un sujeto inmunizado con antígeno dado no presenta inmunidad para otro antígeno diferente. La tercera característica es la **Memoria** que se refiere al hecho de que el segundo contacto con un determinado antígeno da por resultado una respuesta más rápida y vigorosa (respuesta secundaria) que en la primera ocasión (respuesta primaria). Finalmente la respuesta inmune puede ser **Transferible** de un sujeto inmune a otro que no lo es, ya sea por medio de suero que contenga anticuerpos o de

linfocitos sensibilizados.²⁶ Vagando un poco hacia nuestro cuerpo humano cabría hacer mención y definición de lo que son los **Antígenos**: "Los agentes capaces de inducir una respuesta inmune".

Los Linfocitos: "Son células centrales del aparato inmunocompetente". Esta célula en la etapa embrionaria se originan en saco vitelino, hígado y bazo y más adelante solamente en médula ósea, sitio donde migran y colonizan otros órganos. Los que llegan al timo, se diferencian funcionalmente en una población llamada **linfocitos T** capaces de llevar a cabo ciertas funciones inmunológicas conocidas como inmunidad celular.

Existe otra población que para su diferenciación no requiere del timo, en las aves, éstas se llevan a cabo en la bolsa de Fabricio, órgano que no existe en los mamíferos y cuyo equivalente funcional aún está por identificarse aunque se sospecha que sea la misma médula ósea. Estos últimos **linfocitos** se llaman **B** y son los precursores de las células formadoras de anticuerpos mediadores de la inmunidad humoral. La inducción a la respuesta inmune.²⁷

El establecimiento de la respuesta inmune requiere de la interacción de varios tipos de células que colaboren entre sí. Todo parece indicar que para el

²⁶ Cfr.; Oldiz G. "SIDA la Epidemia que Afecta a Todos". 2a. ed. México, Edit. Diana, Pág. 60.

²⁷ Cfr.; Ibidem. Pág. 61.

inicio de la respuesta es necesario alguna modificación en la estructura o presentación del antígeno, efectuada por los macrófagos. Posteriormente intervienen los linfocitos, de los cuales como ya se señaló se conocen dos variedades T y B los linfocitos T o timo dependientes requieren de la presencia de dicho órgano linfoide para adquirir la aptitud de responder a ciertos antígenos, dar origen a los linfocitos sensibilizados y cooperar con los B.

Los linfocitos B se diferencian como tales en la bolsa de Fabricio de las aves o el algún otro órgano linfoide en los mamíferos, muy probablemente la médula ósea. Ambos tipos de linfocitos colonizan los órganos linfoides periféricos, ganglios linfáticos, bazo, amígdalas, apéndice, etc., distribuyéndose, no al azar sino en áreas particulares. Además estos linfocitos están constantemente recirculando lo cual provoca tanto su contacto con los antígenos como sus interacciones. Para la respuesta inmune celular parece que sólo intervienen los macrófagos y los linfocitos T, en tanto que para la respuesta inmune humoral con la mayoría de los antígenos se requiere la participación de los macrófagos, una subpoblación de linfocitos T y los linfocitos B (cooperadores). Tanto la respuesta celular como la humoral, los linfocitos que han entrado en contacto con los antígenos sufren modificaciones en su metabolismo y tienen alteraciones morfológicas. La respuesta inmune se autoregula a través de diversos mecanismos, siendo el más importante el efectuado por una subpoblación de linfocitos T conocida como T supresora.

Respuesta Inmune Humoral: Se conoce como respuesta inmune humoral a la que es mediada por anticuerpos que son glicoproteínas solubles producidas por células plasmáticas y que muestran una alta especificidad hacia el antígeno inductor. Los anticuerpos pueden reconocer el antígeno que indujo su formación, aún en presencia de otra molécula. Cuando la reacción antígeno-anticuerpos se realiza en un organismo viviente, se desencadena una serie de acontecimientos que conducen a la eliminación del complejo formado. Puede bastar la interacción para neutralizar la actividad biológica del antígeno, como es el caso de algunos virus, toxinas y venenos (neutralización). Si el antígeno forma parte de una célula la unión con su anticuerpo no neutraliza la actividad celular.²⁸

Pero pueden desencadenarse diversos fenómenos biológicos que llevan a la eliminación de la célula "fagocitosis" (función de englobamiento de algunos leucocitos. O viene a ser la comida de las células). Por otra parte, algunos anticuerpos al combinarse con su antígeno activan secuencialmente a una serie de proteínas plasmáticas, conocidas como **sistema del complemento**. El complemento es un formidable efector y amplificador de la respuesta inmune y participación en la eliminación gérmenes es de gran importancia, sin embargo, es el mismo complemento el que puede activarse en forma exagerada y conducir a las reacciones de hipersensibilidad, en las que hay destrucción de

²⁸ Cfr.; Ibidem. Pág. 75.

células y tejido del propio organismo. La respuesta humoral puede tener fallas en cuanto a su expresión o su regulación y conducir a estados patológicos conocidos como la hipersensibilidad inmediata, presentándose reacciones en pocos segundos.

Debido a que nuestro cuerpo humano es tan complejo como lo es a su vez el SIDA y siendo tan basta la información que se maneja, ampliamente se explicó anteriormente la manera en que afecta la enfermedad al cuerpo, pero dejando al final la información sobre el Sistema Inmunológico y SIDA. Este es el sistema inmunológico que defiende al cuerpo de las infecciones, así como de algunos cánceres. Se compone de células blancas, nódulos linfáticos, y conductos linfáticos. Existen cinco tipos primordiales de células blancas sanguíneas y todas tienen como función principal defender al cuerpo de las infecciones o destruir invasores extraños. Entre los diferentes tipos de células blancas se encuentran los linfocitos, componentes importantes del Sistema Inmunológico. Los linfocitos (glóbulos blancos) son las células más infectadas por el SIDA. Su función es la de identificar a los invasores extraños que no son parte de los componentes normales del cuerpo antígenos, y de luego provocar respuestas inmunes que dan resultado la destrucción y eliminación de tales antígenos.²⁹

²⁹ Cfr.; *Ibidem*.

Al igual que existen varios tipos de células blancas sanguíneas, existen diferentes tipos de linfocitos. Las dos clasificaciones principales son los **linfocitos T** y los **linfocitos B** así llamado debido a sus orígenes (que son el timo y la médula ósea respectivamente). Los linfocitos T participan en el control de las respuesta inmunes y hasta cierto punto, en el de los linfocitos B. Los linfocitos B se ocupan principalmente de la producción de anticuerpos (inmunoglobulinas). Las células B (linfocitos B), se llaman así por la bursa, un órgano de las aves en el que se observaron por primera vez células con función similar, las células B sintetizan anticuerpos en respuesta a un antígeno (una partícula extraña). El complejo antígeno anticuerpo que se forma inactiva al antígeno y en esta forma puede ser eliminado por otras células llamadas fagocitos.

Una vez que una célula B ha aprendido a sintetizar el anticuerpo, se divide y multiplica formando una colonia de células capaces de producir el mismo anticuerpo. Si reaparece el mismo antígeno en fecha posterior, se dispone de una colonia completa de células B para producir anticuerpos específicos contra este antígeno.

Se piensa que las células T (linfocitos T) son procesados por el timo, una glándula que se encuentra en la parte posterior al tórax, justo abajo del cuello.

Hasta la fecha se han identificado unos ocho o nueve grupos de células T. Sin embargo, dos de ellos tienen particular importancia para los comentarios sobre SIDA:

- a) **Células colaboradoras:** que ayudan a otras células de defensa inmunológica, como los linfocitos B productores de anticuerpo, a actuar contra invasores extraños.

- b) **Células supresoras:** que disminuyen la actividad de las células de defensa inmunológica.

A su vez los linfocitos T se subdividen en tres tipos: **colaboradores-T**, que estimulan la respuesta inmune, y **supresores-T**, que inhiben o limitan la respuesta inmune y, **T-citotóxicos**, directamente encargados de la destrucción de invasores extraños o antígenos. Los **T-citotóxicos** son especialmente importantes en la destrucción de hongos, protozoa, virus y ciertos tipos de cánceres. Los **linfocitos-T** se comunican a través de la liberación de sustancias químicas conocidas como linfoquinas tales como el interferón. Las linfoquinas pueden además ampliar una respuesta inmune. Los **linfocitos-T** son estimulados al ser expuestos por primera vez a un antígeno o invasor extraño. Al ser expuesto de nuevo al mismo antígeno ocasionan la producción de sustancias tales como el interferón que fortalecen la respuesta inmune. Cuando la

respuesta ya no es necesaria, las células **supresoras-T** controlan o suprimen la actividad inmune. Aunque el tratamiento de inosina pranobe como el interferón y otros tratamientos se señala que se puede "reparar" el sistema inmune dañando y en consecuencia ayudará a prevenir el desarrollo del SIDA.³⁰

Los **nódulos linfáticos**: funcionan como centro de producción de linfocitos y de eliminación de residuos extraños que se acumulan cuando los linfocitos resisten una infección. En ausencia de una infección, los nódulos linfáticos no se sienten. Sin embargo, cuando existe una infección o una reacción a una infección, los nódulos linfáticos situados cerca del lugar de la infección se agrandan y se hacen fácilmente palpables. La presencia de nódulos linfáticos agrandados se llama linfadenopatía. Los nódulos linfáticos se encuentran por encima de las clavículas en el cuello, axilas y en la ingle (véase figura No. 2).

³⁰ Cfr.: *Ibidem*. Pág. 76.

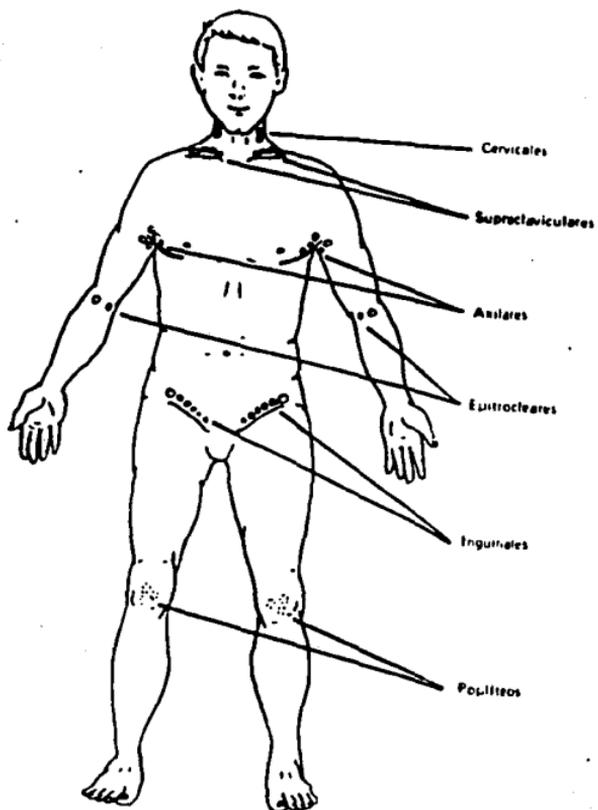


Figura No. 2. Ganglios linfáticos.³¹

³¹ Daniels Víctor G. ob. cit. Pág. 31.

La inmunidad humoral a las infecciones padecidas antes del desarrollo del SIDA no queda adversamente afectada a pesar de la asociación entre los linfocitos T y B. La capacidad de resistir la mayoría de las infecciones bacterianas (por ejemplo, una faringitis estreptocócica), sigue normal. Inclusive por razones aún no identificadas, las personas con SIDA frecuentemente presentan altos niveles de ciertos tipos de inmunoglobulinas, sin embargo, las personas con SIDA según parece, no son capaces de desarrollar anticuerpos a las infecciones adquiridas después del inicio del Síndrome, a la hepatitis B por ejemplo.

La inmunidad por intervención de las células es controlada por linfocitos y provee resistencia contra virus, hongos, protozoarios y microbacterias (como los agentes causales de la tuberculosis). El SIDA daña específicamente esta parte del Sistema Inmunológico, alterando las características, números y funciones de los linfocitos. Los linfocitos T son los principales protagonistas de este sistema y son los más seriamente afectados por el SIDA.

5. DESARROLLO LEGISLATIVO HISTORICO DEL ABORTO.

Desde los tiempos más remotos hasta nuestros días, el aborto ha sido contemplado por el derecho punitivo de diversas maneras respecto a su sanción penal: en ocasiones ha sido castigado con las máximas penas, en otras con

penalidad ordinaria y en las menos, se ha estimado pertinente la más absoluta impunidad, así mismo cada pueblo ha manejado un punto de vista de acuerdo a su idiosincracia, es decir a su manera de ser.

5.1.- El aborto en Grecia.

En la Grecia antigua, no se observa orden jurídico alguno, la sanción de los delitos se realizaba en base a la venganza privada. Posteriormente el derecho se constituyó por pensamientos filosóficos de valor jurídico, faltando la coordinación jurídica.

En relación al aborto, éste no se sancionaba, debido a la influencia de la doctrina de Zeno de Citio (estoicismo), que consideraba que el bien supremo residía en la razón, quedando indiferente ante las circunstancias externas.

Por lo anterior, al feto en gestación se le consideraba como parte del cuerpo de la madre, equiparándosele a una "víscera" de la cual podía disponer libremente la mujer, dando esto como resultado la impunidad del aborto.

Fue el pueblo ateniense el que fijó las bases de las instituciones jurídicas, dándole a la familia la importancia que como núcleo social ameritaba, empezando así la etapa de punibilidad de los delitos que atentaban contra ella,

y de manera indirecta se incriminó al aborto, por atentar contra la integridad de la familia.³²

5.2.- Aborto en el Derecho Romano.

Quizá debido a la influencia de la filosofía estoica, cuyo criterio fue considerar al feto como formando parte de las "vísceras" del cuerpo de la madre, se adoptó la política de impunidad absoluta para el autor de la expulsión de la muerte del producto de la concepción. No obstante, con posterioridad se introdujo como excepción, dentro de la posición mencionada, la tendencia de considerar punible el aborto cuando mediante él se producía un atentado contra el padre en sus derechos de paternidad, o contra la integridad o los derechos de la madre, en los supuestos de que la provocación del aborto se hiciera sin su consentimiento. Por lo que el aborto era considerado como un crimen contra el pater, dueño y señor la vida de los de la casa.

Concluyendo, la maestra Rosa Mentxaca, manifiesta: "Las primeras fuentes que hacen referencia a la punibilidad del aborto datan de finales del Siglo II comienzos del III D.C. Cuando los emperadores Séptimo Severo y Antonio Caracalla, penaron con el exilio temporal el aborto en que concurrían las siguientes circunstancias: a) que la mujer acusada del delito fuera casada o

³² Cfr.; González de la Vegá, Francisco. *Derecho Penal Mexicano (Los Delitos)*. 26a. ed. México, Edit. Porrúa, 1993, Pág. 121.

divorciada; b) que el aborto fuera realizado por la misma mujer o por una tercera persona con el consentimiento de la mujer; c) que el bien jurídico atacado fuera el interés del marido.

"Posteriormente con la influencia del cristianismo la concepción romana del aborto se modificó, concibiéndose como un delito contra la vida, penalizándose también el simple hecho de proporcionar sustancias abortivas a la mujer embarazada".³³

El concepto de aborto evolucionó en la sociedad y legislación romana del período post-clásico, en el cual se consolidan las instituciones jurídicas que se iniciaron en Atenas, pasando del período de la venganza privada, al de la punibilidad jurídica la cual se sustentó en una base moral y civil, siendo la influencia del cristianismo lo que motivó el nuevo orden de ideas respecto al aborto.

5.3.- El Aborto en el Cristianismo.

El cristianismo marca el inicio de la regulación y penalización plena del aborto, fue en la época medieval en la cual se elaboró un concepto de pecado delito, explicable en virtud de la decisiva influencia de la iglesia en la política de

³³ Citada por Jiménez Huerta Mariano. **Derecho Penal Mexicano**. 2a. ed. México, Edit. Porrúa, Pág. 143.

los pueblos. Puede decirse que el cristianismo logró la separación entre las épocas de la impunidad y de punibilidad del aborto, superando el primer criterio que privó, casi en forma general en los pueblos. En efecto, el derecho canónico dio al aborto provocado voluntariamente el carácter de delito grave y a él se debe la distinción entre *corpus formatum* y *corpus informatum*, señalada por San Agustín, para establecer la procedencia o improcedencia de la asimilación del hecho del aborto al homicidio, en el primer caso se preveía el hecho de que el feto ya estaba en condiciones de recibir el alma cuando se separara de la madre, y el segundo caso, cuando aún no había llegado a ese estado. Tal concepción determinó la capacidad del feto para recibir el alma y ser animado, por lo que dejó de ser considerado como una víscera del cuerpo de la madre y de la cual ésta podría disponer, a partir de esta etapa se le consideró y penalizó al igual que el homicidio.³⁴

Podemos resumir que el cristianismo pugnó por la penalización del aborto, a través de la historia, siendo en la etapa postclásica de Roma, en la que se logra su punibilidad, así también en ésta surge el Código de Derecho Canónico, en el cual se pena la práctica del aborto, siendo acreedora la mujer abortante, a la excomunión, negándosele el derecho a la cristiana sepultura, salvo que fuese absuelta por la Santa Sede, sanción que hoy en día continúa vigente.

³⁴ Cfr.; Pavón V., Francisco. *Lecciones de Derecho Penal*. 3a. ed. México, Edit. Porrúa, 1976. Pág. 39.

5.4.- El Aborto en el Derecho Penal Azteca.

La estricta prohibición del aborto en esta etapa, se debe en parte, al fuerte sentido de comunidad y organización del pueblo azteca, la mujer embarazada gozaba del cuidado y atención de los demás miembros de la comunidad y aquella que llegase a morir al dar a luz, gozaba de los favores y protección de los dioses.

En el pueblo azteca al aborto se le consideraba un delito que afectaba los intereses de la comunidad, su práctica fue castigada con pena de muerte, que se aplicaba tanto a la mujer como al que le ayudaba.³⁵

5.5.- El Aborto en la Colonia.

Es difícil llegar a una conclusión sobre la manera cómo el aborto era sancionado durante el largo período de la Colonia, el aborto era un delito poco frecuente durante la época precolonial, pero a inicios de la Colonia fue aumentando, la razón es sencilla, dicho delito se halla íntimamente unido a todo cambio social, económico y político.³⁶

³⁵ Cfr.; Enciclopedia Jurídica OMEBA. Tomo I-A. Edit. Driskill. Argentina, 1976. Pág. 82.

³⁶ Cfr.; Ibidem. Pág. 83.

El aborto en el inicio de La Colonia pasó inadvertido, la situación de violencia y humillación que prevalecía sobre el pueblo azteca, hicieron que no se le diera mucha importancia, posteriormente al tranquilizarse la situación, el colonizador español introduce sus dogmas basados en el derecho romano, penalizándose la práctica del aborto.

5.6.- El Aborto en el Derecho Español.

En el antiguo Derecho Español abundan las disposiciones encaminadas a la represión del aborto. Los fueros españoles lo condenaban ya, pero no fue sino el fuero el que claramente enfocó el problema del aborto. Trataba de los que dan abortivos que toman las mujeres embarazadas y las hacen abortar, etc. ahí se señalaban penas de diversas clases tales como azotes, ceguera, multa, confiscación, prisión y muerte. Esto se debió a la posición de la Iglesia y a la influencia que ésta ejercía sobre el poder español. Otra razón era que agravaba la disminución de la natalidad, ya que necesitaban impulsar el crecimiento de la población diezmada por las guerras de la reconquista.

