

321909



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CENTRO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  
ESCUELA DE DERECHO

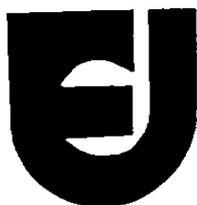
CLAVE 3219

18  
2eb

"TRATAMIENTO JURIDICO DEL SINDROME DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)  
EN MEXICO".

**T E S I S**  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIADA EN DERECHO  
P R E S E N T A :  
ANGELICA ORTEGA TREVIÑO

Director de Tesis: Lic. Francisco Javier Roa Déciga



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

259457



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.

## **DEDICATORIAS**

**A DIOS  
Y  
A MIS PADRES**

**Sra. Josefina M. de Treviño**  
Modelo de Mujer y Madre

**Lic. Socorro A. Treviño M.**  
Por ser ejemplo de rectitud  
y una excelente madre.

**Sr. Alfonso Treviño Gómez**  
Por su ejemplo de honradez y  
trabajo, que ha dado durante  
toda su vida.

**A Jorge:**  
Por su amor, apoyo y paciencia.

**A Carlos:**  
Por su ayuda incondicional.

**A mis demás familiares y amigos**

**A mis maestros:**  
con enorme gratitud

En especial:

**Al Lic. Francisco Javier Roa D.**

Auténtico semillero de sabiduría, por  
la dirección desinteresada, generosa  
y paciente en la elaboración de este  
trabajo, quien dedicando gran parte  
de su tiempo, ayudó a que este  
proyecto diera frutos rápidamente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), es una enfermedad que ha tomado gran trascendencia a partir de los últimos diez años. Hace muy pocos años, poco o casi nada se sabía de esta mortal enfermedad, a la que se le conoce como: "*el mal del siglo*". Hoy en día, y a pesar de los grandes avances tecnológicos, aún no se logra precisar con exactitud, de donde provino, y peor aún, no se ha encontrado ninguna cura.

En la actualidad de todos los casos que existen en el mundo, poco más de un millón los encontramos tan solo en los Estados Unidos de Norteamérica; y las estadísticas señalan que para el año dos mil, el número de personas infectadas, será de casi cincuenta millones en todo el mundo, todos estos casos, causales de la muerte. Esta aclaración se hace, porque existen muchos casos más en que las personas son portadoras del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y lo podrían ser durante toda su vida, sin que necesariamente desarrollen la enfermedad.

La gravedad de este padecimiento, y lo poco que se sabe aún de ella, es lo que ha llevado a investigar en diversos países del mundo, si ya existía algún tipo de legislación en materia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), pero al encontrar muy pocos en los que se legisla, el enfoque se dio hacia tres naciones de América: Brasil, Colombia, Estados Unidos, en donde ya existe una legislación en esta materia.

Al ver que son escasos los países que la reglamentan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) como tal, surgió la idea de la importancia y la necesidad de que en México, se tomen cartas en el asunto.

Es por lo anterior, que la propuesta consiste en la creación de una Ley, específicamente en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en donde se especifiquen los conceptos, que muchas veces se escuchan, pero que no se conocen bien, así como una explicación de las diferentes etapas por las que atraviesa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y como lidiar con ellas, la creación de programas de prevención y control de la enfermedad, y que de cierto modo, con esta ley, se eviten los fatales resultados de discriminación laboral, médica, familiar, social, etcétera, imponiendo sanciones a quienes realicen este tipo de discriminación a un enfermo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), así como la imposición de sanciones para los transgresores de dichos preceptos legales.

En México, cada día se dan un mayor número de casos de personas contagiadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), incluyéndose hombres, mujeres, y hasta niños, quienes contraen el virus de diversas formas, pero el más común se da durante el período de gestación, al ser hijos de padre y/o madre seropositivos, en cuyo caso, se debería de adicionar al Código Penal la posibilidad de elección a la madre, para tener a su hijo, aún a sabiendas de que pronto morirá, o respetar su decisión de aborto, en cuyo caso se incluiría como una causal de aborto consentido, aparte de los ya existentes.

México, poco ha hecho por erradicar la enfermedad, o por darle un tratamiento jurídico adecuado. Su actuación se ha limitado a la creación de un Consejo Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), y a la inclusión de breves aspectos concernientes al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en el Código de Salud.

Como se puede observar, estas medidas no son las únicas para lograr que la enfermedad vaya desapareciendo, sino que por el contrario, va en aumento.

Se considera por tal motivo que es de trascendental importancia, tener una legislación al respecto, complementada con normas penales adecuadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

## OBJETIVOS

Con el presente trabajo, se pretende demostrar la necesidad, en nuestro país, de una Ley en materia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Para tal efecto, se ha recurrido al estudio de tres países de América, que ya cuentan con una legislación específica en la materia, estos países son: Colombia, Brasil y Estados Unidos.

Se analizará el Decreto Reglamentario en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), vigente en la República de Colombia, su contenido, sus alcances, que se analizan en las estadísticas, que han traído como beneficio, una notable disminución en los casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en los últimos cinco años, es decir, a partir de que entró en vigor este Reglamento, en 1992, ya que actualmente, existen aproximadamente ciento sesenta casos por cada cien mil habitantes, en lugar de tres mil setecientos catorce, que existían a principios de 1992, antes de la aplicación del Decreto Reglamentario en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Como segundo objetivo se analiza la legislación vigente en la República de Brasil. A pesar de que este fue el primer país de América en que se descubrieron los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y que fue durante muchos años el país con un mayor índice de personas contagiadas, a partir de la entrada en vigor de la Legislación en materia de Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), al igual que en Colombia, el número de casos ha disminuido en una manera considerable.

Otro de los objetivos de este estudio es el análisis de la legislación en Estados Unidos, de carácter federal, en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), pero esta no ha sido aplicada, en virtud de que el gobierno considera que no existen fondos suficientes para llevar a cabo la ley eficazmente.

Por lo antes expuesto, el índice de casos de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en los Estados Unidos de Norteamérica ha tenido un constante aumento, y no una disminución como ha ocurrido en Colombia y Brasil.

Con esto se demuestra la imperiosa necesidad de legislar en esta materia, ya que Estados Unidos es ahora el país con un mayor número de personas contagiadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), en América.

En cuanto a la legislación mexicana, se analiza la insuficiente legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), demostrando que es necesario ampliar la misma, y así lograr se disminuya la incidencia de personas con esa enfermedad, y en eso consiste la hipótesis de este trabajo de investigación.

De los objetivos antes mencionados se intentará demostrar que la propuesta de este trabajo consiste en la inclusión en la legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), de una explicación certera y detallada, pero breve, de la enfermedad, a fin de

que cualquier persona tenga acceso a ella, y mejor aun, logre entenderla, para evitar, que por ignorancia se siga afectando de otra manera, a quienes ya de por si, sufren bastante por su padecimiento.

Además de la legislación propuesta en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), (que podría manejarse como reglamentaria del Código de Salud), se propone que al Capítulo II del Código Penal, que trata del Peligro del Contagio, artículo 199-bis, se adicione lo siguiente:

"ART. 199 - bis.- Párrafo Primero.- ...

Párrafo Segundo.- Se considera al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) como enfermedad de contagio, independiente de cualquier otro mal venéreo o enfermedad grave en período infectante, e incurable

Tercer Párrafo.-....."

Asimismo, se debe incluir que si el transmisor sabe que padece la enfermedad, la pena especificada consistente en seis meses a cinco años de prisión, aumente a la que se daría al homicidio por lesiones.

Por lo anterior, la pena propuesta para el supuesto del párrafo segundo del artículo 199-bis, este nos remitiría al artículo 303 del mismo Código Penal, concerniente a las sanciones que por la comisión del delito de lesiones, lleve como consecuencia el homicidio, aquí se menciona en el párrafo primero lo siguiente:

..." I. Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias

inmediatas o alguna complicación determinada inevitablemente por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;..."

Por otra parte, los artículos 333 y 334 del Código Penal, hablan de abortos no punibles en tres casos:

1. Cuando es causado sólo por la imprudencia de la mujer embarazada;
2. Cuando el embarazo sea como resultado de una violación; o
3. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte.

La siguiente propuesta consiste en permitir a las madres infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y cuyo bebé esté contagiado también, o corra el riesgo de adquirir el virus durante el parto, la facultad de decidir entre tener a su hijo o el aborto. Por lo tanto, la propuesta consiste en la adición de un artículo más al capítulo VI del Aborto, en el que se señale que:

... "tampoco será punible el aborto, cuando la madre padezca Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y el producto ya esté contagiado o corra el riesgo de adquirir el virus durante el parto".

Tal vez esto suene difícil, pero sería una opción para las madres que saben que van a morir, y que no desean traer al mundo a un hijo al que pronto dejarán en total desamparo, y a sabiendas de que, al poco tiempo, el bebé también morirá.

Quizás el objetivo más pretensioso del presente trabajo, lo constituya la propuesta de una legislación en materia de S.I.D.A. en nuestro país, adecuada a nuestro sistema jurídico.

Se que aunque existe muy poca experiencia de la suscrita, se hará un gran esfuerzo, para sacar adelante tan ambicioso proyecto.

## METODOLOGÍA

Los métodos empleados en el presente trabajo son: el comparativo, el analítico, el deductivo y finalmente el propositivo.

Mediante el método comparativo, se pretenden mostrar las similitudes y diferencias que se encuentran en legislaciones y normas jurídicas respecto a la regulación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en cuatro países de América: Brasil, Colombia, Estados Unidos y México.

El método analítico permitirá el estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y su legislación a través de sus diferentes aspectos y elementos más importantes obtenidos de la consulta de las legislaciones de los diferentes países que se analizan en este trabajo, para lograr una adecuada normatividad en nuestro país y que es el objeto de esta investigación.

A través del método deductivo, partiendo del estudio general de la legislación existente en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en los cuatro países antes mencionados, se pretende ir concluyendo aspectos particulares, que lleven a demostrar la necesidad de una legislación idónea.

Por último, se empleará el método propositivo, en tanto que, por lo grave del problema de esta enfermedad, y por su continuo crecimiento, se considera necesaria la creación de una ley en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), así como la modificación en el contenido de algunos preceptos en el Código Penal.

# TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) EN MÉXICO

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I.

##### GENERALIDADES

1. 1 Antecedentes del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).....	1
1. 2 Diversas formas de contagio.....	2
1.2.1 Contagio de madre a hijo.....	3
1. 3 Prevención.....	4
1. 4 Síntomas.....	5
1. 5 Tratamiento.....	6
1. 6 El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo.....	7
1. 7 ¿Qué es el S.I.D.A.....	8
1. 8. Etapas de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).....	9
1. 9 El Diagnóstico del S.I.D.A.....	10
1.10 Evolución del S.I.D.A.....	11
1.11 Cómo funciona el V.I.H.....	13
1.12 Detección del V.I.H.....	13
1.13 Transmisiones del V.I.H.....	15
1.14 Interacción entre el VIH/SIDA y el embarazo.....	16

#### CAPÍTULO II

##### NECESIDAD DE UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y DE NORTEAMÉRICA, PARA CREAR UNA LEGISLACIÓN ADECUADA A NUESTRO SISTEMA JURÍDICO DEL S.I.D.A.

2. 1 Introducción.....	26
2. 2 Estados Unidos de Norteamérica.....	29
2. 3 República de Brasil.....	31
2. 4 Estados Unidos Mexicanos.....	32
2. 5 República de Colombia.....	35

### **CAPÍTULO III**

#### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL S.I.D.A. EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA**

3. 1	Introducción.....	38
3. 2	Aspectos Generales.....	39
3. 3	Antecedentes y Necesidades para la legislación en materia de S.I.D.A. en los Estados Unidos de Norteamérica.....	42
3. 4	Configuración de la legislación del S.I.D.A y del V.I.H. en los Estados Unidos de Norteamérica.....	48
3.4.1	Reporte del Senado N° 100-133 por el que se declara el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) como emergencia de salud pública nacional.....	49
3.4.2	Estatuto legal que prohíbe la discriminación contra las personas con S.I.D.A.....	56
3.4.3	Ley Internacional del trabajo: " Y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)".....	62
3. 5	Estadísticas de la enfermedad en los Estados Unidos de Norteamérica.....	68

### **CAPÍTULO IV**

#### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL S.I.D.A. EN BRASIL**

4. 1	Introducción.....	71
4. 2	Factores Socioeconómicos del S.I.D.A. en la República de Brasil.....	72
4. 3	Estadísticas del S.I.D.A en la República de Brasil.....	75
4. 4	Legislación en materia de S.I.D.A en la República de Brasil.....	77

### **CAPÍTULO V**

#### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL S.I.D.A EN MÉXICO**

5. 1	Presentación.....	87
5. 2	Balance Individual y Derechos Sociales.....	88
5. 3	Protección de los derechos personales.....	91
5. 4	Implicaciones legales de la epidemia del S.I.D.A.....	92
5. 5	El VIH/SIDA y la población infantil mexicana.....	93

5. 6	Legislación mexicana en materia de S.I.D.A.....	98
5.6.1	"Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud".....	100
5.6.2	"Decreto por el que se reforman los artículos que se señalan del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos".....	101
5.6.3	"Norma Técnica Número 324 para la prevención y control de la infección por el V.I.H".....	103
5.6.4	"Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA)".....	105
5. 7	Estadísticas de la enfermedad en los Estados Unidos Mexicanos.....	108

## **CAPÍTULO VI**

### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL S.I.D.A EN COLOMBIA**

6. 1	Introducción.....	110
6. 2	Factores que llevaron a la creación de un Decreto Reglamentario sobre el S.I.D.A. en Colombia.....	111
6. 3	Decreto Reglamentario sobre el S.I.D.A. en la República de Colombia.....	113
6. 4	Estadísticas de casos de S.I.D.A en la República de Colombia.....	129

## **CAPÍTULO VII**

### **PROPUESTA DE REFORMA A LA LEGISLACIÓN EN MÉXICO**

7. 1	Introducción.....	133
7. 2	Motivación.....	136
7.2.1	Alta tasa de incidencia.....	136
7.2.2	Deficiente Legislación.....	137
7.2.3	Resultados obtenidos en Estados Unidos, Brasil y Colombia.....	139
7. 3	Fundamentación.....	141
7. 4	Propuesta: "Ley Nacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)".....	143

**CONCLUSIONES.....174**

**FUENTES CONSULTADAS:**

Bibliografía.....181

Codificaciones.....183

**ANEXO 1. Legislación en México.**

**ANEXO 2. Estadísticas de incidencia en México, por Estado**

**ANEXO 3. Decreto Reglamentario sobre S.I.D.A. vigente en Colombia**

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), es una enfermedad que ha adquirido grandes dimensiones durante la última década. Hace unos años, poco o casi nada se sabía del mortal padecimiento. Hoy en día, y a pesar de los grandes avances tecnológicos, aún no se logra descifrar de donde provino, y peor aún, no se ha encontrado cura alguna.

En la actualidad existen en el mundo más de tres millones de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y se especula que para el año dos mil, el número de personas infectadas, habrá crecido a casi cincuenta millones, todos estos casos, causales de la muerte. Esta aclaración se hace, porque existen muchos casos más en que las personas son portadoras del virus causante de la enfermedad, conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y lo podrían ser durante toda su vida, sin que necesariamente desarrollen la enfermedad, y por lo tanto, morir como consecuencia.

Lo grave de la enfermedad, y lo poco que se sabe aún de ella, es lo que provocó en la sustentante, el investigar que ocurría en diversos países del mundo, y si ya existía algún tipo de legislación en la materia. Al encontrar muy pocas naciones en las que se regula, el enfoque se dio hacia algunos países de América: Estados Unidos, Brasil y Colombia, en los que ya existe normatividad al respecto.

Al no darle el seguimiento legal adecuado a este mortal padecimiento, la bibliografía al respecto es muy escasa, ya que siempre su enfoque es más hacia el lado médico.

Es por lo anterior, que surgió la idea del presente trabajo, considerando la importancia y la necesidad de que en México, se cree una Ley, específicamente en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

El sencillo estudio contempla inicialmente los aspectos generales de la enfermedad, haciendo una breve referencia de las formas de contagio, prevención, y tratamiento. De manera especial se hace referencia al aspecto del contagio de la madre hacia el hijo en el embarazo, parto o lactancia, aunque también se provocó la necesidad de incluir a este trabajo, otros delitos como es el peligro de contagio y el homicidio por lesiones. Además de que se incluyen sanciones administrativas necesarias para hacer un tratamiento integral a la investigación aquí planteada.

Posteriormente, se realiza un estudio comparativo entre los tres países del continente americano, en los que ya existen ordenamientos jurídicos en materia de esta pandemia: Estados Unidos, Brasil y Colombia, en relación a México, en el que aún no existen bases jurídicas que regulen la enfermedad de manera eficaz.

En base a lo anterior, se realizó un análisis del tratamiento jurídico del S.I.D.A., por país, iniciando con Estados Unidos de Norteamérica, que es el que cuenta con una incidencia de poco más de un millón de casos, de acuerdo a las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud. Se hizo un breve recorrido por las legislaciones que han sido expedidas por este país en la materia; y se señalan las estadísticas de la enfermedad en esta nación.

En seguida se toca el aspecto del tratamiento jurídico de la enfermedad en Brasil, país que ocupa el segundo lugar en incidencia. Aquí se analizan los factores que originaron la creación de una reglamentación adecuada en la materia, el contenido de ésta, así como las estadísticas que muestran la incidencia y su disminución en este país sudamericano.

Por lo que hace al tratamiento jurídico en México, quien ocupa el tercer lugar en incidencia, se hace, primeramente, una breve referencia a los aspectos del balance individual y los derecho sociales, sobre todo en lo concerniente a la responsabilidad individual que tiene una persona infectada, para con la sociedad, amistades y contactos sexuales.

También se mencionan como dos puntos de trascendental importancia en nuestro país, por una parte, la protección de los derechos personales, en donde se trata la discriminación de que son objeto las personas afectadas por este padecimiento, y por la otra, el alto índice de infección en la población infantil, dándose principalmente por tres aspectos: transmisión de la madre hacia el hijo durante el embarazo, el parto, o aún, durante la lactancia.

Por lo que hace a este último aspecto, se sugiere como parte del presente trabajo, el contemplar la posibilidad de aborto consentido para las madres seropositivas y cuyo producto ya esté infectado, o corra el riesgo de adquirir el virus durante el parto, por lo que se propone una Ley Federal que abarque la problemática aquí planteada y otras más, con la intención de provocar un control integral de la infección.

Posteriormente, se analizan los ordenamientos legales expedidos en México, en materia de S.I.D.A., sin embargo, dicha normatividad al ser tan escasa, no alcanza a cubrir todos los aspectos que debiera, por lo que no logra una plena eficacia, situación que se ve reflejada en las estadísticas de la tasa de incidencia de la enfermedad en nuestro país, que va en constante aumento.

Para concluir el estudio comparativo, se analiza Colombia, que ocupa el cuarto lugar en incidencia. En primer lugar se hace referencia a los factores que llevaron a la creación de la legislación en este país, el contenido de ésta, y finalmente su eficacia, reflejada en las estadísticas que muestran un notable descenso en la incidencia.

Con el estudio comparativo, se pretende demostrar la necesidad de una legislación en materia de S.I.D.A. en nuestro país, complementada con normas penales adecuadas, en virtud de que en las naciones en las que ya existe reglamentación aplicada, el índice de personas infectadas ha disminuido.

Por lo expuesto, el punto medular se encierra al ubicarnos en la creación de una legislación en materia de S.I.D.A. adecuada a nuestro sistema jurídico, para lo cual se mencionan primeramente los fundamentos y motivos que han llevado a su realización.

De ninguna manera se pretende agotar el tema, que de por sí es muy extenso, sino despertar la inquietud en el lector para que todos los mexicanos tomemos conciencia de lo trascendente que es esta enfermedad, que no en vano ha sido llamada "*el mal del siglo*", y lo importante que es su prevención y control, así como la necesidad de

crear medidas jurídicas eficaces para que estos aspectos sean respetados en su totalidad, y de esta forma disminuir, en lo posible, la incidencia.

Es por eso que se propone la creación de una Ley Federal integral que incluya la prevención, control, información y sanción en virtud del contagio por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

# **CAPITULO I**

## **GENERALIDADES**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL SIDA**

La palabra AIDS, del inglés Acquired Immunodeficiency Syndrome, significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, nombre atribuido a una enfermedad infecciosa descubierta a inicio de los años 80, causada por el virus HIV (del inglés, Human Immunodeficiency Virus - Virus de Inmunodeficiencia Humana).

De acuerdo con investigadores, el VIH se ha alojado en algunas especies de monos africanos y, de alguna forma, inició su propagación por la ingestión de carne contaminada o durante las cacería, al alcanzar la corriente sanguínea humana.

El virus del SIDA ha sufrido constantes mutaciones durante siglos, antes de llegar a su forma actual.

Dentro del cuerpo humano, el VIH infecta y destruye los glóbulos blancos de la sangre, responsables del sistema inmunológico. Sin su potencial de defensa, el organismo se vuelve vulnerable a diversos virus y bacterias y queda sujeto a todo tipo de infecciones oportunistas que llevan al portador hasta la muerte. El VIH circula por todas las secreciones líquidas del cuerpo, por lo que lo podemos encontrar en la sangre, en el semen y en las secreciones vaginales en donde se encuentra en grandes cantidades.

En el sudor, en las lágrimas, en la orina y en la saliva, sí lo encontramos, pero en cantidades menores y por lo tanto insuficientes para provocar la contaminación.

El VIH es un retrovirus, o sea, un tipo de virus capaz de reproducirse de modo diferente de los tradicionales, al usar como material genético una molécula de RNA en vez de DNA (proceso llamado de transición en reversa). Hay dos tipos de VIH: el VIH1 y el VIH2. Éste último menos agresivo y retarda el apareamiento de los síntomas. Según los científicos, eso explica por que determinadas personas desarrollan más rápidamente la enfermedad que otras. Hay indicios también de que la cantidad de virus en el organismo es lo que define la intensidad de la enfermedad. Y es por lo que también, algunas personas llegan a desarrollar la enfermedad y otras son simplemente transmisoras, sin llegar a morir por la enfermedad ellos mismos.

## **1.2 DIVERSAS FORMAS DE CONTAGIO**

El SIDA es transmitido cuando el virus VIH entra en contacto con la corriente sanguínea, lo que puede suceder en las relaciones sexuales (heterosexuales o bisexuales), en las transfusiones sanguíneas y por medio de jeringas o instrumentos cortantes con residuos de sangre contaminada.

No se ha presentado hasta el momento ningún caso de contagio por la saliva, lágrimas, sudor u orina. Y ha quedado totalmente descartada la transmisión por piquetes de insectos, abrazos o apretones de mano.

### **1.2.1 CONTAGIO DE MADRE A HIJO**

El SIDA puede ser transmitido de madre a hijo durante el embarazo, el parto o al amamantar. Se estima que el 60% de las mujeres infectadas con el virus del SIDA, se lo transmiten a sus bebés, es por eso que se considera de gran relevancia, en este trabajo de investigación, el que se legisle al respecto, para evitar en lo posible que nazcan niños con la enfermedad que aquí se describe, ya que de dicha investigación se comprobó, como se demostrará más adelante, que en países como Brasil y Colombia, donde hay una legislación y reglamentación para evitar el contagio, ha disminuido la incidencia en la enfermedad notablemente.

Por último, se considera una injusticia, que un menor nazca con el mortal padecimiento, a sabiendas de que no vivirá más de tres años en promedio, violándole así, flagrantemente, su derecho a la vida por causas no atribuibles al menor, sino a una actitud irresponsable de sus progenitores, quienes lo trajeron al mundo sin tomar en cuenta las pocas expectativas de vida que tendrá el bebé, por una parte en razón a la ignorancia y por la otra, por la falta de apoyo a los padres que se enfrentan a este problema, por parte de los médicos, de la sociedad misma, así como de las autoridades en general, quienes a fin de cuentas, son quienes provocan el nacimiento de una persona que morirá en muy poco tiempo.

Es por eso que en este estudio, se consideró necesario hacer un análisis profundo de las leyes en otros países de América, como son Brasil, Colombia y Estados Unidos, en donde ya existe legislación al

respecto, con el fin de hacer notar, que sería muy conveniente para el mejor desarrollo social de nuestra comunidad, legislar en nuestro país al respecto, evitando con ello, el sufrimiento de los padres de un menor infectado y de ese ser que nació para morir prematuramente.

Además de que la madre infectada, tampoco sobrevivirá más allá de la vida de su hijo, por lo que es inútil que sufran dos seres que irremediablemente tienen contados sus días, y solo hasta que se descubra una cura, se considera fuera de cualquier principio natural el darle vida a un menor bajo estas condiciones.

### **1.3 PREVENCIÓN**

El uso de preservativo (condón) es el método más seguro (97% de seguridad) para evitar la contaminación a través de relaciones sexuales. Algunas jeringas o instrumentos cortantes esterilizados son utilizados para prevenir el contagio por la corriente sanguínea.