En las Partidas aparece la curiosa distinción proveniente del Derecho Canónico, entre la muerte, del feto vivo, con alma, en cuyo caso se imponía la pena de muerte y la del feto no animado, castigándose entonces con el destierro a una isla.

Según la Biblia y las Doctrinas de Aristóteles y Plinio, aceptadas por los escritores eclesiásticos, y por las colecciones canónicas era preciso cierto tiempo después de la concepción para que el producto de la misma se formase como cuerpo listo a recibir el alma convirtiéndose en feto animado; se creía que esto tenía lugar cuarenta días después de la concepción para los varones y ochenta para las mujeres.

Felizmente, en el siglo XVII, se reaccionó en contra de muchos de estos conceptos extremistas y años después Rousseau, Voltaire, Becaria, etc. lograron modificar el criterio social y la pena se redujo, aunque subsistió.

Ya para el siglo XIX el aborto es considerado ilícito por la mayor parte de las legislaciones, y se permite tan sólo bajo muy estrictos supuestos, sin embargo, hoy en día, existe entre los legisladores una tendencia generalizada apoyada en diversos argumentos, que amplía el número de casos o situaciones bajo los cuales el aborto es considerado como ilícito.

5.7.- El Aborto en las Repúblicas Iberoamericanas.

El derecho penal de las Repúblicas Iberoamericanas es de origen latino, concretamente español, conforme a los anteriores antecedentes, el aborto es concebido desde un punto individualista, en base al dualismo Estado-Individuo,

posteriormente con el incremento del aborto, se habló de la necesidad de defender a la familia, la población y aún la nación.³⁷

Estas repúblicas adoptaron los argumentos del derecho romano en cuanto a la penalización de la práctica del aborto, individualizando casos concretos, y dándole más importancia al móvil personal en la realización del aborto.

En la actualidad la mayoría de las legislaciones consideran punible la práctica del aborto, aún cuando en algunos casos se aplican penas benignas, especialmente tratándose de abortos procurados que sean realizados con el consentimiento de la mujer, en algunas otras legislaciones como la argentina, cubana y panameña, aceptan y reconocen impunidad al aborto realizado por motivos terapéuticos, eugenésicos, económicos y cuando el embarazo sea el resultado de una violación.

6. REPERCUSION DEL SIDA EN NUESTRA EPOCA

La infección por VIH y el SIDA constituye un problema agravante que plantea la necesidad de aplicar estrategias de lucha que a su vez implican problemas jurídicos, éticos, psicológicos, sociales, económicos y morales.

³⁷ Cfr.; Ibidem. Pág. 85.

Pocas enfermedades han conmovido tanto como el SIDA. Hacía siglos que una enfermedad no provocaba tanto desconcierto, miedo, confusión y rechazo. En poco tiempo, la reacción inicial, de indiferencia, se transformó en el convencimiento de que el SIDA era sólo patrimonio de los denominados "grupos de riesgo", para desembocar luego en la idea apocalíptica de "plaga del siglo XX".

La indiferencia, particularmente de dirigentes políticos y responsables sanitarios, hizo perder un tiempo valioso. La popularización del concepto de "grupos de riesgo" promovió la marginación y la discriminación. Finalmente la "plaga del siglo XX", estimuló prejuicios, irracionalidad y pánico.

Los grupos con mayor proporción de casos de SIDA son varones homosexuales y bisexuales, toxicómanos de drogas intravenosas, hemofílicos, receptores de productos hematológicos y compañeros sexuales de personas en estos grupos. Por lo menos 39% de todas estas personas son negros o hispanos. La mayoría de las personas con riesgo o afectada por SIDA, son miembros de grupos cuyo color de piel, raza y antecedentes culturales, hábitos de estilo de vida o ambos son considerados por muchos en E.U.A. con repugnancia, temor y condena moral. Las prácticas homosexuales y el uso de drogas intravenosas son ilegales en muchos Estados, además, el racismo en ese país continúa influyendo adversamente en la existencia de mucha gente de color.

En los últimos 15 años se ha visto la llamada "revolución sexual" en las poblaciones de hetero y homosexuales. Una característica del estilo de vida de varones homosexuales en medios urbanos es tener varios compañeros sexuales; aunque este patrón es común en algunas áreas y entre algunos individuos, no es la única forma en que los varones homosexuales se relacionan unos con otros; sin embargo, los que escogen el celibato o monogamia, con frecuencia son también estereotipados como "viviendo en la vía rápida". Los varones biosexuales tienen también riesgo de contraer SIDA y pueden haber estado desarrollando actividades homosexuales en secreto manteniendo una posición decente.³⁸

Los toxicómanos de drogas intravenosas (TDIV) son menos notorios que la comunidad homosexual, pero también están sujetos a esterotipos, y no presentan cualidades que los absuelvan a los ojos de la gente; con frecuencia son pobres y provienen de grupos minoritarios y situaciones sociales caóticas. No pueden abandonar por completo sus hábitos de autodestrucción, a pesar de los esfuerzos de los familiares, amigos y profesionales de la salud. Los diagnósticos psiquiátricos son frecuentes entre toxicómanos al opio e incluyen depresión, alcoholismo, personalidad antisocial y transtornos mentales y ansiedad. Los esfuerzos educativos son difíciles debido a las actividades ilegales relacionadas con las drogas, haciendo más difícil identificar a los que están en

³⁸ Cfr.; Durham, Jerry D. y Felissa L. Cohem. *Pacientes con SIDA: Cuidados de Enfermería*. Edit. Manual Moderno S.A. de C.V. México, 1990, Pág. 101.

riesgo; además, tienen menor confianza en las autoridades. Muchos tienen una capacidad de tolerancia disminuida debido a trastornos psiquiátricos concomitantes y encontrarse drogados.³⁹

Los hemofílicos y receptores de productos hematológicos son vistos con frecuencia como "sistemas inocentes" del SIDA, y considerados en una clase aparte de homosexuales y IDIV. Sin embargo, debido a que el SIDA está estrechamente relacionado con el estilo de vida homosexual y uso de drogas, pueden también sentirse estigmatizados sin razón y no estar dispuestos a participar en las actividades de apoyo del SIDA disponibles en muchas comunidades. Ambos grupos pueden también estar molestos porque se consideran víctimas inocentes.

Los niños con SIDA son considerados como "inocentes", pero tratados con el mismo temor que a los adultos con este mal. Los problemas de asistencia al colegio son notables; algunos distritos escolares prohíben a niños con SIDA asistir a la escuela y no ofrecen alternativas adecuadas.

La problemática que se presenta en nuestra época es mundial; una de las Organizaciones más destacadas en ver la situación agravante de SIDA, es la OMS (Organización Mundial de la Salud); la cual lleva hasta el año de 1994 diez conferencias internacionales sobre SIDA.

³⁹ Idem.

En la última conferencia realizada del 7 al 11 de agosto de 1994, habló el Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud y dijo que el miedo, la indiferencia y la negación han sido los enemigos principales para la prevención efectiva contra el SIDA; pero otro factor importante que ha repercutido es la pobreza. Otro reto importante debe ser proveer del cuidado y apoyo necesarios a todas las personas afectadas por esta enfermedad.

Más de 11,000 personas de 128 países se reunieron en la ciudad japonesa de Yokohama para la conferencia, que enfocó la atención del mundo principalmente en el rápido incremento de la epidemia de SIDA tanto en Asia como en el resto del mundo.

A la fecha, el número acumulado de infecciones por HIV alrededor del mundo excede los 17 millones. Si continúan las tendencias actuales, esta cifra será mayor que el doble, alcanzando de 30 a 40 millones para el año 2000.⁴⁰

Uno de los papeles importantes en la movilización de los apoyos políticos, económicos y sociales que son urgentemente necesitados en todo el mundo para asegurar la completa implementación de nuestra estrategia global de SIDA. La OMS permanece comprometida en el fortalecimiento de su asociación con

⁴⁰ Cfr.; Boletín Mensual SIDA/ETS, EPI-CONASIDA, México, Sistema Nacional de Salud, Año 8, No. 9, Septiembre, 1994, Pág. 2749.

países, comunidades y personas que viven con SIDA. La OMS continúa también promoviendo la investigación y la accesibilidad de medicamentos y cuidados para todos, en particular para los más pobres.

Una de las regiones del mundo con mayor frecuencia de casos de SIDA es en Africa. Hasta el primer semestre de 1994, cincuenta y cuatro países africanos han notificado a la OMS 331,376 casos de SIDA. El país con mayor número de casos es Uganda con 43,875, seguido de Tanzania con 38,719, el tercer sitio lo ocupa Malawi con 31,857. Exceptuando algunas islas del Caribe, es en los países africanos, en donde en general predominan las tasas más altas de SIDA en el mundo (véase Cuadro No. 1).

POSICION	PAIS	FRECUENCIA	TASA POR MILLON DE HABITANTES
1	UGANDA	43,875	2,248
2	TANZANIA	38,719	1,365
3	MALAWI	31,857	3,723
4	KENYA	30,126	1,163
5	ZAMBIA	29,734	3,387
6	ZIMBABWE	27,905	2,785
7	ZAIRE	22,747	620
8	COSTA DE MARFIL	18,670	1,498
9	ETIOPIA	12,958	243
10	GHANA	11,629	750
	OTROS 44 PAISES	63,138	143
	TOTAL	331,376	501

Cuadro No. 1. Diez países con mayor frecuencia de casos de SIDA en Africa hasta el 1 de julio de 1994.⁴¹

⁴¹ Ibidem. Pág. 2738.

Actualmente México ocupa el cuarto lugar en el mundo de casos de SIDA. La epidemia de SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, hasta finales de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización (Véase Cuadro No. 2).

El comportamiento de la epidemia es el resultado de la conjunción de varios tipos de epidemias con diferentes velocidades de crecimiento determinadas en las diferentes localidades, municipios o entidades por: a) antigüedad de los primeros casos autóctonos de SIDA; b) medios de transmisión preponderantes; c) disponibilidad de susceptibles; y d) adopción de medidas preventivas específicas en cada población.

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1,000,000 habitantes)	RAZO N H/M	PORCENTAJE DE CASOS EN MUJERES
1983	6	0.07	6:0	0.0
1984	6	0.07	6:0	0.0
1985	29	0.3	14:1	6.9
1986	246	2.9	30:1	3.2
1987	518	6.6	12:1	7.9
1988	905	10.6	6:1	13.5
1989	1,607	18.3	6:1	15.2
1990	2,588	31.8	5:1	16.2
1991	3,167	37.9	5:1	15.4
1992	3,220	37.5	6:1	15.2
1993	5,095	58.5	6:1	14.8
1994	2,342	26.9	7:1	13.1
1983-1994	19,729	226.0	6:1	14.6
acumulado				

Cuadro No. 2. Casos nuevos de SIDA por Año de Notificación y Sexo. México 1983-1994 (hasta el 1 de Septiembre de 1994).⁴²

Por lo que respecta al Estado, surge el problema económico, que también tiene implicaciones morales. Es el caso del gasto público, del financiamiento por

⁴² Ibidem. Pág. 2740.

parte del Estado tanto de la investigación como de la cura, problema de alguna forma dramático no sólo por la situación difícil que el gasto sanitario está atravesando, sino también por las previsiones de una elevación cada vez más fuerte de los costos según se va difundiendo el SIDA. Un primer cuestionamiento es definir las prioridades en las que urgen inversiones, ya que es importante establecer que el tratamiento del SIDA es uno de los más costosos e importantes; el SIDA es un mal presente, de algún modo inevitable.

En cuanto a la inversión económica podemos destacar que se tienen que hacer investigaciones de tipo epidemiológica, terapéutica, ciencias sociales, prevención, educación, asistencia hospitalaria, asistencia domiciliada y así como, otras más. La evolución de la epidemia del SIDA, que crece velozmente, provoca no pocos problemas sanitarios en la mayor parte de los países del mundo. Al tratarse de una enfermedad nueva, las estructuras de asistencia sanitaria no están preparadas para responder debidamente a las necesidades concretas.

Los enfermos de SIDA son enfermos que se catalogan dentro del grupo de los "infecciosos" y como tales deben ser atendidos por personal sanitario suficientemente preparado e informado al respecto. Pero el número de camas disponibles se ha quedado enseguida pequeño. Cada vez son más frecuentes los títulos de los periódicos que denuncian esta situación.

El SIDA, en el presente, requiere un largo período de hospitalización. En la actualidad la media de hospitalización para un enfermo de SIDA está en unos cuatro meses, mientras en otros países es de treinta y seis días; el problema se agrava aún más cuando el paciente tiene que dejar el hospital y sus familiares no lo aceptan. Esto aumenta la problemática sobre la asistencia y de la disponibilidad de camas. La solución a dicho problema no parece requerir centros totalmente distintos, sino que cumplan los requisitos necesarios para tales enfermos.⁴³

Otro aspecto de la realidad sanitaria lo constituye la situación en las cárceles, presentándose problemas como la falta de higiene, la homosexualidad, la drogodependencia y, por lo mismo, la seropositividad y el SIDA.

Una vez planteados todos los aspectos en los cuales repercute el SIDA en la actualidad podemos considerar necesario que se establezca una definición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el plano Jurídico, ya que dicho virus o enfermedad encierra una problemática social muy alta, y no necesariamente es dentro del seno familiar, sino que también repercute política y económicamente a la sociedad.

⁴³ Cfr.: Bermejo, José Carlos. **SIDA, Vida en el Camino**. Ediciones Paulinas, España, 1990. Pág. 5.

CAPITULO II
CONSECUENCIAS DEL NACIMIENTO DEL INFECTADO
CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

En este capítulo hacemos un análisis de las consecuencias que ocasionan traer al mundo a un ser infectado con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.); nos sorprenderá ver como algunas enfermedades dan origen a problemas tanto médicos, psicológicos, familiares, sociales y sobre todo jurídicos, los cuales trataremos en el siguiente capítulo; sin embargo, la enfermedad que en el momento nos ocupa constituye un aspecto que la mayoría de las personas desconocemos y que los abogados todavía no contemplamos.

Un "sidoso" es una persona víctima no sólo de una grave enfermedad sino también en muchos casos de la discriminación, el rechazo y la marginación. Sus libertades más esenciales pueden ser cuestionadas, recortadas o puestas en peligro.

A pesar de los grandes avances técnicos y científicos, el tratamiento de enfermos se reduce a terapias específicas y concretas para combatir las enfermedades oportunistas que aparecen como consecuencia del deterioro del sistema defensivo humano, todo esto afecta a la persona en cuanto a las

relaciones con sus familiares; psicológicamente se sienten deprimidos y rechazados por la sociedad.

1. MEDICAS

El aumento del número de mujeres infectadas con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) trae como consecuencia el incremento de casos en niños, ya que una madre infectada puede contagiar a su hijo durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. A esta serie de mecanismos por los cuales se produce el contagio del VIH, se les denomina transmisión perinatal.⁴⁴

Mientras que el SIDA se ha detectado en adultos de E.U.A. a partir de 1980, no se pensó que afectara a recién nacidos y niños hasta 1983, cuando publicaron los informes del primer caso (Oleske y Cols., 1983; Rubinste y Cols. 1983). En la actualidad, es una enfermedad bien descrita en niños menores de 13 años cuyo número de casos se duplica cada año desde 1980. La transmisión del virus sigue la misma vía que en los adultos e infecta a células T colaboradoras, presentando una variedad de síntomas que difieren de los observados en los adultos.

⁴⁴ Cfr.; M.D., David J. y Weber y Cols. *American Journal of obstetrics and Gynecology*. 1990. Pág. 15.

1.1.- Signos y Síntomas.

Los recién nacidos y niños presentan una amplia variedad de síntomas, muchos de ellos son identificados en las etapas iniciales de la infección antes del desarrollo de infecciones oportunistas. Los síntomas observados comúnmente se observan en niños sanos, pero en el niño con SIDA ocurren múltiples síntomas y persisten durante el tiempo, a pesar de una terapéutica médica adecuada. La edad promedio al diagnóstico es de cuatro a seis meses, siendo la mayoría de los niños infectados diagnosticados de los cinco años (véase Cuadro No. 3).

Los niños están sujetos a infecciones por los mismos microorganismos oportunistas observados en adultos: la neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) es la observada con mayor frecuencia; también se observa citomegalovirus diseminado (CMV), esofagitis por *Candida*, *Mycobacterium avium-intracelulare* (MAI), diseminado, criptosporidiosis e infecciones virales por herpes simple. Pruebas recientes muestran también una susceptibilidad elevada a las infecciones bacterianas, probablemente como resultados de una inmunidad humoral alterada y los microorganismos incluyen salmonela. Se han observado estafilococos en lesiones y abscesos dérmico y *Escherichia coli* en infecciones de vías urinarias. Por lo tanto estos niños son susceptibles a infecciones por agentes comunes y oportunistas.

Falta de crecimiento y desarrollo

Neumonitis intersticial linfoide

Sepsis bacterianas

Candidiasis

Encefalopatía

Anemia

Diarrea

Adenopatía

Hepatosplenomegalia

Cuadro No. 3 Los hallazgos anteriores pueden presentarse en otras inmunodeficiencias y no son diagnósticos de infección HIV.⁴⁵

1.1.1.- Enfermedad pulmonar crónica.

La neumonitis intersticial sin infección oportunista, se relaciona con infección HIV en niños. Estas son raras en niños y cuando ocurren se relacionan con varios trastornos inmunes. Los cambios inflamatorios en el tejido pulmonar ocasionan una enfermedad pulmonar restrictiva con hipoxemia arterial y baja capacidad de difusión del bióxido de carbono, el diagnóstico definitivo se hace por biopsia del pulmón. En las etapas iniciales, los hallazgos físicos pueden ser

⁴⁵ Cfr.; Revista Mundo Científico. No. 60, Vo. 5, Pág. 88.

normales, pero al progresar la enfermedad puede haber tos no productiva, disnea, taquipnea, taquicardia y dedos en forma de palillos de tambor. Ya que la enfermedad es lentamente progresiva, se valora lo adecuado de la exigencia a intervalos regulares; el tratamiento puede incluir corticosteroides en ausencia de infección oportunista. Se puede exigir la oxigenoterapia suplementaria para la hipoxia grave. En niños mayores se pueden utilizar las pruebas de funcionamiento pulmonar para comprobar la respuestas a la terapia.

1.1.2.- Falta de Crecimiento.

Muchos niños son etiquetados como "faltos de crecimiento" antes del diagnóstico y la falta de crecimiento es una característica sobresaliente de la infección. El grado de incapacidad es menos significativo en niños con el complejo relacionado con el SIDA; pero la mayoría de los niños infectados se encuentran por debajo del décimo percentil de peso. La falta en el crecimiento lineal es menos grave, pero sí ocurre.

A pesar de intervenciones médicas y nutritivas agresivas, los niños no aumentan de peso lo que puede explicarse por la infección crónica, así como la incapacidad para tolerar calorías adecuadas debido a infecciones oportunistas y diarrea crónica. La enfermedad respiratoria con taquipnea también aumenta la demanda de calorías.

1.1.3.- Encefalopatía.

Se cree que HIV es responsable de la encefalopatía progresiva observada en niños con SIDA. Al inicio de la enfermedad, los niños pueden aparecer con un desarrollo apropiado a su edad, pero una valoración adecuada identificará retardos en la función cognoscitiva y motora, al progresar la encefalopatía, los retardos se vuelven obvios con pérdida de actividades esenciales y debilidad con signos piramidales.

1.2.- Objetivos y Estrategias del Programa de Tratamiento Multidisciplinario.