En las transfusiones, la sangre utilizada pasa por diversos exámenes que identifican el virus VIH, a fin de evitar la contaminación. Pero cabe aclarar que esta medida fue tomada por los sistemas de salud del país hace apenas unos cuantos años, por lo que las transfusiones de sangre efectuadas antes de la implantación de este nuevo sistema, no fueron del todo seguras, y cabe aclarar que la enfermedad puede tardar hasta 12 años o más en manifestarse plenamente.

Sin embargo, si resultara algún caso de SIDA derivado de esta circunstancia, la nueva ley no correspondería, ya que no se aplica

retroactivamente; por eso se considera necesario proponer reformas que abarquen todas las circunstancias del caso.

El examen sanguíneo llamado "Elisa", creado en 1985, revela si una persona es portadora del VIH, es decir, si la persona reúne la calidad de seropositiva.

Actualmente, hay otros exámenes en la fase de estudio, como el "Orasure", que identifica el virus por la saliva, y el "Ampliodor", que mide las cantidades de virus en la circulación sanguínea; por lo que deberá exigirse mediante la ley, la práctica de estos exámenes a las personas de alto riesgo.

#### **1.4 SÍNTOMAS**

Un individuo puede ser portador del virus del SIDA y no presentar de inmediato los síntomas de la enfermedad, como se mencionó con anterioridad, ya que el VIH puede quedar incubado por más de diez años.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad son diarreas constantes, fiebre alta, herpes, pérdida de peso, entre otras cosas. Después, es común la aparición de enfermedades oportunistas, como la neumonía, que podría ser fatal.

## 1.5 TRATAMIENTO

El SIDA aún no tiene cura, pero el desarrollo y la administración de los medicamentos adecuados, podría aumentar la vida de los pacientes y prolongar el desarrollo de la enfermedad, más no erradicarla, ya que tarde o temprano la enfermedad termina con las defensas del cuerpo, lo que lleva necesariamente a la muerte.

De acuerdo con el Programa de SIDA de la ONU, menos del 10% del total de las personas infectadas por el virus del SIDA en todo el mundo podría ser beneficiado por un nuevo tratamiento llamado "Coquetel anti-AIDS", presentado en la 11ª Conferencia Internacional del SIDA, consistente en la administración conjunta de tres tipos de drogas, que harían que el virus actuara en sentido inverso, es decir, regresando al virus a su estado inicial.

Las desventajas son que este método provoca efectos colaterales, como náuseas y problemas en los riñones y en el hígado. Y si se administra a largo plazo, hay un gran riesgo de causar enfermedades fatales, como el cáncer.

El elevado costo de este tratamiento, que es de doce mil a dieciocho mil dólares por año, es otra de las desventajas de este tratamiento, en virtud de que cerca del 92% de las víctimas de la enfermedad están en los países más pobres, en donde no existen las condiciones económicas apropiadas para soportar los elevados costos de los tratamientos, que quizás serían de por vida.

Esto hace que en nuestro país sea de suma urgencia el legislar al respecto, para así evitar, hasta donde sea posible, el contagio.

## **1.6 EL SIDA EN EL MUNDO**

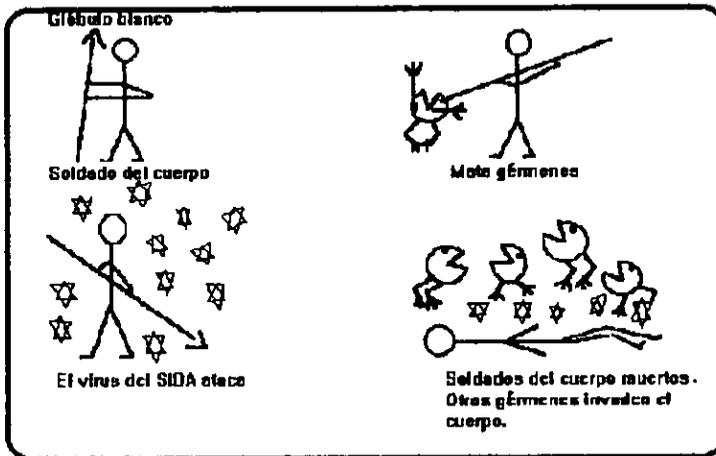
No existe vacuna para prevenir el SIDA. No existe cura. Sin embargo, la educación y la información ayudan a evitar el contagio de la infección por el VIH.

Este proceso no es fácil pues un gran número de personas pertenecientes a muy diversas culturas debe aprender cómo se difunde el VIH y cómo evitarlo, ya que con frecuencia esto abarca prácticas íntimas difíciles de modificar.

Por lo anterior, el proceso de información, educación y apoyo para cambios en el comportamiento requiere de la cooperación y el compromiso activo de los sistemas de educación de todas las sociedades.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), es un virus nuevo que se transmite por vía sexual o a través de la sangre y que se está propagando rápidamente por todo el mundo.

El virus puede ocasionar una condición llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), que causa sufrimiento y la muerte por enfermedades a las que normalmente se estaría inmune.



### 1.7 ¿QUÉ ES EL SIDA?

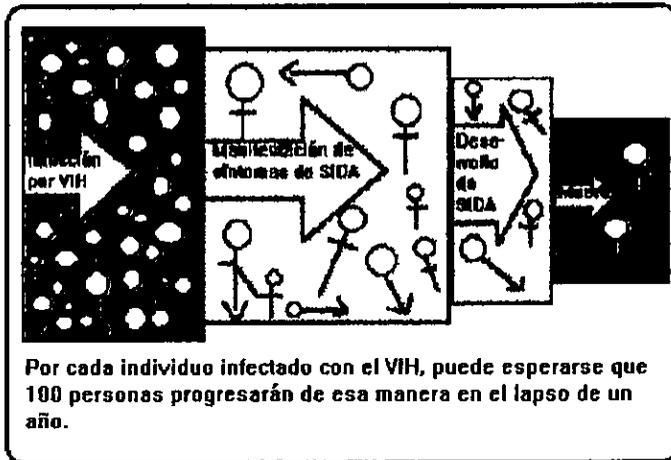
El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) no es una enfermedad, sino un conjunto de enfermedades. No todas las personas que desarrollan el SIDA sufren de las mismas, ya que existen algunos padecimientos poco comunes que con frecuencia se desarrollan asociadas con el SIDA. Es por esta razón que se le llama un "síndrome". Este síndrome es causado por un virus que afecta el sistema inmunológico del cuerpo haciéndolo propenso a infecciones y a diversos tipos de cáncer a los que normalmente sería resistente.

Al virus se le denominó de múltiples maneras. Por acuerdo internacional se llama "Virus de Inmunodeficiencia Humana" (VIH).

Aunque se hace referencia al VIH como si fuera un virus, su estructura de hecho parece haber cambiado a través del tiempo y en los distintos lugares.

Se reconoce ahora una familia de virus, algunos de los cuales se relacionan más estrechamente que otros. Algunos son tan diferentes que reciben ya nombres distintos. Así, por ejemplo, en África Occidental, el VIH más común se conoce como VIH2.

## 1.8 ETAPAS DE LA INFECCIÓN DEL VIH



Es importante recordar la distinción que existe entre estar infectado por el VIH y tener SIDA. Hasta ahora, no todo aquel infectado por el VIH ha desarrollado el SIDA.

Muchas personas no muestran síntomas inmediatos en el momento de ser infectados por el VIH o bien manifiestan síntomas tan pasajeros y ligeros que se les trata como si padecieran una gripe o un resfriado.

Algunas veces sufren una enfermedad de corta duración similar a la fiebre glandular (mononucleosis), dolores musculares, fiebre y una sensación de molestar general.

Estos síntomas se dan en muchas enfermedades que son mucho más comunes que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). Ya sea que existan o no los síntomas, la persona infectada puede llevar el contagio a otros. Es perfectamente posible que alguien que parezca fuerte y sano infecte a alguien con el VIH o ser portador del virus sin estar consciente de ello.

### **1.9 EL DIAGNÓSTICO DEL SIDA**

Muchas personas infectadas por el VIH evolucionan desarrollando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). Se da el diagnóstico del SIDA cuando se difunden ciertas infecciones y tumores oportunistas y raros y cuando se encuentran anticuerpos del VIH en la sangre.

Las infecciones oportunistas son infecciones causadas por organismos comunmente presentes en la sangre a los cuáles el cuerpo normalmente es inmune.

El VIH detiene la inmunidad del cuerpo a estas enfermedades particulares, aunque el organismo permanece inmune a otras.

Cada una de estas enfermedades puede ocasionar la muerte del paciente, a menos que reciba tratamiento.

A medida que el VIH se multiplica deja al cuerpo incapaz para combatir las infecciones pues invade la mayoría de las células ~~104~~.

El tratamiento se vuelve entonces más y más difícil y aunque éste puede prolongar la vida de muchos pacientes que padezcan enfermedades oportunistas, la evidencia disponible sugiere que, eventualmente, la mayoría de los afectados muere por causa de una de ellas. Las infecciones o enfermedades oportunistas más comunes son:

- un tipo de neumonía llamada neumonía por pneumocistys carinii.
- una variedad de infecciones gastrointestinales que producen diarrea y pérdida de peso, ocasionando que el SIDA sea conocido en algunas áreas como la enfermedad del "adelgazamiento".
- un cáncer de la piel llamado Sarcoma de Kaposi.
- desórdenes del sistema nervioso que algunas veces conducen a la demencia.

#### **1.10 EVOLUCIÓN DEL SIDA**

Hasta el momento se desconoce la proporción del número de personas infectadas por el VIH que desarrollarán el SIDA. Diferentes estudios reportan las estadísticas que varían considerablemente: en los primeros cinco años posteriores a la infección entre 6% y 45% de los infectados desarrollarán el SIDA y seguidamente un 25% a 100 %

desarrollarán el complejo relacionado con el SIDA, y entre el 2 y el 9% de ellos desarrollarán el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Por lo tanto, si se asume la exactitud de algunas cifras, algunas de estas personas podrán vivir hasta cincuenta años después de infectarse con el VIH antes de padecer el SIDA.

Se considera que la enfermedad progresa continuamente de manera que, eventualmente, todos aquellos infectados desarrollarán el SIDA; no obstante, aún es muy pronto para aseverar que tal situación sea del todo cierta. La mejor estimación respecto al período promedio de incubación del virus es alrededor de ocho años. No obstante, esto varía de acuerdo a la edad: para niños hasta los cuatro años el promedio es de 1.97 años; para personas de entre 5 y 59 años el promedio es de 8.23 años y para mayores de 60 es de 5.5 años.

Es probable que una persona, una vez infectada, porte el virus durante toda su vida y por tanto lo transmita.

Los anticuerpos que surgen como respuesta a la infección no parecen proteger al cuerpo, aunque se ha demostrado que los glóbulos blancos pueden matar el virus cuando éste se desarrolla fuera del cuerpo, en los laboratorios. Sin embargo, todavía se requiere mucha investigación en esta área, especialmente porque la respuesta de los individuos ante el VIH varía mucho en términos del tiempo para adquirir los anticuerpos y el que transcurre para desarrollar los síntomas o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

## **1.11 COMO FUNCIONA EL VIH**

El cuerpo humano responde a la infección y a la enfermedad a través de la acción de células de la sangre llamadas glóbulos blancos.

Estas células reconocen a los gérmenes invasores y producen anticuerpos que son los agentes químicos que los atacan y neutralizan. Se produce un anticuerpo específico para cada enfermedad. Con la mayoría de las enfermedades sucede que una vez que la persona desarrolla anticuerpos contra ella las células responsables recuerdan su función de producir ese anticuerpo y la persona se vuelve inmune a esa enfermedad por el resto de su vida.

En el caso del VIH, el virus destruye progresivamente la habilidad de las células para contrarrestar algunas de las muchas enfermedades a las que el cuerpo es inmune.

Sin embargo, el cuerpo sigue siendo capaz de enfrentar muchas otras enfermedades y distintos tipos de cáncer. Por ello, es posible que una persona, a pesar de tener SIDA, siga viviendo durante largo tiempo. Las pocas enfermedades que sufren estas personas pueden ser tratadas.

## **1.12 DETECCIÓN DEL VIH**

Hasta hoy muy pocos laboratorios han podido detectar el virus. Las pruebas más ampliamente usadas detectan solamente la presencia de algunos de los anticuerpos producidos por el organismo en respuesta a la presencia del virus.

Tal es el caso de la prueba ELISA, sin embargo, hay que tomar en cuenta el costo del entrenamiento de personal especializado, el suministro de equipo de laboratorio y su mantenimiento.

Desafortunadamente, aunque muchas de las personas que están infectadas por el VIH producen anticuerpos, el período anterior a su aparición varía considerablemente.

La mayoría de los individuos parece producir anticuerpos en los tres primeros meses posteriores a la infección; algunos otros pueden comenzar a producirlos hasta tres años después de que ésta ocurra, mientras que otros jamás los producirán.

La respuesta parece depender del recorrido de la infección, la dosis del virus, la respuesta de la persona infectada y la frecuencia de exposición al virus.

Con excepción de la prueba común de anticuerpos, no existe hasta hoy ningún otro método disponible que confirme definitivamente si una persona está infectada o no, a menos que lleguen a manifestarse las enfermedades asociadas al SIDA.

Otro problema es que en muy pocos casos las pruebas usadas indican que los anticuerpos no están presentes cuando en realidad sí lo están (falsos negativos) o, lo que es más común, que denoten la presencia de los anticuerpos cuando realmente no lo están (falsos positivos).

### 1.13 TRANSMISIONES DEL VIH

El VIH se encuentra en la mayoría de los líquidos corporales, pero solamente es infeccioso en la sangre, el semen y las secreciones vaginales.

El VIH puede transmitirse por medio de sangre infectada y de productos de la sangre en transfusiones.

También existe un riesgo de transmisión con las agujas hipodérmicas no esterilizadas u otros implementos médicos, incluyendo los que se usan en la tradicional circuncisión o escarificación.

El VIH también lo puede transmitir una madre infectada a su hijo en la matriz o durante el nacimiento. Las estimaciones del número de estas transmisiones son muy variables. En Edimburgo, Reino Unido, se estudiaron durante tres años y medio a 34 bebés nacidos de madres infectadas, el resultado observado fue, que solamente dos de entre ellos (5.8%) desarrollaron síntomas relacionados con la infección del VIH; ninguno desarrolló el SIDA.

Estos estudios sugieren que las mujeres embarazadas, sin señales de infección por el VIH, tienen muy poca probabilidad de transmitir el virus a sus hijos, en tanto que el riesgo de transmisión se incrementa cuando una madre está enferma por VIH.

Se ha encontrado el VIH en cantidades mucho menores en la saliva, la orina y la leche materna.

Se piensa que es altamente improbable que el virus pueda transmitirse a través de la saliva o la orina. - principalmente porque está presente es muy bajas concentraciones y en forma inactiva -.

#### **1.14 INTERACCIÓN ENTRE EL VIH / SIDA Y EL EMBARAZO**

Según estudios realizados en los Estados Unidos, Escocia y Suecia, en general, si una mujer seropositiva se encuentra bien o presenta solamente síntomas leves de la infección, no lleva infectada mucho tiempo, y tiene pocos riesgos de morbilidad materna vinculada al embarazo, se han hallado pocos o prácticamente ningunos efectos adversos durante un período de hasta dos años después del embarazo.<sup>1,2,3</sup>

A medida que aumentan los períodos de seguimiento e infección, sí comienzan a surgir algunos efectos, pero éstos podrían haberse dado también en ausencia de embarazos.

En Uganda, en el caso de 54 mujeres embarazadas seronegativas, todas ellas sanas, se observó que después de cinco años 41 de las mujeres seropositivas continuaban sanas, 8 estaban enfermas

---

<sup>1</sup> TERRAGNA, A. y otros, "INFLUENCE OF PREGNANCY ON DISEASE PROGRESSION IN 31 HIV-INFECTED PATIENTS", Conferencia Internacional sobre las consecuencias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en madres e hijos, París, noviembre 1995, Resumen No.E2, Resumido en Lindgren.

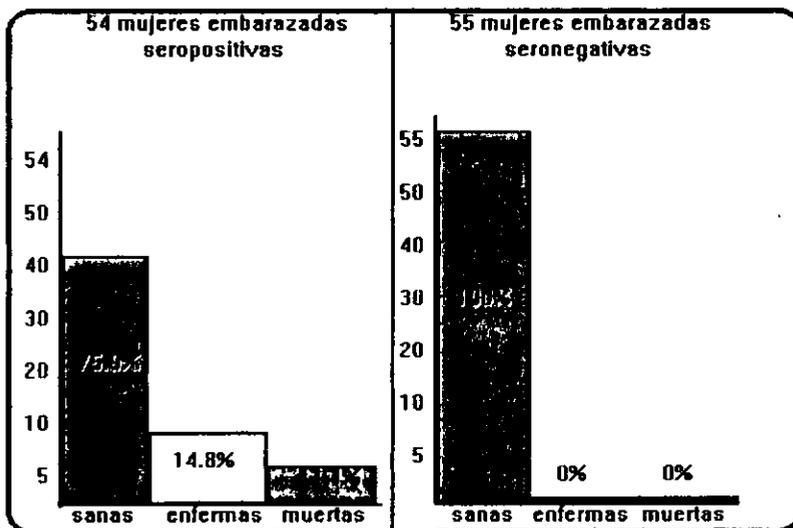
<sup>2</sup> MOK, Jaqueline, 1990, "CHILDREN AND HIV INFECTION", Ponencia presentada en la III Conferencia Nacional del Women and HIV/AIDS Network, Crieff, Escocia, 29-30 noviembre.

<sup>3</sup> LINDGREN, Sussane y otros, 1996, "HIV AND CHILD-BEARING CLINICAL OUTCOME AND ASPECTS OF MOTHER-TO-INFANT TRANSMISSION", AIDS: 1111-16

y 6 habían muerto. No hubo muertes dentro del grupo de mujeres seronegativas.<sup>4</sup>

Un estudio sueco efectuó un seguimiento a mujeres embarazadas portadoras del VIH, todas ellas con edad, estado clínico y estado inmunológico similares en el momento del parto. Tras el embarazo, las enfermedades vinculadas al VIH avanzaron y aumentó el grado de inmunodeficiencia en el 46 por ciento de las mujeres.

Las mujeres afectadas en general habían padecido la infección del VIH durante un periodo más prolongado, y tenían mayores probabilidades de tener un hijo infectado, que las mujeres cuya salud no se vió afectada.



<sup>4</sup> MOROZI, Edison y otros, 1995, "FIVE YEAR FOLLOW UP OF HIV INFECTED MOTHERS AND THEIR CHILDREN, VII Conferencia Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), Florencia, 1995. Resúmen No. W.B.2011

Por término medio, el período de seguimiento de cada una de ellas fue de poco menos de tres años.<sup>5</sup>

Los efectos adversos parecen agravarse en mujeres de bajo nivel socioeconómico, especialmente en los países en desarrollo<sup>6</sup>, al igual que sucede con los niveles de mortalidad y morbilidad maternas.

En el caso de la mujer cuya salud sea delicada o pobre, la presencia del VIH durante el embarazo podría empeorar su condición.

Esto es más probable si su salud ya se ha visto afectada por embarazos previos, si ha sido seropositiva durante un período más prolongado, o si se encuentra en las etapas más avanzadas de enfermedades vinculadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).<sup>7,8,9,10,11</sup>

En los países en desarrollo, los efectos sobre la tasa de complicaciones maternas en mujeres embarazadas portadoras del VIH han sido poco estudiados: a pesar de que es en esos países donde existen mayores probabilidades de que ocurran.

<sup>5</sup> Idem. (3)

<sup>6</sup> FLEMING, Alan F., 1995, "AIDS IN AFRICA", *Bullière's Clinical Haematology*, p.p.187

<sup>7</sup> Idem (1)

<sup>8</sup> Idem (3)

<sup>9</sup> HIRA, S.K., y otros, "PERINATAL TRANSMISSION OF HIV-1 IN ZAMBIA", *British Medical Journal*, 1995, pp.1250-52

<sup>10</sup> DELFRAISSY, J.F. y otros, "DOES PREGNANCY INFLUENCE DISEASE PROGRESSION IN HIV-POSITIVE WOMEN", Conferencia Internacional sobre las consecuencias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en madres e hijos, París, noviembre 1993, Resumen No. E7 Resumido en Lindgren.

<sup>11</sup> SCOTT, G.B. y otros, 1994, "MOTHERS OF INFANTS WITH AIDS: EVIDENCE FOR BOTH SYMPTOMATIC AND ASYMPTOMATIC CARRIERS", *Journal of American Medical Association*, pp.253, 363-366.

En un extenso estudio realizado en Malawi, el riesgo de aborto espontáneo entre las mujeres seropositivas resultó ser el doble que entre las seronegativas.<sup>12</sup> El riesgo de partos que resultaron en mortinatos era mayor para las mujeres seropositivas en un estudio realizado en Kenia<sup>13</sup> pero menor según el estudio en Malawi.<sup>14</sup>

Ciertas enfermedades específicas vinculadas al VIH pueden conducir a complicaciones durante el embarazo o el parto.

La tasa de cesáreas de emergencia efectuadas en mujeres seropositivas en el estudio sueco no era significativamente mayor que la de la población en general. Pero de siete cesáreas de emergencia, una fue efectuada porque la mujer sufría de neumonía neumocística, además de herpes zóster, y eventualmente falleció.<sup>15</sup>

Existen pocos estudios a largo plazo, extensos y controlados, sobre la interacción existente entre el embarazo y el VIH. La mayoría han incluido solamente a grupos reducidos de mujeres y niños pequeños, y se les presta mayor atención generalmente a los resultados relacionados con los niños.

No existen dos estudios que hayan arrojado los mismos resultados en mujeres, que hayan utilizado grupos de control similares (si es que utilizaron alguno), que hayan abarcado el mismo período de

---

<sup>12</sup> MIOTTI, Paolo y otros, 1994, "INFANT AND CHILDHOOD MORTALITY IN CHILDREN OF HIV-INFECTED MOTHERS IN MALAWI", VI Conferencia Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), San Francisco, 1993, Resumen No.F.C., pp.101

<sup>13</sup> TEMMERMAN, M. y otros, 1993, "INFECTION WITH HIV AS A RISK FACTOR FOR ADVERSE OBSTETRICAL OUTCOME", AIDS, pp.1087-1093.

<sup>14</sup> Idem (12)

<sup>15</sup> Idem (3)

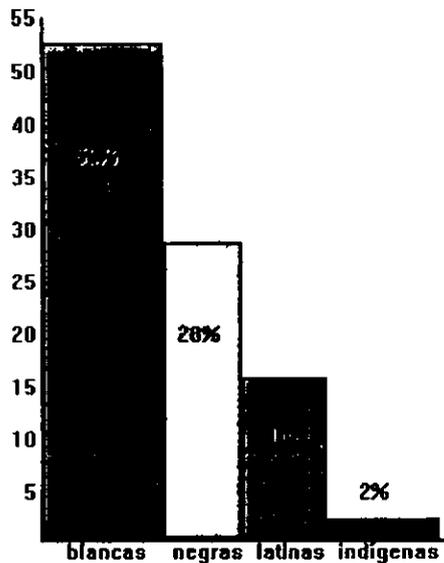
seguimiento o analizado los mismos cofactores (si es que analizaron algunos). Muchos no han tenido en cuenta factores como edad, número de embarazos, nivel socioeconómico, otros riesgos de mortalidad y morbilidad maternas, infecciones del sistema reproductivo, o uso de drogas inyectadas, aspectos todos que pueden influir en los resultados.

El siguiente estudio fue realizado en Rhode Island, un estado localizado al noreste de los Estados Unidos de Norteamérica, con una incidencia de la infección del VIH en la mujer relativamente alta. Examinó la historia natural de la infección, las manifestaciones clínicas y los aspectos sociales que el ser portadora del VIH conllevan para la mujer. Participaron doscientas mujeres durante un período de 12 a 60 meses comprendido entre 1986 y finales de 1990.

Al igual que sucede en otras zonas del país, las mujeres negras, latinas e indígenas norteamericanas se veían afectadas por el VIH y el SIDA de manera desproporcionada. Entre las mujeres de este estudio, el 53 por ciento eran blancas, el 28 por ciento negras, el 16 por ciento latinas y el 2 por ciento indígenas norteamericanas. La edad promedio para el momento del diagnóstico era de 33 años, y el 94 por ciento de las mujeres tenían entre 17 y 40 años.