El apoyo en equipo, con base en un centro que se utiliza en las enfermedades crónicas de la niñez como fibrosis quística y hemofilia, puede servir de modelo para la atención del niño con infección HIV. El equipo debe incluir: médicos, enfermeras, clínica especializada, trabajadores sociales, nutriólogos, técnicos en nutrición, terapeutas físicos y terapeutas del lenguaje. Los objetivos específicos y estrategias de equipo se muestran a continuación (véase Cuadro No. 4).

Los objetivos de Yancy (1972) para el tratamiento de una enfermedad crónica pueden ser útiles como lineamientos para la organización de la atención:

- 1.- **Tratar la enfermedad o síntomas de la enfermedad.**
- 2.- **Evitar que el proceso de la enfermedad y el régimen de tratamiento interfieran con el desarrollo del niño.**
- 3.- **Evitar que la enfermedad y el régimen de tratamiento rompan la unidad familiar.**

Tratamiento de la enfermedad o síntomas de infección HIV:

- Tratar la infección
- Vigilar el crecimiento y desarrollo
- Proporcionar apoyo nutricional
- Tratar la enfermedad pulmonar crónica

Evitar que el proceso de la enfermedad y el régimen de tratamiento interfieran con el desarrollo del niño:

- Brindar a los padres la información específica sobre el impacto de la enfermedad en el desarrollo
- Valoración adecuada y periódica del desarrollo
- Intervenciones terapéuticas cuando se identifican retardos
- Ayudar al niño a enfrentar y comprender la enfermedad a un nivel adecuado a su edad

Evitar que el proceso de la enfermedad y el régimen de tratamiento interrumpan la unidad familiar:

- Ayudar a la familia a comprender y manejar la enfermedad
- Enseñar a los padres sus derechos dentro del sistema
- Auxiliar a los padres a identificar y utilizar recursos
- Ayudar a los padres a satisfacer las necesidades de todos los miembros de la familia

Cuadro No. 4 Objetivos específicos y estrategias de equipo.⁴⁶

⁴⁶ Durham y Felissa L. ob. cit. Pág. 68.

1.2.1.- Control de la infección.

En niños, el virus afecta la inmunidad humoral y celular; la incapacidad para producir anticuerpos funcionales después de la exposición a un antígeno específico ocasiona una susceptibilidad aumentada a la infección bacteriana. Pueden aplicarse venoclisis gammaglobulinas (Inmunoseroglobulina) a intervalos de dos a cuatro semanas para disminuir la frecuencia de infecciones, y éstas no revierten el defecto humoral, pero proveen anticuerpos funcionales. La venoclisis demasiado rápida del medicamento puede ocasionar reacciones adversas como escalofríos, fiebre, cefalea, opresión torácica, náuseas e hipertensión; se recomienda por lo tanto, pasar el fármaco lentamente. Cuando se presentan reacciones, es usualmente en la primera venoclisis; sin embargo, si la primera se tolera bien, se pueden aplicar otras subsecuentes más rápidamente. Siempre se utiliza una bomba de venoclisis para proporcionar una velocidad de flujo adecuada.

La neumonía por pneumocystis carinni, la infección oportunista más frecuente, se trata con pentamidina y trimetoprim-sulfametoxazol; se sugiere esta última combinación como profilaxis a las dosis recomendadas para otras infecciones pediátricas. Estos fármacos producen ciertos efectos colaterales que se han comprobado bien en la literatura. Estos efectos, observados en niños con SIDA, incluyen erupciones cutáneas, fiebre y citopenia. Si ocurren los mismos, la profilaxis se suspende.

Los candidiasis mucocutáneas (algodoncillo) se presentan en muchos niños y puede ser en parte responsable de los problemas de alimentación. Por lo regular, la infección no responde al tratamiento tópico; se pueden utilizar varios medicamentos, incluyendo el Ketoconazol, pero al suspender el medicamento, recurrirán con frecuencia los síntomas. Se han presentado elevaciones transitorias de enzimas hepáticas durante la terapéutica y se debe vigilar la hepatotoxicidad en niños cuando se prescribe este fármaco por períodos prolongados.⁴⁷

1.2.2.- Manejo de la enfermedad.

Al faltar un medicamento antiviral efectivo, el tratamiento actual es de apoyo y dirigido a los síntomas de infección HIV y control de infecciones oportunistas. A continuación se encuentran las intervenciones para diagnóstico de enfermería específica.

Es importante observar que la enfermedad del VIH requiere gran atención y cuidado para los niños; dada las circunstancias que se presentan en el transcurso de la infección (véase Cuadro No. 5).

⁴⁷ *Ibidem*. Pág. 72.

Diagnóstico de enfermería	Intervención
Susceptibilidad a microorganismos oportunistas	Mantener precauciones de protección. Explicar el porqué de éstas a familiares y visitantes. Observar los signos y síntomas de infección.
Transmisión potencial de HIV	Observar las precauciones de sangre y secreciones. No volver a tapar las agujas. Notificar cualquier punción con aguja o contacto con sangre y secreciones.
Trastornos en la oxigenación (hipoxemia)	Valorar síntomas de insuficiencia respiratoria. Mantener la terapia con oxígeno, según lo ordenado. Vigilar los resultados de los gases en sangre arterial. Organizar la atención para dar períodos de descanso.
Trastornos en el estado nutricional	Registrar la cuenta de calorías diarias y el peso diario (usando la misma báscula). Consultar con el técnico en nutrición. Ofrecer al niño la comida que le guste.
Diarrea crónica	Valorar los patrones de frecuencia de evacuaciones. Vigilar los estudios de sangre para electrolitos anormales. Observar la deshidratación.
Predisposición potencial a la hemorragia	Observar buscando signos de hemorragia como contusiones, hemorragia en encías, en sitios de infección. Examinar vómito y evacuaciones en busca de sangre oculta. Vigilar los resultados de la cuenta plaquetaria.
Fiebre	Vigilar la temperatura cada cuatro horas. Administrar antipiréticos, según lo ordenado. Ofrecer medidas de comodidad.
Retardo potencial en el desarrollo	Valorar los niveles de desarrollo y lo apropiado de la conducta. Ofrecer juguetes y actividades de juego adecuados al nivel de funcionamiento.
Aislamiento social	Identificar a la enfermera primaria en cada turno. Ofrecer períodos de juego. Alentar las visitas de la familia y amigos. Recompensar la conducta apropiada a la edad.
Trastornos potenciales en la capacidad de los padres	Valorar la relación padres-hijos y la calidad de la interacción. Permitir a la familia comunicar sus temores y sentimientos. Valorar la capacidad de adaptación de los padres. Enviar la familia a orientación, si está indicado. Estimular la participación en los cuidados.
Necesidad de planear el alta	Instruir a los padres sobre los cuidados en el hogar (alimentación, cuidado de la piel, signos y síntomas de infección, medidas higiénicas, fuente de atención de seguimiento). Identificar al encargado de salud. Identificar la fuente de sostén financiero. Referencia a la agencia de enfermería de la comunidad para valoración del hogar y servicios, según lo indicado.

Cuadro No. 5 Intervenciones para diagnóstico de enfermería específica.⁴⁸⁴⁸ Ibidem. Pág. 78.

2. PSICOLOGICAS

Una de las consecuencias más difícil de superar en el núcleo familiar es la psicológica al enterarse de la existencia de la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual ataca a su pequeño hijo; pensamos que es un problema muy difícil para los padres el asimilar que dentro de su familia hay un integrante portador del virus y no obstante ellos mismos también; todo esto trae como consecuencia un desequilibrio en la misma familia.

En este momento de la respuesta al diagnóstico de una enfermedad que compromete la vida incluyen choque e incredulidad; se espera un período de negación, ya que los padres necesitan tiempo para movilizar los recursos interiores y habilidades de manejo. Se ha descrito una negación prolongada mientras se siguen los consejos médicos en pacientes de SIDA adultos y hay una reacción similar en los padres de un niño con SIDA. La negación es en particular intensa cuando la madre pertenece a un grupo de riesgo y está infectada. La negación puede durar meses alternando con períodos de ansiedad y culpa cuando el niño está gravemente enfermo. Cuando la negación no interfiere con los cuidados, ésta es adaptativa y protege el equilibrio de los padres; sin embargo, cuando es tan completa que no se siguen los consejos médicos y subsecuentemente el niño sufre, la intervención es necesaria. Ya que muchos padres son identificados como portadores después del diagnóstico

hecho al hijo, se enfrentan no sólo a la enfermedad del niño, sino también a un futuro incierto para ellos mismos. Algunas madres se concentran en los síntomas del niño mientras que niegan los síntomas de infección y enfermedad en ellas. Se debe referir a orientación y atención médica adecuadas a cualquier padre que se detecte positivo a anticuerpos.

Los padres que sobrepasan la negación pueden experimentar ira y culpabilidad. Los padres de niños con enfermedad relacionada a transfusiones pueden dudar de la necesidad de éstas. Con frecuencia se culpan a sí mismos por autorizar la transfusión y pueden culpar a los profesionales de la salud por no permitir a los miembros de la familia donar su sangre. Los tutores legales, como miembros adicionales de la familia o padres adoptivos, pueden tener sentimientos ambivalentes hacia el padre biológico. Si los padres del niño son toxicómanos, incapaces de cuidarlo, el tutor puede haber tenido que superar problemas de custodia y personales con el padre. El tutor puede estar indeciso entre amar a los padres del niño o estar irritado con ellos por contagiar al niño con SIDA y continuar infectando a otras personas. Si el padre está enfermo, los miembros de la familia pueden sentirse responsables de cuidar al padre y al niño.⁴⁹

⁴⁹ Cfr.; Comisión Nacional de Derechos Humanos. "SIDA, VIH 1992". Edit. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1992, Pág. 38.

Analizando el aspecto psicológico de los padres tomando en consideración que ellos también son enfermos de SIDA trae como consecuencia la reacción de sentimiento que experimentan como es: la edad, los roles, la personalidad del enfermo, su historia y condiciones sociales, familiares, afectivas; la identidad corporal en deterioro progresivo; la conciencia del tener que morir y la culpabilidad de haber infectado al recién nacido.

El sentimiento de culpa es común a otras muchas enfermedades, pero en ésta es vivido de modo particular. Este sentimiento tiene una multitud de causas, pero una de ellas es: **respecto a sí mismo**: el enfermo reflexiona sobre el propio pasado. La película de la propia vida se le reproduce mental e involuntariamente trayendo al presente una serie de acontecimientos y conductas que le hacen sentirse culpable: el uso de droga, la adulteración de la misma, los robos, la problematización de las relaciones, los comportamientos sexuales con muchas parejas, la homosexualidad..., una multitud de circunstancias colaboran a agrandar el sentimiento de culpa en sí mismo; en cuanto a la pareja este sentimiento es muy fuerte porque puede darse el caso de que la pareja contagiada desarrolle la enfermedad y muera. En esta situación, el sentimiento de culpabilidad es atroz. Es más frecuente la duda de quién ha contagiado a quién, pero aún en este caso el sentimiento de culpa se experimenta.

El sentimiento de culpa puede ser tan fuerte que lleve incluso a no considerarse digno de ser atendido "la autoestima se deteriora, el padre o la madre se autocondena y se considera peligroso para los otros, se sienten culpables y sucios. Llega a pensar que no debe ser atendido y por consiguiente condenan al mismo hijo.

"Otro sentimiento que se presenta es la depresión, la cual se manifiesta mediante la tristeza, el aislamiento, el pesimismo, la preocupación por el futuro que le espera a su propio hijo a sabiendas que el final será su muerte. Así mismo se da el sentimiento de angustia que está íntimamente ligado con la depresión el de saber que cuidados tan intensos tiene que llevar a cabo su propio hijo tan pequeño siendo éste inocente".⁵⁰

Debido al estigma del SIDA y a sus propios sentimientos de culpa, los padres pueden temer también el rechazo social y retirarse con anticipación. Muchas familias rechazarán el apoyo cuando se les ofrece, y así aumentar su aislamiento social, pueden sentir que las fuentes tradicionales de apoyo como la familia, amigos y clérigos no entenderían y que su confidencia no podría ser protegida. Mientras que algunos de estos temores son infundados, otros son reales. Los padres se enfrentan todos los días a historias en televisión y periódicos sobre SIDA; la historia que rodea a la enfermedad y el furor actual

⁵⁰ Ibidem. Pág. 73.

sobre la admisión de niños a la escuela, ha sensibilizado a los padres a las consecuencias sociales del diagnóstico. Se les ha negado, aún a niños sanos, la admisión a la escuela y los contactos sociales cuando se conoce el diagnóstico. Los padres se vuelven adeptos a evitar los comentarios sobre la enfermedad del niño y contestar las preguntas con generalización. Mientras que estas estrategias ayudan a los padres a tratar con la comunidad, también pueden prolongar la negación de apoyo y retardar la aceptación de la enfermedad.

Para las familias que han logrado algún grado de aceptación, cada exacerbación amenaza su domicilio. Con cada crisis están forzados a tratar con la posibilidad de la muerte del niño. Si han empezado a prepararse para la pérdida del mismo, pueden cuestionar lo aconsejable de tratar los síntomas cuando no existe todavía un medicamento antiviral efectivo y sentir que están infligiendo un sufrimiento innecesario al niño.

3. FAMILIARES

El diagnóstico infección HIV en un niño, sume a la familia en un estado de crisis. Al igual que en cualquier otra crisis, la familia tiene el potencial de emerger más fuerte y efectiva o debilitarse y dispersarse, para poder manejar la crisis por la que atraviesa la familia es necesario la disponibilidad de recursos internos y externos y la habilidad para manejar las situaciones difíciles.

La valoración de los recursos familiares es muy importante para la atención que deberá llevar el niño infectado, debe de incluir las fuentes financieras de sostén, lo adecuado de la vivienda y disponibilidad para medios de transporte. También deben identificar las fuentes de apoyo emocional para la familia, aquellas sin apoyo efectivo, tienden a tener múltiples áreas de funcionamiento problemático.

La enfermedad crónica es un estresante para el sistema familiar. Sólo recientemente se ha reconocido el impacto sobre los hermanos, aunque las investigaciones se han enfrentado a problemas metodológicos. En tanto que existe desacuerdo sobre el efecto en los hermanos, es evidente que la enfermedad crónica tiene un impacto definitivo en la vida del hermano.

Con cualquier enfermedad crónica los padres dudan cuánta información compartir con los otros hijos, siendo esto en especial verdadero en el SIDA. Los padres se preocupan de que el niño explique ingenuamente a sus amiguitos y vecinos que su hermanito tiene SIDA, y por lo tanto, con riesgo de rechazo del niño sano y exponiendo a la familia al aislamiento social. Deben los padres concientizarse de que es imposible proteger a los hermanos y que los intentos de hacerlo sólo aumenta la ansiedad y angustia. Se deben contestar las preguntas honestamente y en forma apropiada a la edad y nivel de comprensión del niño.⁵¹

⁵¹ Cfr.; Sepúlveda, Amor y Bronfam M. "Ciencia y Sociedad". Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1992, Pág. 103.

Los hijos mayores pueden sentirse cuando el diagnóstico tiene impacto en sus vidas, el hermano sano que es exclusivo de la escuela puede actuar físicamente y verbalmente contra el niño enfermo. Un padre quizá necesite ayuda para permitir la expresión de sentimientos, en tanto que establece los límites apropiados para ambos niños. Los hermanos también pueden preocuparse de contraer la infección y se les puede asegurar que esto nunca ocurrirá. Puede ser útil para un hermano acompañar a los padres en una visita de rutina al hospital, para que alguna enfermera especializada en problemas de hermanos sea capaz de dirigir estas preocupaciones en forma correcta.

Otro cuidado indispensable es la nutrición adecuada para el crecimiento y desarrollo; los niños con infección HIV padecen una combinación de apetito deficiente y una incapacidad para tolerar una dieta adecuada en calorías. Las necesidades calóricas diarias están elevadas debido al aumento en el trabajo de la respiración y al estrés de la infección crónica. La dieta recomendada es alta en proteínas y calorías, proporcionando 100 a 150% de los requerimientos diarios según la edad. La orientación nutricional es apropiada para todos los niños, sin importar la etapa de la enfermedad.

En el niño con pocos síntomas, el objeto es un aumento de peso apropiado a la edad. Se valora el contenido nutritivo y calórico de la dieta. La comida chatarra debe sustituirse con alimentos de mayor contenido nutricional,

se pueden añadir a la dieta suplementos de acuerdo a la preferencia del niño, estas preparaciones son bien toleradas cuando se utilizan como suplemento por familias con bajos ingresos.⁵²

En el niño enfermo, es mejor intentar la estabilización del peso y la prevención de pérdidas adicionales. Es difícil suministrar un consumo de calorías adecuado al recién nacido con falla grave en el crecimiento; ellos succionan escasamente y rechazan la alimentación bucal; la alimentación a través de sonda nasogástrica en combinación con la alimentación bucal, funciona para algunos. Se debe lograr un balance entre la cantidad tolerada y el desarrollo de escupir, vómitos y diarrea. Tal vez sea necesaria la nutrición parenteral total cuando el niño con encefalopatía grave requiere una intervención más agresiva como la inserción de una sonda permanente de gastrostomía. La inserción de una sonda puede aliviar el estrés de los padres que han estado trabajando para alimentar a un niño con dieta adecuada.

Se debe instruir a los padres sobre medidas de higiene para el hogar, incluyendo métodos de eliminación de artículos contaminados con sangre o secreciones. Debe enfatizarse tanto el lavado de manos después del contacto con secreciones, como durante el cambio de pañales. Es necesaria una valoración cuidadosa del ambiente en el hogar para determinar qué tipos de medidas higiénicas deben revisarse.

⁵² Cfr.; Miller, N. "Atención de Pacientes con SIDA". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 1989, Pág. 42.

En niños menores de cinco años, deben tomarse las decisiones con respecto a la asistencia a una guardería o ambiente escolar terapéutico en una base individual. Se deben considerar el estado médico del niño, habilidades sociales y capacidad de la institución para proporcionar una relación personal-estudiante adecuada. Se recomienda que el niño en edad escolar en suficiente buen estado para asistir a la escuela, debe colocarse en un salón de clases. Los beneficios de la escuela y experiencia social superan el riesgo de exposición a infecciones. El niño en el ambiente escolar no representa ningún riesgo conocido de transmisión de HIV a otros niños.

Otro dato importante que deben conocer los padres en el estado respiratorio basal del niño y ser capaces de reconocer los signos de aumento en la insuficiencia e infecciones agudas. Los síntomas que deben notificarse, incluyen tos en aumento, incremento de la frecuencia respiratoria, disnea cambios de color, problemas con la alimentación y cambio en el nivel de actividad.⁵³

De tal forma podemos darnos cuenta de los cuidados tan intensos que ocasionan el nacimiento de un niño infectado de SIDA; y que todo esto acarrea un gasto especial para su desarrollo y crecimiento lo cual todo esto engloba un trastorno para el núcleo familiar.

⁵³ Cfr.; Ibidem. Pág. 43.

4. SOCIALES

Mientras que los principios para valorar y satisfacer las necesidades de los enfermos con SIDA y sus seres queridos son idénticos a los de otras personas gravemente enfermos, la creatividad de sus necesidades son extraordinarias; el reto a los valores y comodidad personal son apabullantes y las recompensas de cuidar a una persona con SIDA no tienen paralelo. Debido a que activamente no existe un remedio para el SIDA, la preocupación principal es ayudar a las personas afectadas a mantener la esperanza y vivir de manera digna y significativa.