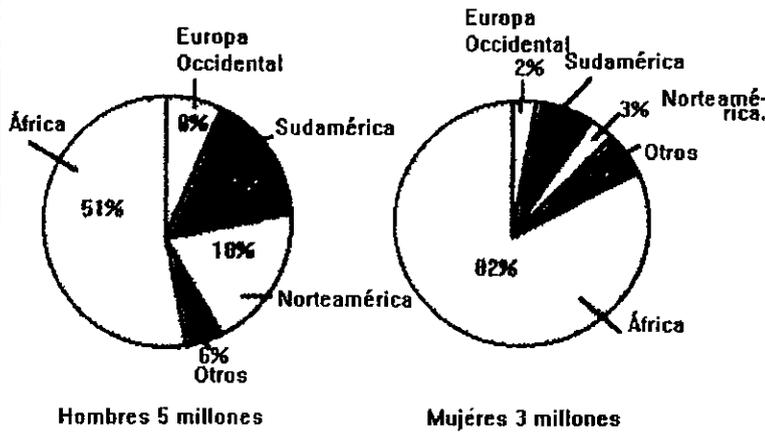
Dentro de otro estudio realizado igualmente en Rhode Island, de 161 mujeres en el mismo, el 95 por ciento tenían hijos, en su mayoría dos o tres cada una. El estudio se centró más ampliamente en diez mujeres, cuatro de ellas tenían hijos vivos portadores del VIH, de edades comprendidas entre los 2 y los 11 años, tres habían tenido hijos que murieron de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), una de las mujeres tenía una hija y una nieta, ambas seropositivas.

**GRÁFICA REALIZADA EN CUANTO AL ESTUDIO EN RHODE ISLAND, ESTADOS UNIDOS<sup>16</sup>**



<sup>16</sup> La información de las estadísticas, fue obtenida vía INTERNET, de la Organización Mundial de la Salud, específicamente del Programa Global sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Organización Mundial de la Salud. Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic.



Dada la estadística que se refleja en estos estudios, se desprende que existe un riesgo muy alto de que los hijos de mujeres seropositivas nazcan con la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y peor aún, que estos fallezcan. Es por eso, que debería existir una reglamentación adecuada para evitar el nacimiento de niños infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), ya que su período de vida sería demasiado corto, por lo que nacerían para morir prematuramente.

Se considera que deben evitarse, en lo más posible, los nacimientos de niños bajo estas circunstancias, y de esta forma impedir un doble sufrimiento, el de la madre y el de su hijo; por lo tanto, debe realizarse la reglamentación correspondiente, e incluir en la legislación penal mexicana, el aborto consentido en estos casos, haciéndolo en

forma casuística y con la autorización expresa de quien o quienes ejerzan la patria potestad, para que, si así lo decide, se evite el nacimiento de un niño con el mortal padecimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), más a sabiendas que dentro de muy poco tiempo morirá.

En este trabajo se tratará de demostrar la necesidad que existe de incluir dicho aborto consentido en nuestra legislación, comparándolo con los otros tres casos que ya se contemplan, esto es, cuando se trate de un embarazo que sea producto de una violación, cuando el aborto haya sido causado por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando la vida de la madre corra peligro.

En virtud del problema planteado, si se hiciera una legislación adecuada, que contemplara no sólo la posibilidad de un aborto terapéutico para las madres que son portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), sino también aspectos relacionados con la prevención, educación e información, entre otros, se evitaría el contagio de un grupo de personas cada vez mayor.

Del estudio comparativo con tres países de América, se demostrará como en los dos países que ya cuentan con una legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), el índice de personas infectadas, ha disminuido notablemente, mientras que en Estados Unidos, en donde ya existe una legislación en esta materia, pero que por cuestiones políticas no se ha aplicado, el índice de personas infectadas es cada día mayor.

Por lo que hace a México, los esfuerzos que hasta el día de hoy ha hecho el gobierno, no han servido de mucho, ya que a pesar de contar con un gran número de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)<sup>17</sup>, aún no se le ha tomado al problema la importancia que merece.

Es por eso que el objeto de este trabajo, es mostrar la necesidad de la creación de una legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), no sólo para cuestiones de información, sino también para crear una consciencia en las personas, de que la enfermedad es mucho más seria de lo que pudiera pensarse, y se debe de atacar pronto, o este padecimiento acabará en poco tiempo, con una parte considerable de la población mundial.

Desgraciadamente, al no contar con una solución médica, la única forma de prevenirlo y evitarlo, es actuando de una manera responsable e informada, evitando prácticas de alto riesgo, y fomentando el uso de preservativos y demás medios de control, situaciones que forman parte de la propuesta del presente trabajo.

---

<sup>17</sup> Es necesario apuntar que México ocupa el tercer lugar en América, al contar con un gran número de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

### Principales vías de transmisión del VIH

Las siguientes cifras constituyen estimados hasta 1998, realizados por la Organización Mundial de la Salud, sobre la distribución de la infección del VIH de acuerdo a la vía de transmisión:

Fuente de exposición al contagio	% del total		
Coito	75		
Vaginal	(60)		
Anal	(15)		
Vinculadas al embarazo	10		
Uso de drogas inyectadas	10		
Transfusión de sangre	5		

Unos cuantos ejemplos nos muestran cuán diferente puede ser el panorama cuando se trabaja cifras clasificadas de acuerdo al sexo:

Fuente de exposición al contagio en la mujer	% del total		
	Europa	Brasil	México
Uso de drogas inyectadas	57	32	0.5
Heterosexual	27	34	31
Transfusión de sangre	12	18	66

## CAPÍTULO II

### NECESIDAD DE UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y DE NORTEAMÉRICA, PARA CREAR UNA LEGISLACIÓN ADECUADA A NUESTRO SISTEMA JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.).

#### 2.1 INTRODUCCIÓN

Existen una multiplicidad de factores médicos, sociales legales, políticos, éticos y hasta religiosos, que conforman la problemática del Síndrome<sup>18</sup> de Inmunodeficiencia<sup>19</sup> Adquirida (SIDA) y que tienen un elemento en común: la falta de información que lo rodea y el poco interés que han mostrado la mayor parte de los países por regular esta problemática, a través de la creación de leyes o programas respecto a esta enfermedad.

En el mundo, mucho se ha hablado de esta enfermedad y de sus repercusiones en la vida social de cada país, de sus alcances, de la problemática médica, económica, etcétera, sin embargo nada, o muy poco se ha hablado de la epidemia en materia legal, y aún peor, no se ha llegado a resultados palpables y aplicables en la práctica, como lo es la necesidad del establecimiento de una legislación adecuada en esta materia.

---

<sup>18</sup> Síndrome: Conjunto de los síntomas de una enfermedad.

<sup>19</sup> Inmunodeficiencia: Carencia de la inmunidad defensiva que tienen las células contra las infecciones.

Son diversas las razones por las que se enfoca el estudio específicamente a cuatro países del Continente Americano: Colombia, Brasil, Estados Unidos y México.

La primera de ellas, es porque nuestro país, México, pertenece a este continente, y es alarmante ver como cada día, y a pesar de existir desde hace algunos años, información acerca de la mortal enfermedad y de su prevención, existen más casos de personas infectadas. El problema no se detiene allí, sino que aumenta al no darle a la enfermedad ningún tipo de tratamiento legal.

La segunda razón es que, de acuerdo a diversas estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud<sup>20</sup>, los cuatro países elegidos, son los que presentan, en América, un mayor índice poblacional con personas infectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en orden: Estados Unidos, Brasil, México y Colombia.

Por otro lado, de los países mencionados en el artículo anterior, los países que ya han empezado a llevar a cabo un tratamiento legal en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida son: Colombia, Brasil y Estados Unidos.

Dada la semejante idiosincrasia<sup>21</sup>, costumbres, forma de gobierno<sup>22</sup>, etcétera, entre Colombia, Brasil y México, se considera

---

<sup>20</sup> Información obtenida de estadísticas realizadas por la Oficina Regional para la América, en base a casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida reportados a la Organización Mundial de la Salud por área/país. Basado en reportes recibidos hasta el 15 de diciembre de 1997.

<sup>21</sup> Entendiendo por idiosincrasia el temperamento propio, por el cual se distingue uno de los demás.

<sup>22</sup> En el caso de Brasil, la forma de gobierno es semejante a la de México, en virtud de que el régimen político es federal. El presidente es elegido por un periodo de cinco años. El poder legislativo está compuesto por

pertinente la creación de una legislación en nuestro país, que es parte de los objetivos de este trabajo, al realizar una propuesta de ley sobre el tema del S.I.D.A., basado en las leyes existentes actualmente en esta materia, en los países en comento, logrando de esta forma una mayor integración al hacer un estudio comparativo entre dichas reglamentaciones.

También se consideró necesaria la investigación en los Estados Unidos de Norteamérica, dada la cercanía e influencia con nuestro país y su mayor avance económico, que hace presumible un mayor alcance en su legislación.

Se decidió hacer el estudio comparativo con los países de Estados Unidos, Brasil, México y Colombia, porque según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, Estados Unidos tiene el mayor índice de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), por lo que se consideró necesario hacer una investigación en dicho país. Así, en segundo lugar se encuentra Brasil, en tercero México y en cuarto lugar Colombia.

Lo anterior, provocó que la investigación se enfocara a dichos países, y específicamente al tratamiento jurídico que se le ha dado a la enfermedad en los mismos, para, de esta forma, compararlo con nuestra legislación.

---

dos Cámaras: la de Senadores y la de Representantes. El país se divide en un Distrito Federal, 20 estados y cinco territorios. Mientras que Colombia si difiere un poco, al tener un sistema de gobierno unitario. Cuenta también con los tres poderes: Ejecutivo (ejercido por el presidente de la República), elegido por voto directo para un periodo de cuatro años, y no reelegible en forma consecutiva; el poder Legislativo con dos cámaras: de senadores y de representación, y el poder Judicial

## **2.2 ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA.**

Se encontró, después de la investigación realizada, que Estados Unidos tiene una legislación referente al S.I.D.A. muy completa; sin embargo, no han entrado en vigencia las leyes correspondientes, ya que, al parecer del gobierno norteamericano, esto implicaría un gasto extraordinario, el cuál no se programó dentro del sistema de egresos del período que le asiste a William Jefferson Clinton, presidente de los Estados Unidos, lo que ha llevado a que su entrada en vigencia, se siga retrasando; y según la información obtenida por la suscrita, aún no se sabe hasta cuando iniciarán su vigencia dichas leyes; sin embargo existen, aunque no se apliquen actualmente.

Esta legislación provocó que se hiciera un capítulo aparte en el presente trabajo, dedicado exclusivamente al análisis profundo de cada una de las leyes existentes en este país norteamericano.

Por lo anterior, la reglamentación se considera, después de hacer la comparación con otras leyes, de un gran alcance práctico, para efecto de evitar el contagio o por lo menos, para disminuir en lo posible su transmisión.

Existen actualmente dos leyes que se encuentran en el período de "vacatio legis" en espera de ser publicadas para que entren en vigor en el país en comento y que, entre otras cosas, declaran al S.I.D.A. como una emergencia de salud pública nacional, dándole un nivel elevado al problema, y en donde se dan las reglas para controlar a las personas, ya infectadas, y así evitar que infecten a otras. Además, se

dan reglas para que la gente sana, evite en lo posible actividades de riesgo que lo coloquen en la posibilidad de adquirir el mortal virus.

La legislación norteamericana, contempla, además, la realización de programas de información respecto a la enfermedad, a la sociedad en general, así como el establecimiento de sanciones a quienes incumplan las disposiciones contenidas en la misma.

Mediante esta reglamentación, el Congreso norteamericano, pretende exhortar a la población para que participe en los esfuerzos de investigación en materia de la enfermedad, que se realicen tanto en el país, como en otras naciones.

Especial atención se le ha dado, en los Estados Unidos, a la discriminación de que son objeto las personas que padecen el mortal padecimiento, lo que los llevó a la creación de una ley que la prohíbe. En un principio, esta ley surgió con el objeto de proteger a las personas con algún tipo de incapacidad física, pero por lo grave de la enfermedad y su constante crecimiento en este país, fue necesaria su inclusión en este precepto legal.

También cabe hacer mención, que existen ya reglas internacionales respecto al S.I.D.A., las cuales están ya en vigor tanto en los Estados Unidos, como en los otros países que se estudian. Se incluyó dentro del capítulo correspondiente a los Estados Unidos de Norteamérica, en virtud de que ahí están vigentes esas normas mínimas del Tratado Internacional en relación a cuestiones de tipo laboral, principalmente respecto a la discriminación de que son objeto las personas infectadas con el virus causante de esta epidemia.

## 2.3 REPÚBLICA DE BRASIL

En virtud de ser el segundo lugar en incidencia de personas infectadas con el V.I.H., al contar con cuatrocientos sesenta y dos casos por cada cien mil habitantes, Brasil se vio en la imperiosa necesidad de crear, en 1990, una ley que regulara principalmente los servicios que prestan las instituciones de salud a las personas infectadas, esto con el fin de evitar en lo posible la discriminación de que eran objeto las personas afectadas por el mortal padecimiento.

Tiempo después, y en virtud del constante incremento en los casos de enfermos de S.I.D.A. reportado por los hospitales y demás centros de salud, fue necesario agregar a la ley, la obligatoriedad por parte de los mismos, de registrar a todas las personas de las que se tuviera conocimiento de que padecen la infección, y de informarlo con prontitud al Ministerio de Salud.

También se considera de carácter obligatorio, el registro inmediato de las muertes ocasionadas por esta misma causa, con el objeto de prevenir a terceros que hubieran estado en contacto con la persona que falleció, y que no tuvieran el conocimiento del padecimiento, para realizarse las pruebas pertinentes, a fin de determinar su posible condición de seropositivos, en virtud de contagio por el finado.

La ley en comento es la número 8,808, la cuál se analizará en capítulo por separado; sin embargo, se debe destacar que la codificación en Brasil, se encuentra por bloques y este precepto legal está ubicado dentro de la reglamentación concerniente al Código de Salud.

Cabe hacer mención, que al igual que en los Estados Unidos de Norteamérica, existe en la República de Brasil una ley por ser aprobada, que propone sanciones privativas de la libertad a quienes no informen a sus parejas sexuales de su padecimiento, y señala como condición agravante, el contagio vía sexual, a sabiendas de su condición de seropositivo.

Esta legislación ha provocado que disminuya el índice de contagio por el V.I.H., por lo que es de considerarse de gran relevancia e importancia, hacer su estudio y análisis, ya que las estadísticas actuales así lo demuestran, y además es de tomarse en cuenta que la idiosincrasia de los brasileños se asemeja más a la de México, que la de los estadounidenses, por lo tanto, el tema a tratar se considera de considerable relevancia.

Incluso, dados los antecedentes mencionados, el tratamiento que le ha dado Brasil, desde el punto de vista legislativo, a este padecimiento, fue trascendental para el que se le debe dar en nuestro país.

## **2.4 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

El orden que se decidió para la inclusión de México y su legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en el presente trabajo, fue, porque de acuerdo a las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud, nuestro país ocupa el tercer lugar en incidencia de personas infectadas por este mal, por lo que se incluye un capítulo aparte de la legislación actual y que precisamente provoca la necesidad de crear preceptos legales que

regulen este problema endémico, ya que actualmente su reglamentación es muy pobre, en virtud de que únicamente ha sido expedida una Norma Técnica, la número trescientos veinticuatro, que trata de la prevención y control de la infección por el V.I.H.; señala a *grosso modo*, las posibles actividades de riesgo, así como las formas de transmisión de este virus.

Este ha sido un buen intento por parte del gobierno mexicano, de dar un seguimiento legal a la enfermedad, sin embargo, se ha quedado sólo ahí, en un intento, ya que gran parte de las medidas de prevención y control, aquí contempladas, se enfocan al personal de los centros de salud y no a la población en general, por lo que su alcance queda reducido, a un sólo sector de la sociedad mexicana.

Las otras medidas, se han visto reflejadas en adiciones al Código de Salud, en las que sólo se señalan: la vigilancia del control y prevención de que deberán ser objeto las personas infectadas de S.I.D.A., sin embargo, no dice como llevarlos a cabo. Menciona, además, la obligatoriedad de dar a conocer que una persona la enfermedad, aunque no lo especifica así, sino sólo como la notificación a la autoridad sanitaria de la detección de la presencia de enfermedades, aclarando, el mismo Código, que entre éstas se encuentra la del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

Por Decreto posterior, se adicionan obligaciones de los centros de salud, en tratándose de transfusiones de sangre, entre ellas, la de practicar la prueba para la detección del V.I.H., a las personas que quisieran ser donadores de sangre, así como la inmediata comunicación a las autoridades sanitarias, en caso de que dicho estudio resultara positivo.

Por último, se creó el Consejo Nacional de Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) (CONASIDA). El Decreto de creación de este Consejo, se enfoca más a dar a conocer las funciones y estructura de este órgano, que a dar medidas de prevención y control de la enfermedad causada por el V.I.H., por lo que se ve claramente, que no es de gran ayuda, dicha legislación, para evitar la incidencia de este padecimiento, en tanto que su contenido es exclusivamente organizacional.

Cabe señalar que lo más cercano a un intento de legislación en materia de esta enfermedad, ha sido la norma técnica antes mencionada, pero sin embargo, se ha quedado sólo en eso, ya que ésta norma no ha tenido una aplicación eficaz hasta el momento.

Por lo anterior, de la legislación mexicana sobre este problema, no es muy posible profundizar en el tema, ya que los preceptos legales mencionados, son el único material con el que se cuenta actualmente, y la información de la que se dispone, es muy poca.

En conclusión, se considera de fundamental importancia, el elaborar una reglamentación adecuada en materia de S.I.D.A., en la que verdaderamente se contemplen los principios adecuados para una prevención y un control eficaces, y que sea dirigida a la población en general, y no sólo a determinados sectores, como se ha hecho hasta ahora, basándose en las legislaciones que se han creado en los países a los que ya hemos hecho mención: Estados Unidos, Brasil y Colombia. Cabe destacar, que uno de los objetivos de este trabajo, es proponer la reglamentación más adecuada a la problemática aquí planteada y que

surge del estudio comparativo de la legislación en los países antes citados.

## **2.5 REPÚBLICA DE COLOMBIA**

De acuerdo a las multicidades estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud, Colombia es el cuarto país de América con un mayor índice de personas infectadas por el V.I.H., al contar con poco más de ochenta mil casos.

Esta cifra, vista de lejos, no parece tan alarmante, considerando los cientos de miles de casos de personas infectadas con el virus, en los otros países objeto de estudio: Estados Unidos, Brasil y México; sin embargo, considerando, que Colombia es un país pequeño y con una densidad de población no muy alta, sí resulta preocupante.

Analizando esta situación, el gobierno colombiano, decidió publicar en 1991, un Decreto que trata sobre la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, centrando su atención en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Colombia se convertiría en ese momento, en el primer país latinoamericano en legislar en cuanto al mortal padecimiento.

Este Decreto, es reglamentario del Código de Salud, por lo que se señala al Ministerio de Salud como órgano encargado de expedir las normas para la prevención de la infección causada por el V.I.H. y el S.I.D.A.

El contenido de éste Decreto, será materia de un capítulo por separado en el presente trabajo, pero cabe señalar algunos de los aspectos más relevantes de que trata el mismo, como lo es la formación sexual a temprana edad, lo que ocasiona que desde pequeños, los niños vayan teniendo una noción, a su nivel, de lo que la enfermedad significa, así como la manera de evitar en lo posible colocarse en situaciones consideradas de alto riesgo.

Este y otros aspectos, relacionados con los niños, son punto trascendental en el contenido del Decreto, por lo que se puede apreciar la importancia que tiene, para los colombianos, este sector de la población.

En Colombia, también se le da gran importancia a la información, en materia de la mortal enfermedad, que se exhibe a la población en general, a través de los medios masivos de comunicación. Es necesario mencionar, que este ha sido un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Educación y los Organismos de Radiodifusión del país, y que, por cierto, ha dado grandes resultados, desde que empezó la campaña a finales de 1991.

Aunque la legislación expedida por la República de Colombia, es muy adecuada, aún quedan algunos aspectos sin contemplarse, pero aún así, ha sido de gran eficacia su aplicación en este país sudamericano, y esto se refleja con la notable disminución en el número de casos de personas infectadas por el multicitado virus, desde que inició su vigencia en el año de 1992.

De especial importancia resulta el estudio de los diversos ordenamientos legales que se han realizado en materia de S.I.D.A., en los cuatro países mencionados, sobre todo para nuestro país, México, en el que hace falta la creación y aplicación efectiva, de una reglamentación en esta materia; y para ello, se pueden tomar en consideración, los ordenamientos ya existentes y que han sido beneficiosos para los estados en los que se han aplicado, como es el caso de Colombia y Brasil, respectivamente.

## **CAPÍTULO III**

### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA.**

#### **3.1 INTRODUCCIÓN**

Como ya se señaló en el capítulo anterior, el país con un mayor índice de incidencia en el S.I.D.A., es Estados Unidos de América. Con efectos meramente introductorios, este país es una República Federal, cuenta con un territorio de 9.396.856 km<sup>2</sup>. Su gobierno es federal. Cada uno de los cincuenta estados, el Distrito de Columbia y los cuatro territorios integrantes del país, tienen autonomía legislativa en la administración y asuntos internos, reservando la Constitución al gobierno federal las relaciones exteriores, la defensa nacional y, en general, todo aquello que, en una u otra forma, incide en los intereses nacionales.

El Gobierno Federal se encuentra dividido en tres poderes: el Legislativo, ejercido por el Congreso - que consta del Senado y la Cámara de Representantes -, el Poder Ejecutivo, ejercido por el presidente de los Estados Unidos - elegido por sufragio universal, por un período de cuatro años, pudiendo ser reelectos por una sola ocasión -, y el Poder Judicial, ejercido por la Suprema Corte y los tribunales federales inferiores.

Para que inicie su vigencia una ley en algún estado de la República Federal de los Estados Unidos de América, se requiere que la sociedad acepte ciertas circunstancias que aunque no estén señaladas

por un precepto legal, un juez lo determine, volviéndose esta sentencia ley, ya que pertenecen al *Common Law*. Sin embargo, cuando se hace a nivel federal, en toda la Unión Americana, dicha ley debe ser aprobada por ambas Cámaras y el ejecutivo.

En el caso concreto, la legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en Estados Unidos, propuesta por el ejecutivo, durante el primer período del gobierno del presidente William Jefferson Clinton, a principios de la presente década, fue aprobada por la Cámara de Representantes, pero reprobada por el Senado, ya que considera que su entrada en vigencia no es posible, en virtud de que no existen los fondos suficientes para sustentar una ley de dicha naturaleza.

Hasta el momento, la propuesta de ley, sigue esperando ser aprobada, para iniciar su vigencia, dicho retardo, en su entrada en vigor, ha ocasionado que el número de casos de personas infectadas por el mortal padecimiento, en este país, vaya en constante aumento, situación contraria a la ocurrida en los dos países sudamericanos materia de este estudio: Brasil y Colombia, en los que la aplicación de una legislación en la materia, ha resultado beneficiosa, al reducir notablemente el número de casos de personas infectadas por el virus causante de la enfermedad.

### **3.2 ASPECTOS GENERALES**

Los estadounidenses han llegado a una encrucijada en la historia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En tan solo diez años, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), agente causante

de la enfermedad, ha cobrado más vidas americanas, que en las guerras de Vietnam y Corea juntas.

La mayor incidencia de esta epidemia, ocurre en segmentos de la sociedad americana, debido a las desventajas a que son sometidas las personas de color, hombres y mujeres quienes hacen uso de drogas, y adolescentes que no han recibido una información adecuada acerca de como evitar el contagio de la mortal enfermedad.

A pesar de lo grave de este padecimiento, y de su propagación por todo el mundo, los países han respondido con indiferencia, y en parte los mucha gente ha sido un tanto responsable, en virtud de mantener en secreto su padecimiento, por temor a ser rechazados o discriminados. Para obtener una oportunidad de ganarle a la enfermedad, es necesario unir esfuerzos para transformar esa indiferencia en una acción informada.

En la década pasada, la Casa Blanca rompió su silencio en el tema de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). El Congreso ha mostrado liderazgo en el desarrollo de una legislación adecuada, pero han continuamente fallado en la provisión de fondos para la realización de los programas de esta pandemia.

Como se verá más adelante, el gobierno de los Estados Unidos ha justificado la falta de aplicación eficaz de las leyes en materia de S.I.D.A., en virtud de no poseer los fondos adecuados para llevarla a cabo totalmente. Esto en virtud de que dicha legislación, contiene, como se mencionó en el párrafo anterior, programas tendientes al control y prevención del padecimiento.

A pesar de lo anterior, el Congreso afirma que no hay urgencia, ni gravedad, por lo tanto, lo consideran bajo control, ya que la falsa calma es reforzada por políticos quienes declaran que ya se ha hecho suficiente en cuanto a esta grave enfermedad, dicen además que esta es "Sólo una enfermedad más", y que deben dirigir su atención a otros padecimientos que matan a más gente.

El número de mujeres y niños infectados con el V.I.H., particularmente en comunidades de color, continúan creciendo dramáticamente. De hecho, los casos de S.I.D.A. entre las mujeres están creciendo más rápidamente que entre los hombres.<sup>23</sup>

Es necesario que las parejas infectadas por el multicitado virus, sean informadas del riesgo que corren de tener hijos bajo la característica de seropositivos, y los riesgos que tal situación conlleva.

La investigación en muchas áreas de la salud educacional ha mostrado la necesidad de emitir mensajes de prevención en un lenguaje y de manera que puedan ser comprensibles para cualquier persona que lo vea o escuche. Esto implica, también, la designación e implemento de programas educacionales y de prevención que deben ser dirigidos a los diversos sectores de la población.