Muchas personas afectadas por el SIDA están alejadas de su familia debido a su estilo de vida, además en el caso de los recién nacidos ocurre que por la gravedad de la enfermedad y los cuidados tan intensos son abandonados en los hospitales por los mismos padres; por lo tanto las necesidades sociales y emocionales que usualmente son satisfechas por la familia lo son por los "seres queridos", incluyendo amigos, compañeros sexuales, personas con los mismos estilos de vida, miembros de grupos de apoyo a terapia.

Las enfermeras son las que tienen el mayor contacto con el niño hospitalizado y pueden ser las primeras en notar retardos o cambios en el comportamiento. Se debe comprobar cualquier pérdida de logros o habilidades.

El niño hospitalizado por un período prolongado se beneficiará con un programa de estimulación desarrollado conjuntamente con un terapeuta físico o ocupacional. Se pueden utilizar juguetes apropiados a la edad de desarrollo, no cronológica, del niño. De manera ideal, se debe identificar una enfermera en cada turno como la enfermera primaria. Cuando los miembros de la familia visiten al niño, la valoración de la relación padre-niño y la calidad de la interacción pueden identificar áreas en que los padres necesiten apoyo. Puede alentarse a los padres a que utilicen técnicas de estimulación, ya sea por instrucción directa o por la conducta modelo de la enfermera.

El niño con infección HIV tiene las mismas necesidades que cualquier otro niño, el jugar con amigos y niños de su edad es una experiencia de socialización y una parte normal de su vida. Con frecuencia los padres se encuentran indecisos entre informar a otros padres el diagnóstico del niño y; por lo tanto, sufrir el riesgo de rechazo, o no informarles y preocuparse sobre lo que sucederá si se enteran los otros padres. No hay una solución fácil y los padres se pueden sentir más cómodos supervisando los juegos. La enfermera puede ayudarles dando la información correcta y actualizada sobre la transmisión del HIV, actuando como defensora de la familia ante la comunidad.

Muchas instituciones educativas están desarrollando reglas antes de admitir niños con infección HIV además, otras están dando información sobre

SIDA a estudiantes de primaria y secundaria. Como fuente de información sobre el estado médico, la enfermera escolar está en posición de influir positivamente en la respuesta del personal y estudiantes hacia el niño con infección H.I.V.⁵⁴

El niño con SIDA es la última consecuencia del intercambio sexual de una infección mortal, prevenible, la expresión ulterior de la desobligación de dos adultos. Hablar de un niño con SIDA es hablar de un padre con SIDA; es hablar de una madre con SIDA; es hablar de "otro" con SIDA. El SIDA no se limita a uno. Su carácter infeccioso hace de la transmisión sexual, sanguínea y perinatal un riesgo para todos.

El problema del niño con SIDA compromete a países, a organizaciones políticas, a ideologías plurales. La infección que afecta al niño de la calle, al menor infractor, al huérfano, al hemofílico, al drogadicto, al estudiante, al niño rico, al niño pobre, al niño ciudadano, al niño campesino, afecta a un hijo de la sociedad. Porque un niño que sufre de SIDA afecta, no sólo al adulto, sino a la comunidad entera. La responsabilidad inmediata del padecimiento recae en sus padres, pero cuando los rebasa se requiere la participación de la comunidad como macrofamilia..., familia que vele, no sólo por su atención, sino por sus derechos humanos.

⁵⁴ Cfr.; Lawlo J.R.G. y Fisher T.J. "Manual de Alergia e Inmunología". Edit. Prensa Médica, México, 1991. Pág. 45.

México, que es mosaico de pluralidad ideológica y lazo geográfico entre brechas de desarrollo económico y poblacional, tiene un patrón epidemiológico de transmisión de SIDA que difiere del que se presenta en los Estados Unidos, Europa o Oceanía. Lejos de tratarse de un problema relacionado con la drogadicción intravenosa, prevalece por transmisión sexual, favoreciéndose un aumento de casos entre mujeres. Por transmisión bisexual o transfusión sanguínea.

Aumenta entre estratos económicamente menos favorecidos y se adentra en forma creciente en las comunidades rurales. Lo mismo ocurre en otros países latinoamericanos. Cofactores predisponentes, tales como la desnutrición, infecciones crónicas y la concomitancia de otras enfermedades de transmisión sexual, agravan el cuadro. Más aún, la migración, la pobreza y el analfabetismo hacen de la ignorancia un riesgo mortal.

El Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) ha elaborado un programa multidisciplinario de normatividad y coordinación intersectorial e interinstitucional para reducir el impacto del SIDA en los niños de México. Confronta la problemática desde 1986, colocando a México a la vanguardia de América Latina, al haber impuesto la obligatoriedad del tramizaje serológico de sangre. Por ello han disminuido los casos por transmisión sanguínea; sin embargo preocupa el crecimiento acelerado de casos menores, por transmisión perinatal.⁵⁵

⁵⁵ Cfr.: Boletín Mensual SIDA/ETS. ob. cit. Pág. 13.

Para reducir este impacto, se ha estructurado la integración de programas de planificación familiar con prevención de enfermedades de transmisión sexual y de educación sexual dirigidos particularmente a adolescentes y padres de familia.

El adolescente por su edad tiene un puente entre la brecha generacional del hermano menor y el padre de familia; por su idealismo tiende un lazo entre la teoría del conocimiento y la práctica de modificar comportamientos de riesgo; por su incipiente desarrollo sexual, reduce el impacto de la prevención del SIDA en el adulto del futuro a un solo tiempo, el presente. Los programas dirigidos a adolescentes reducen costos, tiempos y vidas perdidas por el SIDA.

El carácter prioritario de este programa obliga a la multiplicación de acciones a través de la descentralización de Comités Estatales de Prevención de SIDA (COESIDAS). Atajos estratégicos se han realizado en grupos particularmente expuestos al riesgo de infección, como lo son los niños de la calle, mujeres prostitutas y trabajadores migrantes, a través de un programa de solidaridad social.

Se fomenta la autoresponsabilidad y la corresponsabilidad sexuales, la exigencia del sello de garantía de "sangre segura" y la recomendación de tamizaje serológico prenatal.

CAPITULO III

DELITOS MAS COMUNES OCASIONADOS EN CASO DEL NACIMIENTO DE UN ENFERMO DE SIDA

En el presente capítulo señalaremos los delitos que particularmente se asocian con la enfermedad del contagio de SIDA, entre los que se pueden destacar: las lesiones, homicidio, abandono de infante y maltrato a los niños; también es oportuno hacer breve referencia al caso de suicidio.

Es importante destacar que las características del SIDA hacen inevitable que invada también situaciones que están reguladas por el Derecho Penal, es decir, en acciones y omisiones ilícitas, que por su naturaleza y gravedad son penadas por la ley como constitutivas de delitos o faltas. La primera cuestión que puede observarse en el ámbito de Derecho Penal se refiere a la transmisión del VIH/SIDA que pertenece al delito de contagio venéreo, (artículo 199 bis del Código Penal) lo que implica que haya recibido esa categoría por parte de la autoridad competente y que la acción esté tipificada como hecho punible específico por la ley penal.

Ha sido nuestra intención abordar el caso de peligro de contagio bajo el rubro de lesiones a efecto de establecer que en este supuesto se atenta contra

la salud y la integridad corporal de las personas. Por tal razón a continuación comentaremos en forma panorámica los delitos que hemos mencionado sin el propósito de hacer un estudio dogmático sobre el particular.

1. LESIONES

Tomando en consideración el artículo 199 bis del Código Penal que a la letra dice: "El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

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

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

En este numeral se observa en el párrafo segundo que éste puede adecuarse al caso del tema que nos ocupa en virtud de tratarse de una enfermedad catalogada de "incurable", con ello el legislador aludió indirectamente al caso de SIDA.

Antes de ser adicionado en párrafo en comentario (21 de enero de 1991), la doctrina comentaba "que al crearse legalmente el delito de peligro de contagio lo limita a la sífilis o a los males venéreos en períodos infectantes, siendo así que existen otras variadas enfermedades graves y fácilmente transmisibles como en los últimos años la peligrosa enfermedad conocida por 'SIDA'..."⁵⁶

Esto nos permite darnos una idea de la importancia que ya tenía para la doctrina el caso de la enfermedad tema de estudio, la que sin aludir a ella está contenida en el segundo párrafo del artículo 199 bis.

Para Porte Petit "la acción peligrosa se limita a las relaciones sexuales, siendo así que pueden existir otras legalmente riesgosas tales como la amamantación de criaturas"⁵⁷

Es importante observar que no sólo existen estos dos supuestos relaciones sexuales, y amamantación, para la transmisión del virus de SIDA; sino que también es relevante nombrar el contagio del virus en el momento de la concepción del producto y/o durante el embarazo, así mismo la transfusión sanguínea cuando está infectado el donante o por el mal uso de las agujas.

⁵⁶ González de la Vega, Francisco. ob. cit. Pág. 16.

⁵⁷ Dogmática sobre los Delitos contra la Vida y la Salud Personal. 26a. ed. México, Edit. Porrúa, 1994. Pág. 498.

Con todos los elementos expuestos delimitaremos en el t3pico en estudio el delito de lesiones, teniendo en cuenta que dentro del n3cleo familiar 3stas son inferidas a los integrantes del mismo por el sujeto activo tomando en consideraci3n que tanto el padre como la madre pueden ser portadores del VIH y, por consiguiente, el sujeto pasivo ser3a el producto resultante de la uni3n entre ambos (relaci3n-sexual), apreci3ndose tambi3n que dependiendo de quien es el sujeto activo en la pareja (c3nyuges), el sujeto pasivo podr3a ser alguno de los dos; ya que se da el caso que entre la misma pareja exista la comunicaci3n abierta de quien falt3 a la fidelidad en la relaci3n y por tal motivo del desconocimiento de la otra parte en la implicaci3n del contagio.

Hemos de llamar la atenci3n del lector por cuanto hace esta figura t3pica que se encuentra ubicada en el C3digo Penal en el T3tulo S3ptimo De los Delitos Contra la Salud, Cap3tulo Segundo, del Peligro de Contagio, que en nuestra opini3n debiera estar inserto en el rubro de las lesiones, pues si bien se atenta contra la salud su afectaci3n se puede traducir en lesiones que pueden ser irreversibles.

Siguiendo con la tem3tica que nos hemos impuesto para el desarrollo de este apartado pasaremos a comentar el delito de lesiones, as3 la legislaci3n penal para el Distrito Federal en el art3culo 288 establece sobre el particular lo siguiente:

"Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, 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".

Si observamos la definición del artículo en comento es descriptiva y se resume en el hecho de que la lesión es toda alteración en la salud o cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

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

Ahora bien el 292, nos señala al que infiera una lesión de la que resulte una "enfermedad segura" o "probablemente incurable", si bien como sabemos la inoculación del virus en las células del sistema inmunológico no siempre se desarrolla (25-30% permanecen asintomáticos de por vida) (50% lo desarrollan en 10 años) por lo que no se podría hablar de una infección segura, pero sí "incurable", ya que como se sabe es **incurable y mortal** al desarrollarse ésta, además es hereditaria y de ésta queda mermada para siempre la función orgánica del sistema inmunológico.

Sobre esta línea del pensamiento la Suprema Corte ha establecido el siguiente criterio:

"Las lesiones que ponen en peligro la vida, se clasifican en el momento "de ser inferidas, y su categoría de tales no desaparecen porque el sujeto "pasivo sane y se recupere totalmente, ya que basta con la puesta en peligro "de la vida del ofendido, como consecuencia de la lesión para que la misma "subsista con esa categoría, independientemente de los resultados posteriores," "salvo cuando el ofendido muere dentro de los setentas días, en cuyo caso se "convierte en mortal, o en la hipótesis de que quedase subsumida en otro tipo" "de mayor punibilidad".⁵⁸

1.1. Definición Doctrinal.

Son múltiples las que nos proporciona la doctrina, pero es un razón común: "El daño causado en el cuerpo o la alteración del equilibrio de las funciones fisiológicas.

Zanardelli expresa.- La lesión corporal consiste en cualquier daño ocasionado al cuerpo, la salud, o la inteligencia de un hombre, en virtud del cual éste queda afectado en su integridad física.

⁵⁸ Semanario Judicial de la Federación. Tomo Cx. Primera Sala, Segunda Parte. Sexta Época, Pág. 25

Hidalgo, Carpio y Sandoval afirmaron que: "bajo el nombre de lesiones se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones y quemaduras, sino 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" (misma definición de nuestro artículo 288 C.P.)".⁵⁹

Por su parte Porte Petit, señala la deficiencia de esta estructura típica pues hubiere bastado simplemente como una alteración personal.

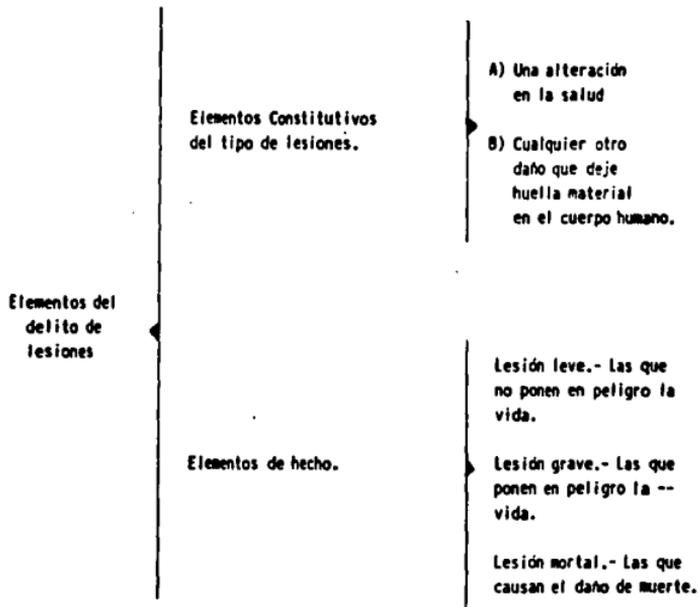
La Suprema Corte de Justicia de la Nación, precisa:

"La lesión, por definición legal, es toda alteración en la salud y "cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos" "efectos son producidos por una causa externa, 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".⁶⁰

⁵⁹ Pavón Vasconcelos, Francisco. *Lecciones de Derecho Penal*. 14a. ed. Edit. Porrúa, México, 1987. Pág. 103.

⁶⁰ Citado por Porte Petit, Celestino Candaudap. ob. cit. Pág. 124.

Los comentarios que la Doctrina y la Jurisprudencia nos proporcionan, podemos sistematizarlos en el siguiente cuadro sinóptico:



Bien podríamos nombrar con base a los elementos que anteceden, que en el caso de nuestro estudio (enfocado al núcleo familiar), el sujeto activo comete una lesión grave y mortal en contra del sujeto pasivo, ya que pone en peligro la vida (en este caso del infante) y le causa un daño, la muerte, porque se sabe que aproximadamente el tiempo de vida de un recién nacido infectado por el virus de VIH/SIDA es de dos años.

En este supuesto podemos adelantar que si bien la enfermedad presenta una sintomatología en la que se aprecian las lesiones como primer estudio del desarrollo del Síndrome, éste puede degenerar en la muerte produciendo el delito de homicidio, del cual nos ocuparemos posteriormente.

1.2. La culpabilidad en las lesiones.

La conducta delictiva en las lesiones, admite de acuerdo con el contenido del artículo 8o. del Código Penal, los siguientes supuestos de culpabilidad:

- a) Dolosas, o
- b) Culposas.

a) Dolosas.

El delito es doloso cuando el sujeto "se propuso su realización"; luego una lesión dolosa si el agente quiere causar una alteración en la salud y acepta que se produzca. En el caso del infante, la enfermedad del VIH se puede ocasionar en forma dolosa porque todavía su débil cuerpo no tiene las defensas necesarias como un adulto; siempre y cuando el agente del delito haya tenido conocimiento de su enfermedad y aun así tenga relaciones sexuales (artículo 9o.)

b) Culposas.

Cuando la alteración en la salud o el daño en el cuerpo se produjo por actuar con negligencia, impericia, falta de reflexión y sin intención de lesionar (artículo 9o. párrafo segundo).

Algunos padres pueden actuar imprudencialmente cuando desconocen que son portadores de la enfermedad del VIH y actuar de manera negligente al no protegerse la mujer de no salir embarazada.

1.3. La penalidad de las lesiones.

Claramente el artículo 199 bis del Código Penal (peligro de contagio) nos delimita que si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión; en referencia a la reforma que hubo el 21 de enero de 1991 se agregó a las concubinas, pero consideramos que también es importante que se contemple igualmente a los hijos.

En cuanto al artículo 292 de la misma ley en estudio señala que se impondrá de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable.

En nuestra opinión consideramos que la penalidad a imponer es demasiado benévola atendiendo a las graves consecuencias que se generan con la enfermedad del SIDA.

Es un problema para el juzgador establecer si se trata de una lesión, que se tipifique en los términos de los numerales en comento, pues aun cuando la tipicidad se presenta sea en el caso de peligro de contagio, en las lesiones, el juez de la causa de antemano sabrá, mientras no exista una cura, que indefectiblemente llegarán a constituir la muerte.

La pregunta obligada es qué pena debe de imponer, el problema estriba en establecer el momento en que se dicte Sentencia, pues es el sujeto aún vive (hablamos del menor) se le impondrá al agente la pena por el delito de lesiones.

El criterio que sostenemos se basa en el principio de especialidad del tipo (la norma general queda absorbida por la norma especial, según se infiere del párrafo segundo del artículo 6o. del Código Penal).

2. HOMICIDIO.

Se han elaborado infinidad de definiciones del delito de homicidio.

"El homicidio es la muerte de un hombre ocasionada por otro hombre con un comportamiento doloso o culposo y sin el concurso de causas de justificación".⁶¹

"Homicidio doloso, nos dice Ranieri, es la muerte ilegítima e intencional de un hombre de parte de otro hombre".

"Francisco Carrara, definió hace ya muchos años el delito de homicidio como la muerte injusta de un hombre por otro hombre a quien le es moralmente imputable".⁶²

Esta definición, nos parece adecuada, a nuestro modo de ver, pues en la actualidad ha sido abandonada por otra más breve: homicidio, igual a muerte de un hombre por otro hombre. Los que defienden esta última fórmula, son los autores de la llamada teoría jurídica del delito.⁶³

Podemos observar que de las definiciones anteriormente expuestas son similares al nombrar literalmente la muerte ocasionada por otro hombre.

⁶¹ Antolisei, citado por Porte Petit, Celestino Candaudap. ob. cit. Pág. 8.

⁶² Idem.

⁶³ Cfr.; Jiménez de Azua, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo VII, 4a. ed. Buenos Aires, Edit. Losada S.A. 1983, Pág. 939.

Es importante señalar que además del contenido de las definiciones agregaremos el elemento tiempo por cuanto hace al período que conlleva la inoculación del virus, por desconocer el momento exacto de la portación de VIH.

Por cuanto hace a los elementos del tipo delictivo en específico el homicidio, tenemos entonces ya ejemplificado, que dentro del núcleo familiar el sujeto activo es la madre y/o el padre y como sujeto pasivo el infante, siendo el contagio la causa posterior de la muerte dentro del embarazo o después del nacimiento.

Entre la conducta lesiva del bien jurídico de la vida, realizada típicamente por el sujeto activo y el fenómeno de la muerte que se ofrece ante nuestros ojos, es preciso que exista un nexo de causalidad, pues si así no fuere, la muerte acontecida no podría ser considerada como un resultado de la conducta.⁶⁴

El vocablo utilizado por el artículo 302 del Código Penal *privar*, referente a la pérdida de la vida, lleva implícita la conducta del sujeto y el resultado causal de la misma, ya que solamente se puede atribuir a un individuo esa mutación del mundo externo cuando es consecuencia de su actuar u omitir, es decir, de su conducta.