Un Plan Nacional debe ser desarrollado bajo una completa participación que envuelva agencias federales, impulsadas por las organizaciones nacionales representadas por varios niveles de la sociedad y del gobierno, para identificar las prioridades y los recursos necesarios para el tratamiento y prevención de la enfermedad.

---

<sup>23</sup> BERK, R., de. 1988. "The Social Impact of AIDS in the U.S.", Cambridge, Mass. Abt. Books.

La carencia de un plan nacional es lo que ha llevado a un incremento en la discriminación hacia las personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Además, del bajo financiamiento en las cuestiones de salud, y que se utilizan para proveer de cuidados médicos a los trabajadores, casas de asistencia a enfermos, así como la realización de una serie de programas efectivos educacionales y preventivos.

El papel individual más importante del gobierno en todos los niveles de la epidemia causada por este virus, es el mando: la habilidad de inspirar a los ciudadanos, para movilizar recursos y proveerlos a quienes los necesiten.

El gobierno en todos sus niveles, debe hacer más para responder a esta grave epidemia.

### **3.3 ANTECEDENTES Y NECESIDADES PARA LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA.**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) es considerado por un gran número de médicos expertos como la enfermedad pública más grave de este siglo.

Así, para el seis de julio de 1987, un estimado de 38,160 americanos habían sido identificados como poseedores del virus, y 21,915 de estos ya han muerto por complicaciones que son asociadas con esta enfermedad. Pero cabe aclarar, que para la época actual, el número de casos de S.I.D.A. en la Unión Americana se ha incrementado

notablemente ya que en 1987 había 38, 160 casos conocidos, una década después, en junio de 1997, se sabía de 576,310 casos identificados, y a enero de 1998, existen alrededor de un millón de casos registrados; a esta cifra es necesario agregar el número de casos que no han sido reportados o cuantificados, en virtud de que los poseedores ignoran que padecen la enfermedad o a sabiendas de que la padecen, lo callan por temor al rechazo de la misma sociedad.<sup>24</sup>

En virtud de las estadísticas mencionadas en el párrafo anterior, el Servicio de Salud Pública señaló que para finales de 1997, murieron cinco de cada quinientas mil personas a causa de este padecimiento.

El riesgo de desarrollar la enfermedad y morir por causa de la misma aumenta cada año, en virtud de la rapidez con que se propaga la infección.

Del total, al menos el 30 o 50% de quienes padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), desarrollarán la enfermedad en un periodo de 5 a 10 años. Aunque estudios más profundos, muestran que en realidad el 75% de los individuos infectados morirán por este padecimiento, en un período de siete años.

Los primeros casos de S.I.D.A. en los Estados Unidos fueron diagnosticados en hombres homosexuales por las autoridades de Salud durante el verano de 1981. Del total de los casos registrados en este país, el 66% corresponde a homosexuales, el 17% por abuso de drogas, el 8 % por relaciones entre homosexuales y drogadictos, el 2 % por

---

<sup>24</sup> Información obtenida por INTERNET, de la página: "Provisional Working Estimates of Adult HIV Prevalence by country - GLOBAL PROGRAMME ON AIDS", publicada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

transfusiones sanguíneas, el 1% hemofílicos y el 4% restante, por relaciones heterosexuales con una persona infectada.

La incidencia de los casos mencionados en el párrafo anterior, han sido reportados por los 50 estados, el Distrito de Columbia, y cuatro territorios. Aunque la mayoría fueron reportados por los residentes de Nueva York y California<sup>25</sup>, esta mortal enfermedad se mueve gradualmente hacia las pequeñas ciudades y áreas urbanas.

La legislación en materia de S.I.D.A., responde a un sin número de necesidades específicas las cuales aún no tienen asignación en una manera comprensiva.

Una necesidad que se ha presentado en muchas comunidades, es el entrenamiento para los trabajadores que atienden a los enfermos de S.I.D.A., ya que aquéllos, permanecen en contacto constante con la gente infectada.

Existe un gran temor de que a la larga estos trabajadores adquieran la enfermedad, por su potencial exposición al virus.

Las investigaciones respecto a esta epidemia, han provocado que se establezca un Programa Nacional de Investigación sobre SIDA<sup>26</sup> en el Instituto Nacional de Salud, en virtud de que muchos estudios realizados en todo el país, han llegado a la conclusión de que las

---

<sup>25</sup> Información obtenida de la Asociación de Estado y Oficinas de Salud Territorial, en el Distrito de Columbia.

<sup>26</sup> El Programa de Investigación Nacional en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), tiene como objeto expandir y acelerar esfuerzos para encontrar una vacuna y la posible cura, por la coordinación básica y la investigación clínica sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y a través de la demostración, educación, y otros programas para la salud.

investigaciones y las instituciones involucradas en las mismas, son insuficientes para la gravedad del problema.

Ante la ausencia de medicamentos o vacunas para contrarrestar la infección, la herramienta más eficaz para limitar la expansión del virus es la educación a la población del riesgo, y la elaboración de una legislación adecuada en esta materia.

Como el número de pacientes enfermos de S.I.D.A., es cada día mayor, el impacto financiero aumenta, debido al elevado costo que ocasiona su cuidado.

Aunque una variedad de factores apuntan hacia estas diferencias, un aspecto muy importante es la disponibilidad de vivienda y una comunidad basada en el soporte de los servicios sociales y médicos.

Lo anterior ha sido mostrado en ciudades que como San Francisco con extensos servicios de este tipo, han sido capaces de lograr la máxima efectividad de los costos con los fondos gastados en los servicios de salud para aquellas personas infectadas con el mortal padecimiento.

Fue hasta 1996, que el Director General de la Organización Mundial de la Salud anunció la existencia de un "desastre epidémico" en virtud de que la expansión del virus causante del S.I.D.A. en este país ha adquirido proporciones inusitadas.

Las políticas legislativas y reguladoras sobre esta infección y del Virus de Inmunodeficiencia Humana en los Estados Unidos, contienen

las prolíficas actividades realizadas por el Congreso de los Estados Unidos y por las legislaturas de los Estados en este desarrollo y en muchas formas en las políticas de salud.

La Legislación en materia de S.I.D.A. en los Estados Unidos, tiene sus orígenes, en las leyes originales y regulaciones de diferentes jurisdicciones, publicadas en su gaceta oficial.

La "Organización Mundial de la Salud (OMS)" junto con el Collaborating Centre on Health Legislation, ubicado en la Universidad de Harvard dentro de la Escuela de Salud Pública, han realizado esfuerzos sin precedente para obtener, trasladar o resumir, la "Sinopsis Internacional de la Legislación de Salud", y dispersar información sobre una reglamentación significativa relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

Las medidas que la legislación requiere en algunas jurisdicciones pueden ser introducidas e implementadas en otra parte por acciones administrativas, emitiendo circulares ministeriales, guías departamentales, etcétera, que las señalen y que provoquen su aplicación en lugares distantes.

Han habido desarrollos y reportes similares en muchos otros países, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha intentado hacer un informe sobre esas contribuciones probablemente por ser de interés internacional. Es decir, ha tratado de realizar una codificación de aplicación a nivel mundial, tomando en cuenta las aportaciones de los

países que ya han efectuado una legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Este organismo internacional, ha tenido como obstáculo para poder realizar la codificación general, que en algunas naciones se impide el acceso a su legislación, por lo que no ha sido posible allegarse de toda la información existente a las reglamentaciones sobre este mal que actualmente están vigentes; incluso el problema de lingüística es menos complicado por tener semejanzas en su conceptualización.

Por otra parte, el patrón es muy diferente, y verdaderamente varía de país a país. En solo unas cuantas naciones, de acuerdo con la información disponible a la Organización Mundial de la Salud, han introducido hasta ahora algún tipo de legislación sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).<sup>27</sup>

Pero ninguna legislación a nivel mundial, excepto la colombiana, ha sido emitida, con el objeto preciso de tratar la enfermedad y dar posibles soluciones en diferentes aspectos a quienes ya la padecen.

Las campañas para prevenir este mal endémico han sido abundantes pero no han sido siempre desempeñados bajo los estándares de exactitud y precisión que una organización internacional debe, por definición, conocer.

---

<sup>27</sup> En América, los países que han establecido una legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y que hayan obtenido resultados satisfactorios en el control de la epidemia, han sido, principalmente: BRASIL, CANADÁ, COLOMBIA, COSTA RICA, Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. Es importante señalar, que para la Organización Mundial de la Salud, México tiene establecida una legislación en materia de S.I.D.A., pero esta se limita a ciertos preceptos contemplados en la Ley de Salud, sin ser una legislación en la materia, propiamente dicha.

Este aspecto lo vemos claramente reflejado con esta epidemia, ya que aunque en algunos países se han sacado decretos, circulares, etc. en la materia, estos han sido únicamente para la creación de organismos con conocimiento de la enfermedad, y encargados de la realización de las pruebas para la detección temprana o no del virus causante de este padecimiento en el cuerpo humano.<sup>26</sup>

Está claro que, como en muchas otras áreas de la legislación de la salud, el Derecho ha tendido a retrasarse con respecto a la ciencia. En esta área, no obstante, la velocidad de los avances científicos, el Derecho no logra emparejarse y queda rezagado.

### **3.4 CONFIGURACIÓN DE LA LEGISLACIÓN DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) Y DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.), EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA.**

Los abogados americanos están familiarizados con un patrón particular de legislación en materia de salud, caracterizado a nivel federal por estatutos adoptados por el Congreso (consolidados dentro del Código de los Estados Unidos) y las regulaciones adoptadas por varios departamentos y agencias dentro del ramo ejecutivo (convenientemente consolidado dentro del Código de Regulaciones Federales).

---

<sup>26</sup> En este caso se encuentra México, quien emitió únicamente una norma técnica para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y el Decreto por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

### **3.4.1 REPORTE DEL SENADO N° 100-133, POR EL QUE SE DECLARA EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) COMO EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA NACIONAL.**

Este Reporte surge como una necesidad por parte del gobierno federal de los Estados Unidos, para reducir la continua expansión de los infectados con el V.I.H., creador del S.I.D.A. y para desarrollar lo más rápido posible herramientas efectivas y estrategias para tratar y prevenir el mortal padecimiento y las enfermedades relacionadas.

El Ordenamiento, en su capítulo Uno, sección primera, da la pauta para la inclusión de programas específicos para crear en todos los estadounidenses conciencia del riesgo presentado por esta epidemia, así como proporcionar servicios especiales de asistencia pública educacional y de información a todos aquellos individuos cuyo comportamiento pasado, presente o aún futuro, los sitúe en un creciente riesgo de infección.

En esta misma sección, se contempla, también, que es obligación de la Secretaría de Salud Pública, la elaboración de un reporte anual de las actividades y gastos realizados con motivo de esta enfermedad, así como de proveer asistencia técnica tanto al gobierno estatal como local, también a las entidades públicas y privadas sin fines de lucro, para llevar a cabo actividades en favor de personas infectadas con el mortal virus.

También, se señala como una obligación de la Secretaría de Salud, el proveer de los medios necesarios para la investigación sobre

las utilidades de la creación de consorcios de negocios, así como la búsqueda por parte de las instituciones de vacunas y medicamentos para combatir la enfermedad.

El Reporte del Senado, faculta al organismo antes mencionado, para revisar la capacidad de regulaciones existentes, mecanismos y sistemas administrativos dentro del Departamento de estado, para conocer las más nuevas y urgentes necesidades impuestas por la epidemia y exploración de los posibles métodos de perfeccionamiento de las responsabilidades Federales respecto al problema.

La Secretaría debe conducir una evaluación para identificar la legislación Federal existente o regulaciones que puedan tener el efecto de postergar o bloquear programas o iniciativas que el Departamento de Salud y Servicios Humanos creen necesarias para alojar, y por último, superar el problema causado por el mal. Por ejemplo, la Secretaría debe requerir acciones legislativas para facilitar el orden y decisiones de las concesiones y contratos gubernamentales para una investigación urgente de producción de materiales o para hacer posible la adquisición de animales necesarios para la prueba de vacunas y medicamentos desde otras naciones.

En la segunda sección, se contempla al S.I.D.A. y su evaluación clínica, unida a los Institutos Nacionales de Salud, en donde se incluye una definición de este padecimiento, reconociéndolo como: *"una enfermedad con un proceso de carácter sumamente complicado, que requiere el estudio de expertos en múltiples disciplinas científicas y especialidades médicas"*.