⁶⁴ Cfr.; Jiménez Huerta, Mariano. *Derecho Penal Mexicano*, Tomo II. 6a. ed. México, Edit. Porrúa, 1984, Pág. 43.

"El resultado lo constituye la privación de la vida, el cesar las funciones vitales de la víctima o sea del sujeto contra quien ha sido dirigida la actividad o inactividad lesiva".⁶⁵

Si tomamos en cuenta que el sujeto activo conociendo su estado de salud ha sido afectado por el SIDA y a sabiendas ejecuta actos sexuales con su pareja se establece entonces que hay conocimiento de causa de los daños irreversibles que pueda provocar tanto a su cónyuge como a su posible descendencia, entonces hablaremos de un homicidio doloso; pues existe la intención directa de llegar a su fin, es aquí donde aparecen dos sujetos pasivos.

Se puede dar el caso también de que la pareja ignore su estado de infección y al momento de tener relaciones sexuales no prevengan el nacimiento de un ser que tiene todas las desventajas en su contra, lo cual se entiende que estaríamos frente al delito de homicidio culposo y que éste se define como "la muerte no querida de un hombre que se verifica como consecuencia de una conducta negligente, imprudente, inexperta o inobservancia de leyes, reglamentos, órdenes o disciplinas"⁶⁶

⁶⁵ Ibidem. Pág. 15.

⁶⁶ Ibidem Pág. 37.

2.1. Penalidad del homicidio.

En cuanto a la punibilidad se advierte que el tipo básico de homicidio, denominado por la ley "homicidio simple", se encuentra sancionado por el diverso 307 del Código Penal que a la letra dice:

"Artículo 307.- Al responsable de cualquier homicidio simple intencional, y que no tenga señalada una sanción especial en este Código, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión".

Por otra parte el homicidio culposo, tiene una sanción de hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas por la ley al tipo básico del delito doloso, con excepción de aquellos que la ley señale una pena específica, según lo dispone el párrafo primero parte primera del Código Penal.

Para terminar con este apartado hemos considerado prudente hacer las siguientes apreciaciones:

1. Las lesiones o el homicidio en el caso del SIDA no solamente se pueden ocasionar a través de una relación sexual en la cual los sujetos activos y/o pasivos pueden ser el varón o la mujer, necesariamente el producto de esa relación siempre será un sujeto pasivo.

2. Como consecuencia del criterio que antecede, la transmisión del virus también se puede ocasionar por vía de transfusión sanguínea, en la que el donante del plasma y/o el médico que la aplique puede tener el carácter de sujetos activos, la madre y el producto serán pasivos.

3. En el caso de intercambio o uso de agujas infectadas la madre será el sujeto activo.

4. Los delitos de lesiones y homicidio podrán ser dolosos o culposos, situación que atenuará o agravará a la pena a imponer.

5. La ley penal debe definir como delito esa forma de contagio, como lo hacen la generalidad de las legislaciones extranjeras, para utilizar su sanción como instrumento disuasivo en la prevención de la enfermedad. Ello es tanto más recomendable si se consideran los aspectos que pueden plantearse en torno a la intencionalidad o voluntariedad de la acción, y la dificultad en precisar si existe dolo o sólo culpa en quien ejecuta el acto, conociendo el estado de salud y la posibilidad de transmitir la enfermedad.

3. SUICIDIO.

Independientemente del criterio que se adopte, el suicidio es "un acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida".⁶⁷

Puede considerarse o no como un acto antisocial, inmoral, irreligioso o perjudicial en la práctica resulta ineficaz todo medio represivo contra el suicidio, porque cuando se consuma, según exacta frase de Garraud, citado por González de la Vega dice que "la causa de impunidad del suicidio es el suicidio mismo", quien se priva de la vida, impide con un acto supresorio cualquier medio represivo contra su persona, salvo que injusta y transcendentalmente se agraviara a sus parientes o herederos con ultraje al cadáver o con penas patrimoniales.

Basta demostrarlo para observar las causas que impulsan al suicidio; siempre encontraremos en ellas indicios de desequilibrio en la soma, en la psiquis o en las condiciones sociales que rodean al sujeto. En ocasiones el desequilibrio pertenece a la patología mental, especialmente en aquellas enfermedades obscedentes que afectan al sujeto en formas exaltantes o deprimentes.⁶⁸

⁶⁷ ob. cit. Pág. 86.

⁶⁸ Cfr.; Ibidem. Pág. 87.

Algunas veces se debe a un trastorno nervioso de alta perturbación y de índole angustiosa o persecutoria. A veces el desequilibrio no es propiamente mental ni nervioso, sino proviene de razones patológicas somáticas, como la adquisición de enfermedades que el paciente estima como incurables o dolorosas, sin esperanza alguna prefiriendo poner fin a sus sufrimientos por medio de un acto mortal.

En el suicidio es preciso comprender que, salvo la aplicación de prudentes medidas curativas o de seguridad en los casos que la cautela lo aconseje, los que acuden al suicidio por sus perturbaciones psíquicas, económicas, morales o sociales, no pueden ser controlables por las múltiples reglamentaciones jurídico-penales, cuyo límite máximo es el de la defensa social.

Por lo tanto "el suicidio no es ni debe ser un delito ni cuando se consuma ni cuando se frustra. Por eso en la legislación mexicana está deprovisto de penalidad; la muerte que se causa una persona voluntariamente, o las heridas que de la misma manera se infiere, no constituyen ni homicidio ni lesiones, ya que estos delitos requieren, como constitutiva necesaria, un acto externo, de tercero, privatorio de la vida ajena o perturbador de la salud de otro".⁶⁹

⁶⁹ Ibidem. Pág. 88.

En el caso que nos ocupa enfoquemos al sujeto activo que en este supuesto puede ser el padre o la madre que serían los prospectos al suicidio; ya que dada la problemática que presenta la enfermedad del VIH hace que se ocasionen dentro del núcleo familiar la transmisión del virus hacia el infante, lo que produce una serie de conflictos ocasionados entre la pareja, la incertidumbre de quién contagió a quién, por una parte y, la otra los trastornos que se dan dentro de los cuidados especiales que deben de seguir los padres por órdenes médicas, y por último el factor importante para la sobrevivencia de la enfermedad, el dinero, que juega un papel definitivo en el control del virus contagioso para poderla mantener. Así mismo hay que tomar en cuenta también que los mismos padres necesitan la atención médica para poder salir adelante con la enfermedad, porque aquí lo más triste es que los tres miembros del núcleo familiar están infectados. Al observar todos los elementos que estamos mencionando es entendible que llegue un momento de desesperación y angustia en los padres para que puedan cometer un suicidio, en alguno de los dos puede darse este supuesto de privarse de la vida, o también se puede dar el caso de que los dos se pongan de acuerdo en suprimirse de la vida, sin importarles nada; es por tal motivo el suicidio no puede estar reglamentado como delito dentro del Código Penal, porque el que una persona se quite la vida; en este caso a quien se le culpa, al mismo occiso.

Ahora bien el que alguno de los cónyuges se quite la vida estamos en presencia del suicidio pero que consecuencias puede traer en la misma familia: la desintegración del núcleo familiar; el abandono de la pareja y del infante y, en consecuencia, el intento de suicidio por parte del otro cónyuge.

4. ABANDONO DE INFANTE.

El delito de abandono de niños es muy común en el caso concreto del núcleo familiar que hemos venido ejemplificando al inicio de este capítulo; podemos decir que este delito (abandono de infante) es una consecuencia o escapatoria de todos los problemas que surgen como son: familiares, psicológicos, médicos y sociales que trae como consecuencia la enfermedad del SIDA.

Dentro del Código Penal se reglamenta el delito de abandono de niños o enfermos en el que se manifiesta perfectamente que al que abandone a un niño incapaz de cuidarse, entiéndase que niño" es la persona humana desde su nacimiento hasta la iniciación de la edad puber" teniendo la obligación de cuidarlos, aplicando la pena de un mes o cuatro años de prisión, según se entiende del artículo 335 del Código Penal, cuando dice:

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

El sujeto activo dentro del núcleo familiar en este caso puede ser la madre o el padre y como sujeto pasivo el infante incapaz de cuidarse a sí mismo por su edad y enfermedad del virus que empezará a padecer conforme se desarrolle.

El sujeto activo que está obligado de proveer asistencia o cuidado al incapacitado por su edad o dolencias puede provenir: a) de un mandato legal, como la que tienen los ascendientes respecto de sus menores descendientes, los tutores respecto de sus pupilos, etc.; y b) de un acto voluntario, unilateral o contractual, tácito o expreso, como el médico que se obliga a atender a su enfermo.⁷⁰

La materialidad de la infracción consiste en el desamparo consecutivo a la omisión de los deberes de asistencia, de custodia, de alimentación, de curación o de sostenimiento del niño o enfermo. El acto de abandono debe consistir en un simple incumplimiento de los citados deberes.

⁷⁰ Cfr.; González de la Vega, Francisco. ob. cit. Pág. 145.

Es un delito de mera conducta, especial y de naturaleza jurídica, a virtud de que se hace menester, para la realización de la conducta descrita en el tipo, la existencia por parte del sujeto activo de una obligación de cuidar, como lo manda el artículo 335 del Código Penal.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha expresado:

"Elemento constitutivo de este delito, obligación de cuidar. Suele" "emanar de una situación de derecho por la cual el delincuente está" "constreñido por propia voluntad, por disposición legal o por cualquiera otra" "fuente de obligación a proteger a la persona abandonada y también surge" "para los efectos de la ley, de vínculos permanente efectivos o de" "humanitarismo".⁷¹

Manzini señala "que este delito tiene carácter omisivo, pero puede cometerse también mediante acción".⁷²

Este delito se juega como omisivo, porque en realidad no puede cometerse sino en virtud de una conducta omisiva, al no realizarse la acción esperada y exigida, ordenada por la norma; cuidar al incapaz de proveerse a sí mismo.

⁷¹ Informe de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de 1947. Primera Sala, Págs. 30 y 31.

⁷² Citado por Porte Petit, Celestino Candaudap. ob. cit. Pág. 519.

En cuanto al resultado el autor Vannini, sostiene que este delito excluye la permanencia y sólo puede presentarse como "delito de efecto antijurídico permanente" en el mismo sentido Amor Villalpando".⁷³

Por su parte, Antolisei, "considera que se trata de un delito eventualmente permanente, puesto que puede prorrogarse por un cierto tiempo. Del mismo parecer es Manzini".⁷⁴

Así mismo Jiménez Huerta nos dice: "es un tipo de peligro presunto, el de abandono de niños o enfermos descrito en el artículo 335, que el peligro se presume insitó en el abandono, sin que se admita alegación o prueba alguna tendiente a demostrar que ningún peligro concreto corrió la persona abandonada".⁷⁵

En atención a los elementos en orden al resultado que señalan los autores, podemos establecer que el sujeto activo al abandonar al infante con la enfermedad del VIH, ocasiona un daño al otro cónyuge como al mismo infante en cuanto a que su enfermedad se agrava en lugar de sobreponerse; el daño puede ser eventual dependiendo de que el sujeto activo no tarde en regresar y

⁷³ Idem.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Ibidem, Pág. 520.

por lo tanto se hace de peligro dependiendo del tiempo que tarde el sujeto activo; en cuanto al peligro se puede agravar la criatura al grado de perder la vida.

Por lo que respecta al bien jurídico protegido en el delito de abandono de incapaz de proveerse así mismo, el bien tutelado es la seguridad de cuidado a personas incapaces de cuidarse solas; sin desconocer que por virtud de la conducta omisiva, se pone en peligro la vida o salud personal.

Por lo que respecta a la culpabilidad es un delito doloso en cuanto que el sujeto activo a sabiendas que su cónyuge y su hijo están enfermos los abandona.

5. MALTRATO AL MENOR

Es incuestionable que el Estado tiene entre sus propósitos fundamentales la salvaguarda de los derechos de los gobernados, así la Constitución Federal regula en el artículo 4o. en su párrafo sexto en deber que tienen los padres para preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. Como se observa la garantía de igualdad prevista en el numeral en estudio estatuye el derecho del menor a la salud y el deber de los padres al procurar ésta.

En el párrafo que antecede el Estado se obliga a velar por el estricto cumplimiento de ese derecho.

En las leyes secundarias como en el caso del Código Civil para el Distrito Federal se establece el deber de los padres de procurar y proporcionar alimentos a sus menores hijos (artículo 303); por su parte la ley penal en diversas disposiciones alude a la protección jurídica del menor en contra de los abusos de las personas mayores como se observa, a manera de ejemplo, en el delito de corrupción de menores previsto en el artículo 201.

Como el lector puede apreciar la ley no ha dejado a un lado al menor sino que no contempla en cualquiera de sus ámbitos.

El Código Penal para el Distrito Federal regulaba con anterioridad el derecho a corregir de los padres como causa de licitud en las lesiones, sin embargo, esta disposición se derogó en el Código Penal por ser injusta ya que los padres apoyados en la ley podían golpear a sus hijos con el objeto de corregirlos.

Es así como el maltrato al niño constituye desde siempre un problema de primer orden que se presenta principalmente por hogares rotos e irregulares en el que las frustraciones de los padres se canalizan en ira y malos tratos para con sus hijos.

El maltrato al menor es un síntoma inequívoco de la falta de preparación de los padres para salir adelante con la educación de sus hijos.

Es conocido por todos, que cuando las palabras no rinden frutos correctivos, el castigo inferido a través de golpes en ocasiones rinde buenos frutos, sin embargo, el uso de la violencia encaminada a la educación de los menores, si es bien encaminada, racional, puede rendir buenos dividendos, siempre y cuando se vincule con el amor de la familia y no con una ira desmedida.

"A medida que los hijos se moldean interiormente y tienden a todo lo elevado de vivir que los progenitores acrecientan el caudal de recursos de control sobre los hijos y que un hogar se edifica más y más sobre ejemplos constructivos y una sana armonía, así como el respeto constante hacia los padres, esta facultad de golpear a los hijos irá cayendo en descenso, hasta que desaparezca, como fue suprimida de los profesores en las escuelas".⁷⁶

Como se infiere del criterio que antecede a la familia, corresponde el deber de educar y corregir con amor a sus hijos, el uso de la violencia, situación que se ha convertido en un derecho universal consagrado en la declaración de los derechos del niño en 1959, el cual se deduce "El Derecho a la Protección contra toda Forma de Negligencia, Crueldad y Explotación".

⁷⁶ Hernández Quiros, Armando. **Derecho Protector de Menores**. Veracruz, México: Universidad Veracruzana-Facultad de Derecho, 1967. Pág. 182.

Los anteriores que se han comentado se basan exclusivamente en una premisa fundamental: el hecho de que el menor es una persona normalmente sana pero el caso que nos ocupa es el de un pequeño contagiado por SIDA, como consecuencia de una concepción matrimonial o extramatrimonial.

En el primer caso, cuando los padres son portadores del VIH o del SIDA, como hemos comentado, atraviezan por diversos momentos y uno de ellos, es la cólera que en ocasiones se ve reflejado en su hijo, pasa del remordimiento al coraje, inclusive a la desesperación; la comprensión se vuelve irracionalidad y es cuando el niño paga las consecuencias, golpes, insultos en general y malos tratos.

Este caso, no sólo se aprecia con los padres dentro del ambiente intrafamiliar sino que fuera de éste, también aquellas personas que no son parientes del niño con SIDA tienden a rechazarlo e inclusive a pegarle con el propósito de que se aleje de aquellos infantes que están sanos.

Este estigma provoca mayores estragos en el espíritu del menor (tristeza, alejamiento, temor, soledad) que la propia enfermedad, es por ello que como medida preventiva de estas conductas proponemos:

A) Rebastecer y dar eficacia a las leyes civiles a efecto de que los cónyuges se obliguen antes de procrear al llevar un debido control de su salud,

sobre todo cuando exista la sospecha de que alguno pudiera ser portador de determinada enfermedad infecto-contagiosa, con ello se conseguirá la profilaxis interparejas evitando así que los hijos sean los que paguen las faltas de sus padres quienes por irresponsabilidad o ignorancia han traído al mundo un nuevo ser cuya vida estará truncada por la enfermedad del SIDA.

B) Se requiere de una campaña concientización a todos los sectores de la sociedad elaborada por el Estado y con el propósito de hacer del conocimiento de la sociedad de que se le debe dar un trato digno y auténtico al menor que tenga esta enfermedad cumpliendo así con uno de los principios más elementales que es la atención especial para quien se encuentra enfermo o incapacitado.

Como hemos podido observar en este apartado, cuando se detecta durante la etapa de organogénesis que el nuevo ser está infectado por el VIH-SIDA es mejor, evitar su sufrimiento como lo hemos propuesto, es decir, que se legalice el aborto en esta etapa.

CAPITULO IV

BENEFICIOS DEL ABORTO PRACTICADO EN LA ETAPA DE ORGANOGENESIS

Dentro del aborto practicado en la etapa de organogénesis mencionaremos los "beneficios" que pueden presentarse a futuro, al haberse llevado a cabo el aborto, ya que debido a la falta de concientización de los padres en lo referente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, las personas actuamos irreflexivamente y nuestra acción es de rechazo al portador del virus y a su familia. Esto se lo debemos en gran parte a las revistas amarillistas, que lo único que hacen es mal informar a las masas que las leen motivando en el lector el morbo contenido en las mismas; en ningún momento le dan al lector la información necesaria, como por ejemplo que les mencionen las características de la enfermedad, sus formas de adquirirla y además los medios de protección para evitar el contagio y, lo que puede traer como consecuencia inevitable, contagiar a la mujer, y su propio hijo durante el transcurso del embarazo.

1. MENOR RIESGO DE MUERTE PARA LA MUJER

Actualmente se cree que 6.5 millones de personas son portadoras del virus del SIDA en todo el mundo, dos millones son mujeres. Su distribución en

diferentes partes del mundo es muy desigual, y depende de si el principal medio de transmisión del VIH sean las parejas heterosexuales. Hay cuando menos 1.5 millones de mujeres infectadas en Africa y el Caribe, en donde hay tantas mujeres como hombres infectados.

El número de casos de SIDA parece ser mayor entre las mujeres en edad reproductiva. En el Caribe, la mayor concentración de infección en las mujeres se representa entre los 20 y los 34 años de edad, con patrones similares a los reportados en Africa. En Uganda hay más casos de SIDA en mujeres de 20 a 29 años que en todos los otros grupos etáreos combinados. El perfil de edades del SIDA tiende a ser más frecuente entre las mujeres. Estas registran más casos que los hombres en los grupos de menor edad y menor número que los hombres en los grupos de edades menores y menos que los casos masculinos de más de 45 años de edad.⁷⁷

Aún cuando el VIH es más común entre aquellos que expresan una conducta de alto riesgo y los que tienen numerosas parejas sexuales, la mayoría de los casos de infección en mujeres, en los países en vías de desarrollo, es resultado de relaciones heterosexuales, la mayoría de los casos de infección en mujeres, en los países en vías de desarrollo, es resultado de relaciones heterosexuales con parejas regulares, generalmente entre un esposo infectado y la esposa. Este aspecto de la infección por VIH es mortal, ya que ataca el

⁷⁷ Cfr.; Oldiz, G. *Sida la Epidemia que a Todos Afecta*. Edit. Diana, México, 1988, Pág. 60.

núcleo de la vida familiar. Sea quien fuere quien traiga el virus a la familia, con frecuencia éste hace su primera aparición explícita cuando se enferma y muere un niño recién nacido. Cuando se revela la infección de la madre misma, es posible que la expulsen del hogar familiar.

La salud y la vida de cualquier mujer es decisivo para la salud y la vida de los hijos, no sólo durante el embarazo, el parto y los primeros meses de vida. Después de esta etapa, la capacidad de una madre para atender a sus hijos el tiempo y la energía que puede dedicar a sus hijos, las condiciones del hogar, sus recursos materiales, su habilidad y conocimiento; continúa jugando un papel de primer orden en el tránsito de un niño de la infancia a la madurez, física, social y emocional. Aunque una mujer infectada por el VIH transmita o no el virus a uno o más de sus hijos, su muerte prematura por SIDA causará un profundo impacto en toda la familia.

Aun sin la nueva amenaza planteada por el VIH, muchas mujeres en los países en vías de desarrollo conciben y crían niños en condiciones muy alejadas de lo ideal. Cada año, 500 mil mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, casi todas ellas con excepción de 6 mil viven en países en vías de desarrollo. El aumento de los riesgos emana de la poca planeación familiar de la falta de servicios prenatales y de maternidad que son escasos, y también de la mala salud de la madre.

Por eso es importante que la mujer que está embarazada y esté infectada por el virus del VIH tenga la libertad de abortar dentro de las primeras dieciocho semanas para evitar el menor riesgo de muerte para la madre, ya que de esta manera la mujer tiene la libertad de atender a los miembros de su familia y evita la desintegración de la misma.

De lo contrario la mujer debe contar con un pariente (madre, hermana, hija mayor, etc.) para atender y cuidar a los niños. Al ir perdiendo fuerzas, ella también necesita apoyo económico y doméstico: el mantenimiento de la casa, ayuda para transportar agua y combustible, la agricultura y el almacenamiento de los alimentos para la familia, esto se da con frecuencia en las zonas de bajos recursos.

En todas las comunidades afectadas por el SIDA, el número de mujeres embarazadas portadoras del VIH va en aumento. Un estudio hecho en Haití reveló un aumento de 8.9% de 1986 a 10.3% en 1988. En una ciudad de Africa Oriental, el índice de infecciones aumentó de 2% a más de 18% en menos de cinco años. Por lo general, los índices muestran aumentos muy notables de un año a otro.

Aun cuando se dispone de métodos anticonceptivos las mujeres que saben que están infectadas por el VIH no necesariamente evitan el embarazo. Muchas culturas y personas otorgan gran valor a la reproducción. En muchas

sociedades, la maternidad (especialmente al tener hijos varones) pueden ser el factor decisivo para determinar la posición de la mujer. En lugares donde no es raro que un niño de cada cuatro muera antes de los cinco años de edad por problemas de salud, el riesgo de uno de cada tres de ser portadores del SIDA tal vez no parezca demasiado alto.

La mujer con SIDA lleva una pesada carga psicológica. A menudo se le culpa injustificadamente de trasladar a su familia toda la aflicción y la estigma que la acompañan. A lo largo de su deterioro, tiene que adaptarse a la cercanía de su propia muerte y cómo ésta dañará la vida de los hijos que la sobrevivan. En muchos hogares los niños dependen de sus madres, no sólo afectivamente, sino para que los alimente, los vista, pague su educación y otros gastos. De alguna manera, la madre con SIDA debe intentar asegurar que se cuide a sus hijos dependientes y que no se arruinen sus perspectivas futuras como legado de su muerte inminente.

A continuación se muestran los casos de SIDA en el caso de las mujeres, en la categoría de transmisión y grupo de edad. Se observa que los grupos de edad más afectados son entre los 20 y los 34 años que es la edad reproductiva de la mujer (véase Cuadro No. 6).

GRUPO HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DON REM.		EXP.OCCUP.		PERINATAL		DROGAS		NO DOCUM.		TOTAL		
ETAREO	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<1	0	0.0	2	3.2	0	0.0	0	0.0	57	90.5	0	0.0	4	6.3	63	100.0
1-4	0	0.0	18	23.7	0	0.0	0	0.0	48	63.2	0	0.0	10	13.2	78	100.0
5-9	1	2.7	14	37.8	0	0.0	0	0.0	8	21.8	0	0.0	14	37.8	37	100.0
10-14	2	9.5	13	61.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	28.6	21	100.0
15-19	37	49.3	23	30.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.0	12	16.0	75	100.0
20-24	160	47.1	102	30.0	5	1.5	0	0.0	0	0.0	1	0.3	72	21.2	340	100.0
25-29	185	39.3	171	36.3	3	0.8	0	0.0	0	0.0	3	0.6	109	23.1	471	100.0
30-34	207	40.4	192	37.5	14	2.7	0	0.0	0	0.0	3	0.6	98	18.8	512	100.0
35-39	124	30.7	174	43.1	11	2.7	1	0.2	0	0.0	2	0.5	92	22.8	404	100.0
40-44	75	25.4	149	50.5	2	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	69	23.4	295	100.0
45-49	49	23.6	94	45.2	5	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	28.8	208	100.0
50-54	32	24.2	58	43.9	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	30.3	132	100.0
55-59	28	34.6	33	40.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	20	24.7	81	100.0
60-64	10	23.3	22	51.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	25.6	43	100.0
65-MAS	10	20.0	25	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	30.0	50	100.0
DESC	20	30.8	8	12.3	1	1.5	0	0.0	0	0.0	1	1.5	35	53.8	65	100.0
TOTAL	940	32.7	1098	38.2	43	1.5	1	0.0	113	3.9	13	0.5	665	23.1	2873	100.0

Cuadro No. 6. Casos acumulados de SIDA EN MUJERES, por categoría de transmisión y grupo de edad en México, hasta el 1o. de Septiembre de 1994.⁷⁸

2. REDUCCION DEL INDICE DE ENFERMOS DE S.I.D.A.

Uno de los problemas a que se enfrenta nuestro país es la cercanía a los Estados Unidos podría representar en la lucha por evitar o disminuir los embates del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), una circunstancia de riesgo permanente, pues se trata de la nación con mayor número de enfermos por este padecimiento y el principal lugar hacia donde emigran temporal o definitivamente los mexicanos. De esta manera, el fenómeno migratorio se convierte en un asunto importante dentro del estudio de los movimientos y características sociales que influyen de una u otra manera, en la expansión del SIDA entre los habitantes de nuestro país.

Un razonamiento nos puede hacer ver que los trabajadores que emigran a los Estados Unidos necesariamente tendrán prácticas sexuales inseguras, debido a que la mayoría se va sin sus familias; posteriormente regresan a sus hogares, propiciando tener relaciones sexuales con sus esposas dejándolas embarazadas y como consecuencia son infectadas por el mismo virus portador de la pareja, asimismo las madres transmiten el virus a sus propios hijos.

Los Estados de la República que motivan la emigración de trabajadores en mayor cantidad hacia el extranjero son Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas y Baja California Norte. En Estados Unidos

los migrantes se concentran en California (42.8%), en Texas (31.8%) y en Illinois (9.5%).

Por otro lado, Rosarito Cárdenas presentó un análisis de 35 casos de SIDA en migrantes, todos del sexo masculino y con una edad promedio de 35 años. Los lugares de origen de los enfermos eran: 10 casos en el D.F., 4 de Jalisco, 2 de Chiapas, Nayarit, Morelos, Michoacán, Sinaloa y Chihuahua; 1 de Veracruz, Guerrero, Edo. de México, Puebla, Baja California, Yucatán y Guanajuato. Se desconocen los lugares de residencia de dos personas. 10 de ellos habían vivido en California, 3 en Texas, 2 en Chicago, 6 en Nueva York, 1 en Nuevo México y se desconoce el lugar donde habitaron 6 enfermos.

Respecto a su sexualidad, 17 de ellos eran homosexuales, 13 bisexuales, 5 heterosexuales. 1 había sido contagiado durante una transfusión sanguínea, 6 al tener relaciones con personas seropositivas, 5 con prostitutas y 6 con extranjeras. Sus ocupaciones eran: 2 contadores, 2 estilistas, 2 médicos, 2 supervisores, 1 cocinero, 1 comerciante, 1 coreógrafo, 1 decorador, 1 instructor de tenis, 1 maestro, 1 mesero, 1 obrero, 1 oficinista, 1 pintor y 1 planchador de ropa. Las 16 profesiones restantes se ignoraban.⁷⁹

⁷⁹ Citado por Schole, C. y L. Serrano. "El SIDA, los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud". 1989, Pág. 11.

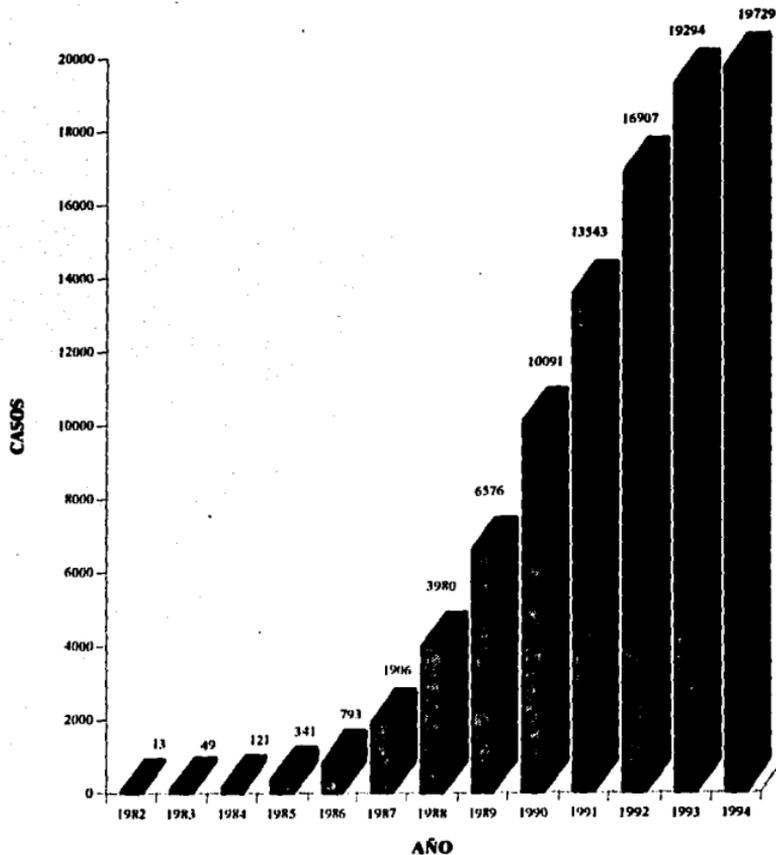
2.1.- La Situación del SIDA en México.

Hasta el 1 de septiembre de 1994, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 19,729 casos. Se registró un promedio de 12.2 nuevos casos de SIDA, 377 se registraron en el último mes. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación, ya que sólo el 72.0% de los casos inició su padecimiento, fue diagnosticado y se notificó en los últimos veinte meses, (véase la gráfica No. 1). De enero de 1991 a agosto de 1994 iniciaron y se notificaron 9,638 nuevos casos, lo que representa el 48.8% (véase Gráfica No. 1).

De enero a agosto de 1994 se han notificado 770 casos de SIDA menos con respecto al mismo período de 1993. Consideramos que esta situación obedece al subregistro y al retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a 29,990, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

La entidad con mayor razón de casos por habitante son: el Distrito Federal en donde uno de cada 1,420 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento, el estado de Jalisco con uno de cada 2,250 habitantes y el estado de Morelos con uno de cada 2,770.

INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO

Gráfica No. 1 Registro Nacional de Casos de SIDA⁸⁰⁸⁰ Ibidem. Pág. 17.

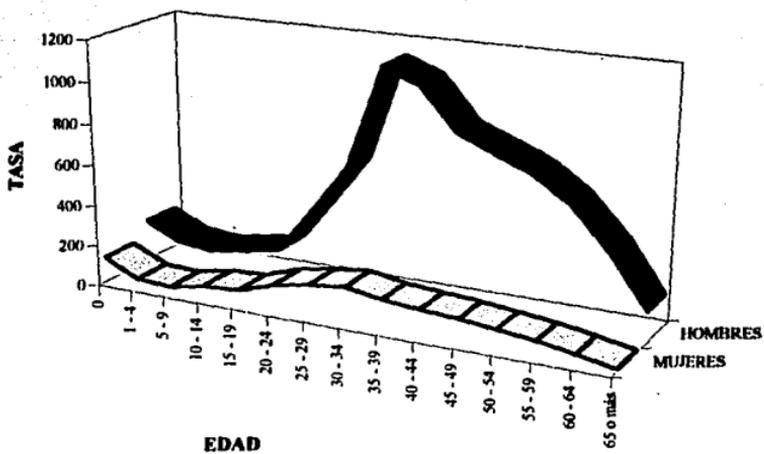
Los resultados del análisis por tasas indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres, uno de cada 928 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a una de cada 6,584 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 1,019 hombres se ha visto afectado en comparación con una de cada 6,750 mujeres; en el grupo de 25 a 29 años uno de cada 1,138 hombres en comparación con una de cada 8,687 mujeres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad para los grupos más afectados (25 a 29 años) está razón varía entre 6 y 7 hombres por cada mujer afectada, mientras que esta relación es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años (veáse gráfica No. 2).

2.2.- Impacto en la Mortalidad Infantil.

En la década de los ochenta, el Fondo de las Naciones para la Infancia (UNICEF) ayudó a crear una gran alianza contra las muertes de niños pequeños en todo el mundo. Se promovió una revolución en supervivencia y salud infantiles, ayudadas por medidas protectoras elementales de bajo costo, tales como la inmunización y terapias de rehidratación oral. Se fortalecieron las redes de atención primaria a la salud en todas partes; incluso en países que estaban reduciendo sus gastos sociales.⁸¹

⁸¹ Ibidem. Pág. 25.

TASA POR EDAD Y SEXO



Gráfica No. 2 Tasa por edad y sexo.⁸²

⁸² Ibidem, Pág. 17.

A medida que se disemina el SIDA, éste amenaza con socavar estos avances. La UNICEF calcula que en aquellos lugares donde se espera que uno de cada diez niños muere antes de la edad de cinco años, sin sufrir de SIDA, y en donde 20% de las mujeres embarazadas representa a mujeres infectadas por el VIH, las tasas de mortalidad infantil crecerán en más de una tercera parte. Cuando la proporción de mujeres embarazadas infectadas significa una tercera parte de la población, la mortalidad infantil puede llegar a más de la mitad de toda la población infantil.

En un estudio reciente la UNICEF calculó el impacto del SIDA en la mortalidad infantil en diez países de Africa Central y Oriente: Burundi, República de Africa Central, Congo, Kenya, Malawi, Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia. Se espera que hacia fines del siglo la tasa de mortalidad por SIDA entre niños menores de cinco años de edad, en lugar de bajar a 132 muertos por cada mil nacidos vivos, como se proyectara anteriormente aumenta a 159 y 189 por cada mil nacimientos de niños vivos.

Puesto que la gran mayoría de la transmisión del VIH en niños se lleva a cabo en el seno materno, el principal medio de prevención consiste en contener la diseminación del VIH en la mujeres. Con el SIDA, los lazos que unen a la salud materna con la infantil son absolutas: todas las madres de los niños condenados a muerte también habrían de morir por SIDA. Salvar a las mujeres

de la infección por el VIH es la clave para la estrategia de supervivencia del niño con SIDA.

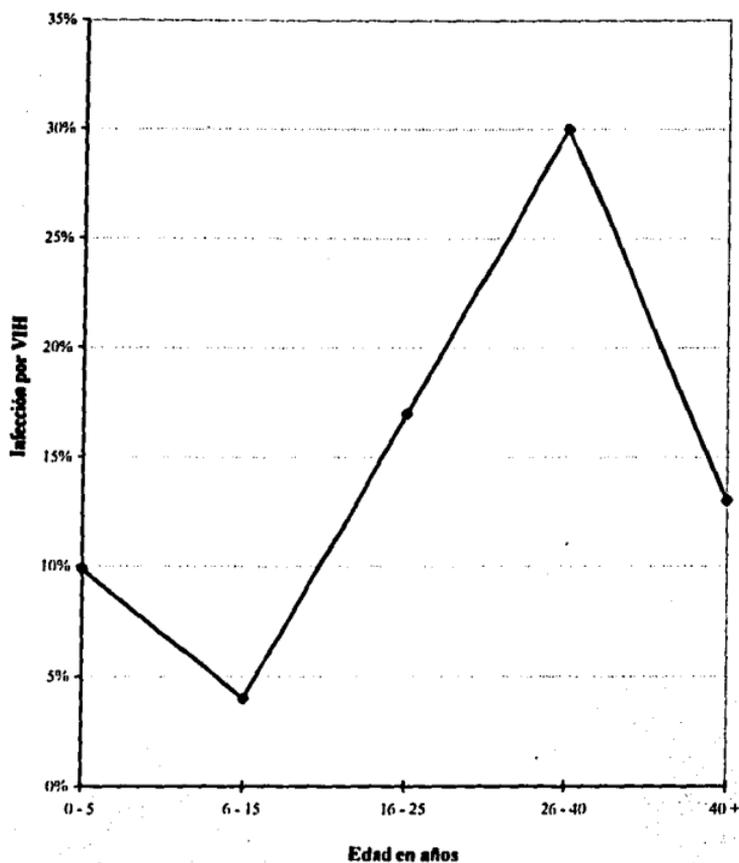
El virus del SIDA se encuentra con mayor frecuencia en niños muy pequeños que mueren antes de los 5 años de edad, y en adultos en edad reproductiva. Los niños de 5 a 15 años de edad casi no han sido afectados, porque no sufrieron la transmisión perinatal y todavía no son sexualmente activos (véase en la gráfica No. 3).

3. PREVENCIÓN DEL SUFRIMIENTO EN EL INFANTE

Es de gran importancia que se prevenga el sufrimiento en el infante dado que la enfermedad del SIDA es mortal para su existencia, se tienen que tomar medidas de prevención para que esta criatura no padezca todas las enfermedades que ocasionan el desarrollo del VIH.

3.1.- Enfermedades que se presentan en los niños con SIDA.

Se consideran los mismos criterios que en los adultos debiéndose destacar las siguientes condiciones:

SIDA en adultos en edad reproductiva y en niños**Gráfica No. 3 SIDA en adultos en Edad Reproductiva y en Niños.⁸³**⁸³ Ibidem. Pág. 22.

3.1.1.- Infecciones Congénitas.

- a).- **T. gondii** en pacientes menores de un mes.
- b).- **Herpes simple** en pacientes menores de un mes.
- c).- **Citomegalovirus** en pacientes menores de 6 meses.

3.1.2.- Condiciones Específicas.

- 1.- Inmunodeficiencias primarias (inmunodeficiencia combinada grave, síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich, ataxia-te langiectasia, enfermedad injerto contra huésped, neutropenia, anomalía funcional de neutrófilos, agamaglobulinemia o hipogamaglobulinemia con 1 gM. elevada).
- 2.- Inmunodeficiencia secundaria asociada a inmunoterapia supresora, padecimiento linforreticular maligno o desnutrición.

En ausencia de alguna de las infecciones oportunistas mencionadas anteriormente (en el inciso A), se considerará caso al paciente que tenga una prueba serológica o virológica positiva para VIH confirmada y alguna de las siguientes infecciones:

- a) **Histoplasmosis diseminada (no confinada ganglios linfáticos) diagnosticada mediante cultivo histología o detección de antígeno;**
- b) **Isosporiasis, que produzca diarrea crónica (de duración mayor a un mes), diagnosticada mediante histología o microscopia en heces;**
- c) **Candidiasis bronquial o pulmonar, diagnosticada mediante microscopia o por la presencia de placas blanquecinas características en la mucosa bronquial (no exclusivamente mediante cultivo);**
- d) **Detención de bacilos ácido alcohol resistentes en dos o más órganos;**
- e) **Bacteremia recurrente por Salmonella;**
- f) **Linfoma no Hodgkin (difuso, indiferenciado) de células B o de fenotipo inmunológico desconocido, diagnosticada mediante biopsia;**
- g) **Sarcoma de Kaposi, histológicamente confirmado, en mayores de 60 años al momento del diagnóstico;**
- h) **Paciente pediátrico (menor de 13 años) que presente neumonitis linfomatosa intersticial crónica confirmada histológicamente.**

Se excluirán como casos, aquellos pacientes que tengan serología negativa para anticuerpos, anti VIH, que no tengan ninguna otra prueba para VIH positiva, y que no tengan disminución del número de linfocitos T-cooperadores o un cociente disminuido de linfocitos T cooperadores/linfocitos T supresores.

La sospecha de SIDA en pacientes pediátricos, se establece cuando el niño presenta dos o más signos mayores, asociados con dos de los signos menores en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer, desnutrición severa u otras, y tiene serología positiva para VIH (corroborada, mediante prueba confirmatoria).⁸⁴

Signos Mayores.

- A. Pérdida de peso o desarrollo anormalmente lento.
- B. Diarrea crónica de duración mayor de un mes.
- C. Fiebre prolongada de duración mayor de un mes.

Signos Menores.

- A. Linfadenopatía generalizada.
- B. Candidiasis orofaríngea.
- C. Infecciones comunes repetidas (otitis, faringitis, etc.).

⁸⁴ Cfr.: CONASIDA. Medidas Preventivas del SIDA. Dirección General de Epidemiología, México, D.F. Junio, 1987, Pág. 20.

- D. Tos persistente por más de un mes.
- E. Dermatitis generalizada.
- F. Infección materna por VIH confirmada.

La sospecha de SIDA en pacientes pediátricos, se establece cuando el niño presenta dos o más signos mayores, asociados con dos de los signos menores, en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer, desnutrición severa u otras, y tiene serología positiva para VIH (corroborada mediante prueba confirmada).

Cuando los esfuerzos por tratar a un niño enfermo fallan constantemente, el trabajador de salud materno-infantil puede verse obligado a sacar la conclusión correcta. En ese caso, se limita sencillamente a enviar a la madre y al niño a su casa. Aparte de tratamiento común para la diarrea, la tos y las fiebres, la ciencia médica puede hacer muy poco para aliviar al niño enfermo. Hay hospitales renuentes a admitir a niños en quienes se sospecha la presencia del SIDA; debido a que trastorna la vida familiar, es una carga financiera muy pesada y ocupa camas que se necesitan para otros pacientes. En algunos casos, se debe proporcionar atención institucional a los niños porque han sido abandonados.

Cuando se les atiende en casa, los niños enfermos ocupan gran parte del tiempo y de la energía emocional de la madre. Aunque se les proporcione tratamiento médico, la madre debe atenderlos y sufrir con la continúa angustia. Esa angustia puede incluir la primera noción de que ella, también alberga el virus del SIDA. Si su salud también se deteriora, sus recursos para atender al niño enfermo se limitan más. La enfermedad y la muerte maternas son un peligro adicional para la salud y para las probabilidades de sobrevivencia del recién nacido en cualquier sociedad, esté o no infectado por el virus.

Sea cual fuere el pronóstico de niño infectado por el VIH, los expertos consideran que debe suministrarse la vacunación acostumbrada contra enfermedades inmunizables, con excepción de la vacuna antituberculosa cuando el niño muestra síntomas clínicos de SIDA. Hasta ahora, no se ha atribuido ningún caso de SIDA por transmisión de un equipo de inmunización contaminado. Los expertos recomiendan también que las madres infectadas por el VIH continúen amamantando a sus bebés: en un entorno pobre, los beneficios nutritivos e inmunológicos superan en mucho los riesgos de transmisión del VIH.⁸⁵

⁸⁵ Cfr.: *Ibidem*, Pág. 24.

3.2.- La Evolución del SIDA en Niños Pequeños.

En un adulto, la evolución del SIDA es muy clara. El virus está bien relacionado con ciertas enfermedades de la piel, de los pulmones y de los vasos linfáticos y con el adelgazamiento anormal que en Africa se ha dado en denominar "enfermedades del desgaste" por SIDA. Pero en niños pequeños, el diagnóstico del SIDA es mucho más difícil. El niño con SIDA sufre diarrea crónica, fiebre, pérdida del apetito e infecciones respiratorias, todos ellos son padecimientos típico de la primera infancia. Así, es muy difícil confundir síntomas y esto es lo que sucede a menudo.

Un bebé infectado por el VIH sufre la enfermedad a los seis meses de edad o antes. Algunos no pueden asimilar los elementos nutritivos, hasta llegar al punto en que, no sólo no suben de peso, sino que empiezan a perderlo. Las madres en comunidades muy pobres, especialmente las que desconocen su propia infección por VIH, tal vez no se preocupan al principio, pues no es raro ver que los niños dejen de crecer en forma temporal.

En la mayoría de los niños, la evolución del SIDA es rápida, debido a que el pequeño cuerpo no ha tenido tiempo aún de crear sus defensas. Así por ejemplo en el Cite' Soleil, un vecindario urbano pobre de Haití, 13% de los niños de mujeres infectadas por el VIH muere antes de cumplir los tres meses de edad; 23% muere antes de cumplir un año.

En la actualidad se cree que, en promedio, casi la mitad de niños infectados por VIH muere antes de cumplir los dos años de edad y que, para el quinto año de edad ha perecido 80% de ellos.⁸⁶

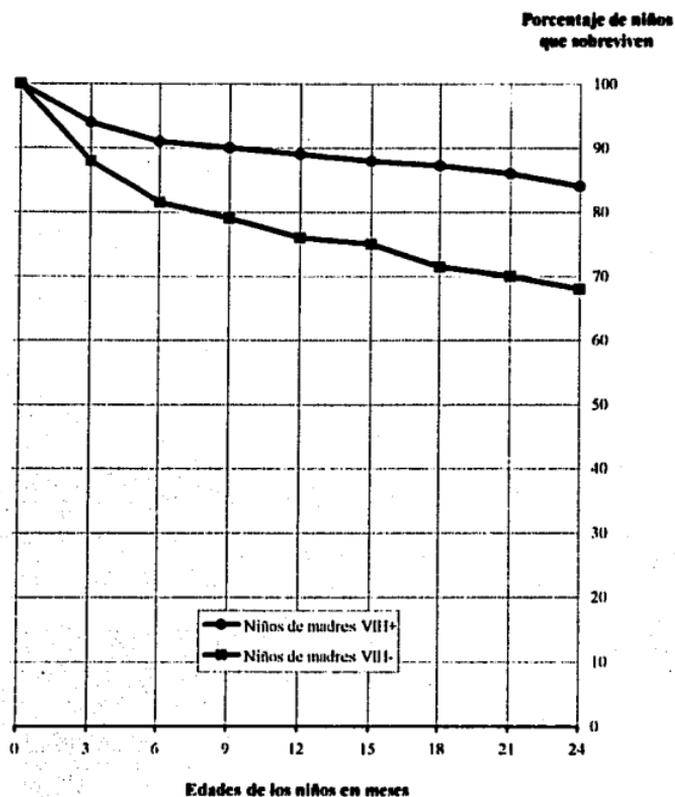
Los niños de madres infectadas por el VIH en Haití aparecen con índices de mortalidad más elevados que los niños de madres no infectadas (véase gráfica No. 4).

4. DISMINUCION DEL ABANDONO DE INFANTE

En la década de los noventa, sólo en Africa Central y Oriental se espera la muerte por SIDA de alrededor de 3 millones de mujeres, con el consecuente y devastador impacto sobre sus familias. El número de huérfanos a causa de SIDA ya empieza a afectar la vida familiar en lugares donde el virus es más agresivo. En los orfanatos de la capital de Haití, Puerto Príncipe, más de la mitad de los niños de 18 meses están infectados por el VIH. El UNICEF calcula que en diez países del Africa Oriental y Central, de continuar la actual tendencia, alrededor de 5.5 millones de niños menores de 15 años quedarán en la orfandad para el año 2000.

⁸⁶ Cfr.; Idem, Pág. 13.

Indíces de supervivencia en niños



Gráfica No. 4 Índices de Supervivencia en Niños de Madres de VIH positivas y VIH negativas.⁸⁷

⁸⁷ Ibidem. Pág. 24.

Estas cifras parecen sorprendentes e increíbles, sin embargo, en algunos lugares, el número de huérfanos por SIDA es aún más alto. En Rakai, Uganda del Sur, una encuesta reciente del fondo Save the Children consigna la existencia de más de 24 500 niños huérfanos menores de 18 años de edad, 12.5% del grupo étnico. Para dos terceras partes de estos niños la desgracia tuvo lugar en los últimos cuatro años, cuando la mortalidad por enfermedades serias en adultos en los mejores años de sus vidas se elevó repentinamente, siendo el SIDA la única explicación posible.

En el distrito de Rakas y el vecino Masaka, más de 20% de los adultos está infectado por el VIH. En muchos pueblos, casi a diario se realizan funerales. Las parcelas agrícolas están visiblemente desatendidas; el lodo y las casas de tabique se desmoronan, y quedan sin uso por la muerte de sus moradores. La mayoría de los huérfanos por SIDA es adoptada por parientes y abuelos, siguiendo la tradición inmemorial de la gran familia africana, aunque ello ocurre en medio de una alarmante escasez de recursos.

Las viudas jóvenes deben criar, no sólo a sus propios hijos sin el apoyo del cónyuge, sino también a los hijos de las coesposas muertas de sus maridos, enfrentándose a la dudosa perspectiva de su propia salud y supervivencia. El problema de cómo continuará la familia atendida, cómo garantizar alimentos, ropa y gastos para la educación; por no mencionar el amor, el afecto para todos

estos niños, pueden convertirse muy pronto en el desafío social más importante del Africa afectada por el SIDA.

En las áreas rurales, en muchas sociedades no industrializadas, una sólida condición física representa la unidad básica de capital en el sistema económico y es un prerrequisito para satisfacer las necesidades de supervivencia cotidiana. La excesiva carga de personas no productivas sobre el resto de la población empieza a causar tensiones para los que no existe mecanismo alguno de adaptación. Cuando la principal actividad económica es el trabajo rural, los ancianos y los que se encuentran en un estado avanzado de enfermedades carecen de fuerzas para la pesada labor de excavación necesaria para sembrar. En Rakai y Masaka, no sólo se subutiliza la tierra, sino que las normas agrícolas se han deteriorado, al punto de que hay mayores pérdidas por plagas y, puesto que la epidemia del SIDA se apoderó del lugar, las familias han quedado más vulnerables al fracaso de sus cosechas y a la escasez de alimentos.

Las familias con muchos hijos y pocos adultos son más propensas a sufrir por la desnutrición. Muchas familias afectadas por el SIDA están incapacitadas de mantener a sus hijos; es por esta razón que los mismos padres al ver la crisis por la que atraviesan tanto económicamente, moral, psicológica y medicamente son orillados a abandonar en los propios hospitales a sus hijos enfermos de SIDA, dejándolos desamparados a su propio destino.

Alrededor de 10 millones de niños son abandonados o han perdido o cortado los lazos con sus hogares de origen. Al aumentar el número de huérfanos por el SIDA, y puesto que los parientes sobrevivientes no logran adaptarse a la nueva situación, muchos niños formarán parte de las filas de niños callejeros.

Estos niños son blanco fácil para la infección por el VIH, su estilo de vida los pone frecuentemente en el lado equivocado de cualquier ley diseñada para proteger la salud y el bienestar de las menores. Emocionalmente vulnerables y económicamente urgidos, estos niños son presa fácil del sexo. En muchos lugares del mundo hay niños prostituidos de ocho, nueve y diez años de edad cuyas perspectivas para protegerse del SIDA son insignificantes; 7% de los niños callejeros de seis a 14 años de edad en Jartum están infectados por el VIH.⁸⁸

En Sao Paulo, Brasil, 9% de los niños examinados en instituciones estatales resultó con VIH positivo, en la mayor parte de los casos debido a que comparten agujas durante el uso de drogas de aplicación endovenosa.

En la ciudad, los niños que quedan huérfanos a causa de la muerte de sus padres por SIDA pueden formar parte de las filas de niños callejeros, que a su vez pueden ser blanco para la infección causada por el VIH.

⁸⁸ Cfr.: División de Programas del UNICEF. Primera edición en español, abril de 1991. Págs. 21 y 22.

5. LIBERTAD DE LOS PADRES PARA SU ATENCION MEDICA

En estudios recientes se ha observado que después de 7 años, el 30% de los sujetos infectados desarrollan SIDA, el 46% linfadenopatía generalizada, candidiasis oral, pérdida de peso, fiebre persistente o diarrea; y el 24% permanecen sin manifestaciones clínicas anormales. Estos porcentajes varían de acuerdo a los diferentes autores.

Hasta la fecha no se ha descubierto ningún tratamiento eficaz contra la infección por VIH. Un medicamento eficaz deberá cumplir con varios requisitos: posibilidad de administración por tiempo prolongado, absorción por vía oral, penetración a sistema nervioso central y ausencia de toxicidad. Al menos seis medicamentos, incluyendo suramin, y HPA-23 < Tungstato de Antimonio >, parecen promisoros in vitro, pero las investigaciones preliminares es un número muy limitado de pacientes no han sido alentadoras. Los dos medicamentos que hasta el momento aparentemente pudieran resultar más eficaces son la azidotimidina (AZT) y la ribavirina.

Recientemente, el uso de Azidotimidina (AZT) ha mostrado en estudios iniciales, una mayor sobrevida en pacientes con SIDA que hayan tenido al menos un cuadro de neumonía por *Pneumocystis carinii*, sin embargo, es necesario una evaluación a largo plazo para determinar su efecto definitivo en

pacientes con enfermedades relacionadas a infección por VIH. El medicamento tiene efectos tóxicos principalmente depresión de la médula ósea. Hasta la fecha no se ha otorgado su registro oficial en el país. Su uso se ha autorizado exclusivamente en ensayos clínicos controlados.

5.1. Tratamiento de los Pacientes con SIDA.

Consiste en terapias específicas para las infecciones oportunistas y las neoplasias que se presentan en cada caso particular. La atención apropiada incluye no sólo atención médica individual, sino también apoyo multidisciplinario, principalmente psicológico y social, así como el examen apropiado de las personas más allegadas al paciente. En la medida que los recursos del país lo permitan, se establecerá una red de servicios de salud que incluya: consultorios externos, laboratorios, hospitales, otros establecimientos y recursos comunitarios, a fin de permitir la referencia apropiada de casos y la atención de los pacientes con SIDA y de sus contactos.

El SIDA tiene una tasa de letalidad sumamente elevada, que alcanza un promedio de 40 a 50% en los países desarrollados. Sin embargo, cuando se analizan los grupos específicos, la tasa de letalidad puede ser del 80 al 100% en los pacientes observados durante tres o más años después del diagnóstico.

En lo que se refiere a la vacuna, el problema principal para su obtención es la variabilidad de las proteínas envoltura del virus. Las vacunas que se encuentran en investigación son de varios tipos:

- 1) Fracciones peptídicas de proteínas de la envoltura o de la capsida obtenidas mediante ingeniería genética en células bacterianas, mamíferos u hongos;
- 2) El virus de la vaccinia recombinante al que se le ha introducido la información genética referente a la expresión de cadenas peptídicas específicas de la envoltura del VIH;
- 3) Virus vivos similares no patogénicos (STLV-III o HILV-IV);
- 4) Virus vivos atenuados no citopáticos, y
- 5) Anticuerpos antidiotipo.

A pesar del avance que se está teniendo en este campo se calcula que se requerirá un tiempo aproximadamente de 10 años para la obtención de una vacuna que pueda utilizarse a nivel masivo. Es muy probable que la detención del VIH en los donadores de sangre y la amplia difusión de información entre los grupos expuestos, sigan siendo las principales estrategias de salud pública para

la prevención de la transmisión y adquisición de la infección durante los próximos años.⁸⁹

5.2. Vigilancia de Seropositivos.

La detención de individuos seropositivos permite tomar medidas para evitar la diseminación de la enfermedad. La información que se le debe proporcionar al sujeto infectado es la siguiente:

- 1) Significado de la prueba, principalmente el hecho de que la positividad del examen no equivale a diagnóstico de SIDA;
- 2) El pronóstico para el posible desarrollo de sintomatología, información sobre la misma que permita su detección temprana, y la conveniencia de evitar exponerse a estímulos antigénicos múltiples, disminuyendo el número de contactos sexuales y el uso de drogas;
- 3) Se le debe dar a conocer también su condición de infectado e infectante y las medidas preventivas a tomar;

⁸⁹ Cfr.: *Ibidem*. Pág. 25.

- 4) Se le informará sobre el riesgo de transmitir la infección por contacto sexual; haciendo énfasis en las medidas preventivas, como son:
- a) El uso preservativo (condón) y
 - b) medidas de -sexo seguro-, son prácticas sexuales que se deben evitar para evitar lesiones de la piel y de mucosas, que permiten intercambio de líquidos corporales, se clasifican según el riesgo de infección en: sin riesgo, contacto de piel con piel sana, sin intercambio de líquidos corporales, mediano riesgo, aquellos donde existe intercambio de líquidos corporales sin soluciones de continuidad, alto riesgo, las que producen daño a la piel y mucosas, provocando intercambio directo de líquidos corporales como la sangre y el semen;
- 5) Debe abstenerse de donar sangre, semen o tejidos.
- 6) Las mujeres seropositivas deben evitar el embarazo;
- 7) Los hombres seropositivos no deben fecundar a ninguna mujer, y
- 8) El apoyo integral, principalmente el psicológico incluyendo a sus allegados.

5.3. Avances en el Tratamiento.

Actualmente se cuenta ya con diversas alternativas terapéuticas, señaló el doctor Samuel Ponce de León, investigador del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de la Nutrición (INN).

¿Por qué es difícil encontrar medicamentos para combatir el VIH?

- **Porque al igual que otros retrovirus, el VIH se vuelve parte integral de las células que infecta, por lo cual la única forma de eliminar completamente el virus sería exterminando todas las células infectadas.**

El virus puede infectar las células cerebrales provocando consecuencias diversas; muchas de las drogas antivirales son incapaces de cruzar la barrera hematoencefálica (que protege normalmente el tejido cerebral) para llegar a las células infectadas.

- **El virus puede infectar las células cerebrales provocando consecuencias diversas; muchas de las drogas antivirales son incapaces de cruzar la barrera hematoencefálica (que protege normalmente el tejido cerebral) para llegar a las células infectadas.**

¿Qué ha sucedido respecto al tratamiento de esta enfermedad desde la primera detección de un paciente vivo con SIDA, en 1981 en Estados Unidos, y en México desde 1983?

- **Ha habido muchas modificaciones. Durante los primeros años, la epidemia se caracterizó por no tener ningún tratamiento específico contra el virus de inmunodeficiencia humana. El manejo de estos pacientes se enfocaba solamente a las complicaciones que presentaban, teniendo como consecuencia una alta mortalidad. A partir del descubrimiento del VIH en 1983 y su consecuente identificación como retrovirus, empezaron a utilizarse medicamentos ya conocidos cuya acción fundamental era inhibir la actividad de la transcriptasa reversa, enzima que permite al virus incorporar su material genético en la célula que está infectando. Es muy larga la lista de drogas que se han probado. Entre las más destacadas se encontraba la suramina, compuesto aplicado hace muchos años para tratar la enfermedad del sueño; se pensó que este medicamento podría ser útil para controlar la infección del VIH, pero los resultados de los estudios clínicos no corroboraron su efectividad. Tal fue la suerte de muchos fármacos.**

En la actualidad, lo más sobresaliente para el tratamiento del SIDA es un medicamento conocido con el nombre de **Azidotimidina (AZT), también**

desarrollando años atrás pero que en este momento no probó aplicación práctica alguna. Mucho tiempo se guardó en los archivos, hasta que iniciaron algunas pruebas en Estados Unidos que dieron resultados alentadores. Se corroboró la eficacia del compuesto, evaluándose en un estudio clínico adicional.

La Azidotimidina prolongó significativamente la vida de los pacientes, por lo cual el gobierno de los Estados Unidos aprobó su distribución en el país. Si bien es la mejor opción actual, la AZT no representa el punto final en la búsqueda terapéutica. Aumenta la vida de los enfermos, pero finalmente los pacientes evolucionarán mal y fallecerán. La alta toxicidad del fármaco es otro problema, ya que una proporción significativa de casos presentan depresión en las funciones de la médula ósea, desarrollan anemia, requieren de transfusiones continuas, hasta que las complicaciones demanda disminuir las dosis o suspender el tratamiento.

En México, el Instituto Nacional de la Nutrición ha desarrollado un protocolo de tratamiento para pacientes con SIDA, con un medicamento derivado del telurio que tiene propiedades inmunoestimulantes. Lo hemos probado durante casi dos años con alguno de los 130 pacientes que tiene el INN. El enfermo, en primer lugar, debe estar de acuerdo y colaborar con el estudio, además de cumplir ciertas características.

Esperamos iniciar un nuevo tratamiento, en el cual incluimos la Azidotimina para tratar de encontrar una buena combinación de antivirales e inmunomoduladoras, para así ofrecer mejores perspectivas en el tratamiento y en la calidad de vida de los enfermos de SIDA (véase Cuadro No. 6).

LISTA DE MEDICAMENTOS (ACTUALMENTE EN ESTUDIO:) PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA		
Nombre del medicamento	Vía de administración	Efectos secundarios:
1.- Suramina	Parenteral	neurológicos, cutáneos.
2.- Ribavirina	Parenteral y oral	anemia, náusea, dolores de cabeza
3.- Alfa interferón	Subcutánea	fiebre y náusea
4.- Fosfonoformato	Infusión intravenosa	problemas renales y retención ósea
5.- Antimoniotungstato	Parenteral	problemas sanguíneos
6.- Ansamicina	Oral	problemas hepáticos
7.- Azidotimidina (AZT)	Oral y parenteral	en estudio

Cuadro No. 6. Medicamentos en Estudio.⁹⁰

⁹⁰ Durham, Jerry D. y Felissa L. Cohem. ob. cit. Pág. 155.

Desde el diagnóstico mismo, el médico se enfrenta a una situación difícil, y no menos complicada resulta la búsqueda de tratamientos adecuados para combatir las infecciones oportunistas, que son las que finalmente conducen a la muerte a los enfermos de SIDA. Hay infecciones para las cuales el tratamiento es muy difícil o no existe; por ejemplo, las ocasionadas por el citomegalovirus que provoca diferentes cuadros clínicos, fundamentalmente neumonía o infecciones generalizadas con afección de múltiples sistemas de organismo, y que es una de las causas más frecuentes de muerte en los pacientes.

Situación similar se presenta con otros agentes patógenos, cuya respuesta prácticamente nula al tratamiento desemboca en la muerte de otra proporción de individuos. Las complicaciones se atienden tan pronto como se manifiestan: si el paciente tiene un primer episodio de neumonía, es relativamente fácil su recuperación; pero si a éste preceden diversas infecciones, el cuadro se complica y las posibilidades de sobrevida del sujeto disminuyen considerablemente.

5.4. Costo por Paciente.

Respecto a los costos por paciente hospitalizado en noviembre del año pasado, Bronfman indicó que el promedio era aproximadamente de 95 millones

de pesos, sujetos, desde luego, a la devaluación de nuestra moneda y a la inflación. "Son mucho más económicas las campañas educativas que la atención de cada enfermo de SIDA. Tolo lo que se invierte en educación no equivaldría a un porcentaje mínimo del costo que significa atender a las personas afectadas por este padecimiento. Creo que hacen falta muchos recursos para intensificar estas acciones educativas, y en un país en crisis como México tampoco se pueden canalizar todos los recursos de la Secretaría de Salud para enfrentar un solo problema y dejar de lado otras que no han dejado de existir y no se deben abandonar. Existen ya respuestas específicas por parte de la población civil para apoyar económicamente las campañas y la lucha contra el SIDA. De esta manera, además del Estado se cuenta con otras fuentes de financiamiento como algunos mecanismos internacionales y nacionales."⁹¹

6. REDUCCION DEL RIESGO DE CONTAGIO DE SIDA

A pesar de los esfuerzos masivos de investigación para encontrar una vacuna o tratamiento efectivo para el SIDA, todavía es una enfermedad mortal. La prevención de la transmisión es la forma más viable para detener la propagación de esta enfermedad devastadora. La enseñanza de la reducción del riesgo es un reto que requiere la aplicación de muchas habilidades de enfermería.

⁹¹ Brown F. "SIDA Alerta 12" 4o. trimestre 1190, Pág. 2-3.

Esto se puede realizar mejor escuchando, informando y apoyando a los enfermos en la toma de decisiones que pueden reducir su riesgo. Los pacientes merecen lo mejor, lo que no sólo significa que las enfermedades deben estar bien informadas, sino también que deben permanecer imparciales y ofrecer ayuda e interés.

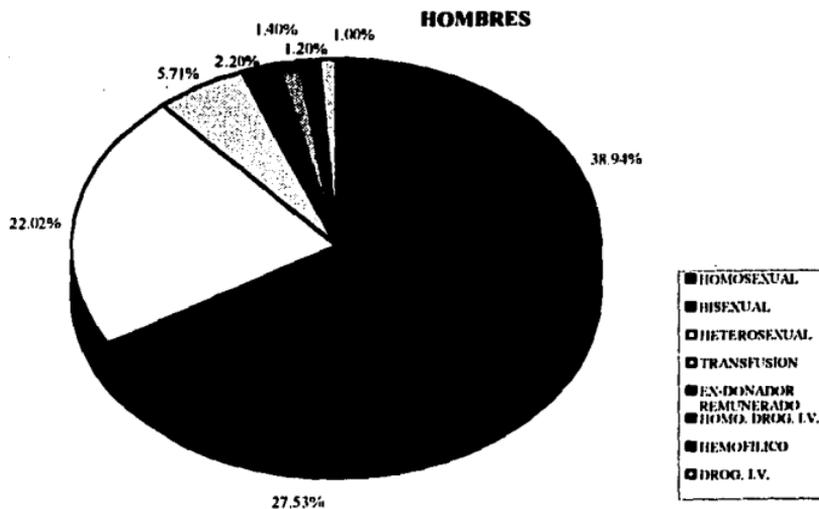
6.1. Medidas Preventivas.

De los tres mecanismos de transmisión del SIDA (véase gráfica No. 5 y 6), el sexual es sin duda el que mayores problemas preventivos plantea, por involucrar uno de los aspectos más íntimos y delicados de la conducta humana: la vida sexual. Es, por otro lado, el que se asocia a un mayor número de casos y al que, por lo tanto, mayor atención debe presentarse. En tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivos, la educación y la modificación de prácticas que conlleven riesgo constituyen los únicos medios a través de los cuales se puede incidir en el problema. Es por ello, que las campañas de difusión y prevención y los programas educativos deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad en forma plena pero segura, orientado a los individuos con conductas de alto riesgo o con riesgo potencial para que modifiquen su hábitos sexuales sustituyéndolos por otros que han sido denominados "sexo seguro". El uso del preservativo o condón, ha sido ampliamente difundido en las campañas educativas a nivel mundial, como una

medida efectiva para reducir el riesgo en la transmisión sexual del VIH. Existen diversos trabajos que han documentado, por un lado, que el VIH no atraviesa una barrera de látex o una membrana natural de las utilizadas en la fabricación de algunos preservativos, y por otro lado, que tiene un efecto protector cuando se comparan grupos de usuarios contra grupos que no los usan. El uso de algunas sustancias espermaticidas, como el monoxynol-9 también se ha recomendado como medida preventiva. Esta recomendación se basa en algunos estudios de laboratorio en lo que se ha podido inactiva con esta sustancia al VIH, e incluso a los linfocitos que lo contienen. Sin embargo, los estudios señalados aquí son escasos y no todos contemplan algunas variables importantes como el uso rutinario de los condones (es decir, en todos y cada uno de los contactos sexuales), el tipo de práctica sexual, otros factores de riesgo concomitantes o el uso correcto de los condones y/o espermaticidas.

Por ello mientras no existan medidas preventivas más eficaces, su uso seguirá siendo una recomendación constante en las campañas educativas y preventivas.

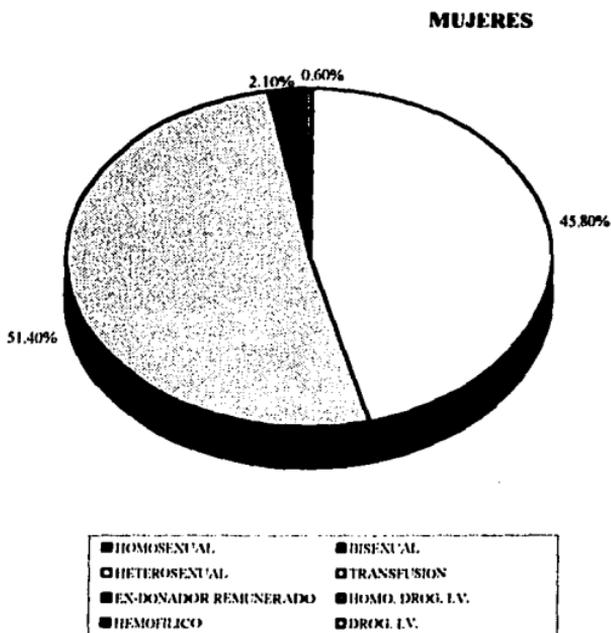
CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS



Gráfica No. 5 Categoría de Transmisión en Adultos.⁹²

⁹² Boletín Mensual SIDA/ETS. ob. cit. Pág. 11.

CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS



Gráfica No. 6 Categoría de Transmisión en Mujeres Adultas.⁹³

⁹³ Idem.

6.2. Recomendaciones Generales de Tipo Médico-Sanitario.

Disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección las recomendaciones que a continuación se nombran:

- 1) Tener una sola pareja sexual.
- 2) Evitar relaciones sexuales ocasionales.
- 3) Reducir el número de parejas sexuales.

Para aquellas situaciones en que los hábitos sexuales son diferentes, se han elaborado otra serie de recomendaciones para disminuir el riesgo de adquirir la infección.

La decisión sobre el tipo de relaciones sexuales que cada individuo practique solamente podrá tomarla el propio individuo y su pareja, para lo cual necesitará un conocimiento amplio de las opciones que existen y el riesgo que cada una implica, y sobre todo en la mujer que se concientice en no embarazarse y tomar las precauciones necesarias, porque el más afectado en la relación-pareja vienen a ser los propios hijos.

Primero las prácticas sin riesgo de infección para VIH. Estas incluyen únicamente aquellas relaciones donde sólo existe contacto de piel con piel sana, sin intercambio de líquidos corporales (por ejemplo, abrazos, besos secos).

Segundo las prácticas de mediano riesgo. Son aquellas donde existe intercambio de líquidos corporales como el semen y la sangre (por ejemplo el coito con utilización de condón, besos húmedos).

Tercero las prácticas de alto riesgo. En estas se produce daño a la piel y mucosas permitiendo el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen (por ejemplo: coito anal y vaginal sin utilizar condón).

La principal causa de falla de los condones en su uso incorrecto y su consecuente ruptura por lo que se debe brindar mayor información al respecto.

CONCLUSIONES

Primera.- El aborto significa la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Segunda.- A través de la historia nos hemos dado cuenta que existieron varias legislaciones que lo contemplaban como en el Código de Manú de la India, en Grecia, Roma, etc., algunas lo castigaban otras lo permitían, según su forma de valorar la vida.

Tercera.- Existen en el mundo diversidad de tendencias sobre cómo tratar el tema del aborto, cada país lo tipifica en sus leyes de diferente forma, basándose en las exigencias sociales, morales y de respeto, también toman en cuenta circunstancias tales como condiciones demográficas y la práctica clandestina, dejando en manos de la mujer la decisión de practicarse la intervención.

Cuarta.- En el mundo existen pocos países que castigan la práctica del aborto, es más fuerte la tendencia por la despenalización.

Quinta.- En nuestro país el aborto es un delito tipificado sancionado a excepción de los casos en que se provoquen por imprudencia de la mujer, por violación o cuando de no practicarse, corra riesgo la mujer de perder la vida.

Sexta.- La Etapa de Organogénesis médicamente significa el desarrollo o crecimiento de los órganos del feto; es decir se comprende dentro de las doce semanas del embarazo, en donde la mujer puede abortar sin que se ponga en peligro su vida.

Séptima.- Existen grandes avances en asistencia médica para la población y una variedad de medicamentos utilizados para contrarrestar todas las enfermedades que atacan al ser humano, sin embargo, a pesar de estos avances, todavía existen y se presentan con más frecuencia enfermedades nuevas y se han transmitido al feto por vía trasplacentaria, como el SIDA.

Octava.- S.I.D.A. Son las siglas con las que se conoce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad causada por un virus que incapacita una parte del sistema inmunológico (defensas) del cuerpo humano, este daño hace vulnerable al cuerpo a una variedad de infecciones poco comunes. Las personas que están infectadas con el virus podrán desarrollar SIDA, la mayoría de las personas infectadas formarán anticuerpos contra el virus y permanecerá sin manifestaciones de la enfermedad, es decir no tendrá síntoma alguno de SIDA. Del 15% al 30% de personas infectadas desarrollarán SIDA a lo largo de 5 ó 10 años, según el estado inmunológico de cada persona.

Novena.- La entrada al cuerpo de células infectadas con el VIH sólo puede ocurrir de tres formas o vías: transmisión sexual, sanguínea o transmisión perinatal.

Décima.- La transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por tres mecanismos y entre momentos distintos; primero: vía de transmisión transplacentaria, segunda: durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con la del niño; tercero: pos parte, transmisión por leche materna.

Décima Primera.- Las consecuencias que pueden ocasionarse al nacer el infante infectado del VIH son: médicamente en cuanto a los tratamientos tan complicados que deben seguir, psicológicamente afecta a todos el núcleo familiar, socialmente es rechazado por las personas que lo rodean y por último en la familia se presenta un cuadro doloroso, depresivo y complicado para poder atender al infante contagiado.

Décima Segunda.- También se dan delitos contra la vida y la integridad corporal en el caso del nacimiento del enfermo de SIDA, como pueden ser: las lesiones que se ocasionen entre la misma pareja y así a los hijos, se puede dar el caso que alguno de los cónyuges llegue a quitarse la vida o llegar a abandonar al infante en el mismo hospital o en determinado tiempo hasta maltratarlo.

Décima Tercera.- No estamos de acuerdo en permitir la práctica de aborto con plena libertad, pero sí estamos de acuerdo en evitar nacimientos que causen dolor, sufrimiento y rechazo para los padres e hijos.

Décima Cuarta.- Apoyamos la idea de provocar el aborto, cuando nos enteramos de la deficiencia que trae consigo el feto, para evitar rechazos y causar lástima, evitando así el cruel futuro que le espera por los tratamientos dolorosos que no lo curan pero sí alargan su agonía.

Décima Quinta.- La decisión para practicar el aborto en la mujer debe ser tomada por la pareja ya que ellos enfrentan el difícil problema y sus consecuencias, teniendo presentes los recursos médicos y económicos, si los padres no se ponen de acuerdo, la decisión quedará en manos de la mujer, porque es ella quien arriesga su vida.

Décima Sexta.- Los beneficios que pueden resultar de la práctica del aborto en la etapa de organogénesis son importantes para la sociedad, ya que permite reducir el riesgo de muerte para la mujer, prevenir el sufrimiento en el infante, reducir la tasa de enfermos de SIDA, disminución del abandono de infante, así también la libertad de los padres para su atención médica y reducción del riesgo de contagio de SIDA.

Décima Séptima.- Consideramos necesario despenalizar el aborto en el caso de contagio de SIDA; siempre que sea practicado dentro de la etapa de organogénesis para evitar alguna complicación en la madre, adheriéndolo en el artículo 333 del Código Penal en su último párrafo; para evitar el sufrimiento tan doloroso por el que atraviesa la criatura infectada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que propicia un enfrentamiento trágico para la familia, dejándola en situaciones difíciles, morales, médicas y económicas; es lamentable ver a los padres como sufren al ver agonizar poco a poco al infante y la frustración de no poder hacer nada por él.

BIBLIOGRAFIA

Balletnti, Joseph A. "Inmunología". Edit. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 213, Washinton, 1988.

Bernejo, Carlos J. SIDA, Vida y en el Camino. Ediciones Paulinas, España, 1990.

Carrancá y Trujillo, Raúl. Código Penal Anotado. 6a. ed. México, Edit. Porrúa, 1976.

Carrara, Francesco. Programa de Derecho Criminal. Vol. I, Bogota, Edit. Temis, 1977.

Daniels, Víctor G. "SIDA". Edit. El Manual Moderno, México, 1985.

González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano (Los Delitos). 26a. ed. México, Edit. Porrúa, 1993.

Jiménez de Azua, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo VII, 4a. ed. Buenos Aires, Edit. Losada S.A. 1983.

Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano, Tomo II. 6a. ed. México, Edit. Porrúa, 1984.

J.M.D, David, Weber y Cols. American Journal of. abstetries and Gynecology.

Lawlor, J.L.G. y Fisher T.J. "Manual de Alegría e Inmunología". Edit. Prensa, México, 1991.

Miller, N. "Atención de Pacientes con SIDA". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 1989.

Oldíz, G. "SIDA la Epidemia que Afecta a Todos". 2a. ed. México, Edit. Diana, 1992.

Pavón V., Francisco. Lecciones de Derecho Penal. 3a. ed. México, Edit. Porrúa, 1976.

Porte Petit, Celestino. Dogmática sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal. 10a. ed. México, Edit. Porrúa, 1994.

Sepúlveda, A. y Bronfam M. "Ciencia y Sociedad". Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1992.

Schole, C. y Serrano L. "El SIDA, los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud". 1989.

LEGISLACION

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 98a. ed. México 1993.

Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal de 1994. 67a. ed. México, Porrúa, 1994.

Ley General de Salud. 2a. ed. México, Edit. Andrade, S.A. 1987.

Código Penal para España. Ed. Instituto de Estudios Jurídicos de Madrid, 1990.

González de la Vega, Raúl. Comentarios al Código Penal, México, Cárdenas, 1985.

OTRAS FUENTES

Biblioteca Salvat de Grandes Temas. El nacimiento de un niño. Edit. Salvat, Barcelona, 1975.

Boletín Mensual SIDA/ETS, EPI-CONASIDA, México, Sistema Nacional de Salud. Año 8, No. 9, Septiembre, 1994.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "SIDA, VIH 1992". Edit. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1992.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12a. Ed. México, Edit. Salvat, 1984.

Revista Mundo Científico, No. 60 Vol. 5 Pág. 38.

Population Reports, Temas sobre la Salud Mundial.