Se menciona que las instituciones de salud, tienen la obligación de expedir y expandir exámenes clínicos, tendientes a la identificación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), así como el proveer los medicamentos y terapias adecuadas a sus pacientes infectados por este virus.<sup>29</sup>

La sección tercera del Reporte del Senado de los Estados Unidos de Norteamérica, señala como obligación del gobierno federal, el aumentar esfuerzos, así como incrementar de acuerdo a las cambiantes necesidades de la sociedad americana, los fondos dedicados a la investigación, educación y prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Así como proveer de los medios necesarios para la creación de agencias, centros e instituciones dedicados a los objetos antes mencionados.

La sección cuarta, se refiere al otorgamiento de premios, expedición de contratos y Acuerdos de Cooperación. Se hace mención de que se desarrollará un plan para el otorgamiento de premios por parte del gobierno federal, a las personas o instituciones que den aportaciones de trascendencia en materia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En cuanto a la expedición de contratos y acuerdos de cooperación, es con la intención de alentar una rápida y más comprensiva responsabilidad Federal sobre la crisis ocasionada por la epidemia.

---

<sup>29</sup> Para este efecto, cada institución de salud, ha sido obligada a disponer de cincuenta camas hospitalarias, para la atención de enfermos afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

En lo relativo a los Institutos Nacionales de Investigación sobre el S.I.D.A., la legislación, establece como obligación de sus cuerpos directivos, el examinar las acciones legislativas que deban ser requeridas para incrementar la eficacia de los métodos de prevención, control y tratamiento de este mal endémico, por lo que ya no queda como facultad exclusiva del gobierno Federal, el proponer iniciativas de ley en esta materia.

En la quinta sección, se contemplan las responsabilidades de requerir Fondos, Espacio, Servicios o Personal para ser utilizados en el combate contra esta mortal enfermedad; este punto ha requerido de una comprensiva y rápida respuesta del gobierno federal. Estos requerimientos, se harán por conducto de del Director de los Centros de Control de Enfermedades o del Director del Instituto Nacional para las alergias y enfermedades infecciosas; estas prioridades deben ser cumplidas a la mayor brevedad posible.

La legislación establece sanciones a quienes, habiendo sido requeridos, en alguno de los aspectos anteriormente señalados, no lo realicen.<sup>30</sup>

En la sección sexta, se trata de las Uniones para la Investigación y el Desarrollo. Se menciona como obligación de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, en unión con la Academia Nacional de las Ciencias y otras Instituciones apropiadas, la evaluación de las necesidades potenciales para la creación de acuerdos de uniones o

---

<sup>30</sup> Los requeridos, tienen 21 días para realizar lo que se les solicitó; y señala que de no hacerlo se hacen acreedores de una sanción, pero no señala de que tipo.

convenios para la expedición e intensificación de áreas particulares de todas las naciones dedicadas a la investigación de este mal.

Se da particular prioridad a los esfuerzos enfocados al desarrollo y prueba de vacunas, drogas y regímenes de tratamiento combinados para el padecimiento multicitado, para lo que se requerirán acuerdos de cooperación entre compañías industriales nacionales y extranjeras.

La sección séptima, da información general para la Salud y Seguridad Pública para los Trabajadores.

Para tal efecto, se instauró el programa de emergencia nacional para proporcionar educación en materia de salud y seguridad pública para los trabajadores en los Estados Unidos concerniente a la necesidad de tomar las medidas apropiadas para evitar la transmisión de los agentes etiológicos del V.I.H.

Los Centros para el Control de Enfermedades, han realizado las guías que deben ser seguidas por el personal de las empresas; mismas que han sido distribuidas en todo el país. Si alguna empresa no contara con estas guías, la responsabilidad recaería directamente sobre estos Centros.<sup>31</sup>

El efecto de dicha educación a los trabajadores, es no sólo que se reduzca la transmisión de la infección, sino también la reducción de la ansiedad pública acerca de la epidemia. Entre las personas que deben recibir esta información, se señalan los siguientes: personal del

---

<sup>31</sup> Aquí nuevamente, el Reporte omite indicar cual es la sanción o sanciones a que se hace acreedor el Centro de Control de Enfermedades.

departamento de policia, personal del departamento de bomberos, personal de instituciones correccionales, paramédicos, médicos, personas encargadas de proporcionar servicios médicos y dentales privados.

El Ordenamiento señala que la educación no está limitada a estos trabajadores, sino en general a todos los centros de trabajo, es decir, no existe limitación alguna.

El Capítulo Dos, hace mención de los esfuerzos internacionales, éste contiene las actividades a desarrollarse a nivel internacional en materia de la enfermedad.

En virtud de que este padecimiento es una crisis global de salud y una enfermedad transmisible, se señala como una obligación de la sociedad norteamericana, el apoyar al gobierno federal y a otras naciones, en sus esfuerzos para controlar la expansión de los agentes etiológicos<sup>32</sup> del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y los recursos biomédicos para solucionar el problema.

Se exhorta a todos los estadounidenses, para que participen en la creación de innovaciones aplicadas a los esfuerzos de investigación que se lleven a cabo tanto en el país, como en otras naciones.

También, en lo referente a la materia internacional, el Reporte considera ciertos esfuerzos multinacionales, entre otros, la autorización de becas y asistencia técnica para la prevención y procuración de la cura

---

<sup>32</sup> (aition - causa / logos - tratado). Al decir agentes etiológicos, se hace referencia a aquella parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades.

del mortal padecimiento; la creación a nivel mundial de un banco de investigación de información acerca del mismo; así como la autorización de un fondo para esas actividades.

El Reporte incluye un resumen de la Estrategia Global desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, y menciona sus tres objetivos:

1. Prevenir la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

2. Reducir el impacto social y personal de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

3. Unificar los esfuerzos nacionales e internacionales en la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Como se observa, el Reporte del Senado número 100-133, en sus siete secciones, abarca todas las áreas donde deba incluirse una especificación relacionada con este mal; tiene objetivos muy ambiciosos, y cubre todas las áreas médicas para controlarlo, prevenirlo y evitarlo, en lo posible.

Por lo que hace a su entrada en vigor, ésta se ha detenido, en virtud de que se requiere de un enorme capital para poder hacer efectivo dicho programa; de hecho, se han ya repartido a los diferentes estados de la Unión Americana, los proyectos a desarrollarse, para que se puedan aplicar de inmediato, en cuanto inicie su vigencia. Se considera que cuando se empiece a aplicar, cubrirá todos los extremos necesarios para atacar este mal, y es por eso que fue declarado como una *Emergencia de Salud Pública Nacional*.

### **3.4.2 ESTATUTO LEGAL QUE PROHIBE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.).**

El Acto de Rehabilitación de 1973, contiene el primer estatuto federal con provisiones referentes a la protección de los derechos de las personas con algún tipo de incapacidad.

Este Acto de Rehabilitación requiere acciones afirmativas para incrementar las oportunidades de trabajo para personas incapaces.

En el Estatuto Legal actual, se cita como la primera provisión antidiscriminatoria, el que se realicen programas y actividades que reciban fondos federales, para la discriminación sobre las bases de un defecto físico. Tal prohibición se extiende más allá de las relaciones laborales, ya que abarca la discriminación en cualquier aspecto, incluyendo el acceso a los beneficios y servicios a que tienen derecho los trabajadores y sus familias.

Las provisiones de antidiscriminación del Acto de Rehabilitación define claramente que por incapacitado<sup>33</sup> debe entenderse:

1. Personas que tienen algún impedimento físico o mental que lo limite substancialmente o principalmente en sus actividades vitales;
2. Personas que tienen constancia de tal impedimento, o
3. Personas consideradas como tenedoras de tal impedimento.

---

<sup>33</sup> En México, se considera que una persona es incapaz, cuando carece de la aptitud para obligarse por sí mismo, por lo que no puede realizar contratos de ninguna especie, sólo a través de su representante legal.

En Estados Unidos, las personas con algún tipo de enfermedad infecciosa, incluyendo al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), son consideradas como incapacitadas, y son protegidas por esta ley.

El Congreso, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, y las cortes las cuales han revisado este tema, han concluido que esta ley cubre incluso a las personas con una infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), asintomática.

Dos alternativas soportan esta conclusión: primeramente, casi cuando aún no hay signos de la enfermedad en una persona, el Virus causante del S.I.D.A., ocasiona anomalías en el sistema de inmunidad que puede ser calificado como un daño físico. Por ejemplo, este Virus ha substanciado un gran impacto sobre las actividades sexuales y la reproducción como resultado de los modos de transmisión. El hecho de que esos daños sean internos no niega los cambios físicos que ocurren como resultado de la infección por el mortal virus. Durante este período, la infección es similar a otras incapacidades.

En segundo lugar, esta ley no necesariamente requiere que un individuo tenga limitaciones físicas o mentales para calificarlo como incapacitado.

Para esta legislación, un individuo con algún tipo de incapacidad debe conocer legítima y esencialmente los requisitos de participación o admisión, a los programas, servicios, o beneficios que la misma prevé.

La Suprema Corte de los Estados Unidos de América, interpreta a este ordenamiento legal como un requerimiento de que cualquier evaluación de riesgo de transmisión sea basado en cuatro factores propuestos por la Asociación Médica Americana:

1. La naturaleza del riesgo (Cómo se ha transmitido la enfermedad);
2. La duración del riesgo (Cuán largo resulta el período infeccioso);
3. La severidad del riesgo (Qué es el daño potencial a terceras partes), y
4. La probabilidad de que esa enfermedad sea transmisible y cause varios grados de daño.<sup>34</sup>

En este punto se incluye a los menores, quienes padeciendo el V.I.H., son considerados como incapacitados, y para ello se ha instaurado un programa educacional apropiado a sus necesidades, llevado a cabo en escuelas, enfocadas específicamente, a este proyecto especial.

Los cincuenta estados integrantes de los Estados Unidos, más el Distrito de Columbia, han promulgado un programa de protección antidiscriminatorio para las personas con algún tipo de "incapacidad" física. Estos estatutos, pueden constituir un punto de partida muy importante para la protección de personas con incapacidades y con la infección del V.I.H.; estas leyes pueden ofrecer protección en programas

---

<sup>34</sup> Una vez analizados estos factores, y específicamente en el caso que nos ocupa, la Suprema Corte debe analizarlos, para determinar si procede o no a un seguimiento por la vía jurisdiccional, y asignarle así los beneficios que a su juicio considere pertinentes al afectado directamente y a los terceros perjudicados por la misma causa.

y servicios no cubiertos por ninguna de las normas de antidiscriminación federales. Por ejemplo, algunos preceptos legales estatales protegen a personas incapaces de la discriminación por parte de sus patrones, lo cuál es ilegal, siempre y cuando el patrón reciba fondos del gobierno federal.<sup>35</sup>

El 1º de Enero de 1989, veinticuatro Estados y el Distrito de Columbia formalmente extendieron algunas o todas sus leyes de antidiscriminación que protegen a personas con incapacidades debidas a la infección ocasionada por el mortal Virus. Diecinueve de estos estados también protegen a personas percibidas como poseedoras del mismo. En tres estados, personas con enfermedades infecciosas o contagiosas, son especialmente excluidas por la definición de incapacitados, de esta manera, se hace casi imposible el proteger a personas con la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana bajo estos estatutos.

En cuanto a la admisión o rechazo de un menor en una escuela, en virtud de ser poseedor de este virus, se establece que es necesario analizar cada caso en particular, para ver el posible riesgo a que se exponen los otros niños, dependiendo del grado de desarrollo que haya alcanzado la enfermedad en el niño hasta ese momento. Pero, en general, se establece como una responsabilidad de los padres y de su médico la estancia del menor en la escuela.

---

<sup>35</sup> Esto resulta preocupante, ya que, en tratándose de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), los únicos empleados que reciben protección antidiscriminatoria, son aquellos que laboran para algún tipo de empresa apoyada económicamente por el gobierno federal, por lo que los empleados de las otras empresas, quedarían sin ningún tipo de protección.

Cuando un niño contagiado por el virus, ingresa en alguna escuela, ésta debe establecer procedimientos adecuados que requieran estudiantes con enfermedades infecciosas o contagiosas, como es el caso de la viruela, en el que el procedimiento consiste en que los niños que padezcan la enfermedad, deben permanecer fuera mientras pasa el período en el que hay riesgo de transmisión.

La Suprema Corte de los Estados Unidos ha establecido que la exclusión de niños de un Centro Educativo, en virtud de ser poseedores del V.I.H., viola el derecho de elección de los padres y del médico, para la permanencia o admisión del menor en la escuela.

Los colegios deben seguir los requerimientos legales en cuanto a la determinación de centros educativos apropiados para los niños con este tipo de padecimientos. Esto implica un proceso de evaluación formado por tres pasos:

1) Determinación de un lugar apropiado basado en las necesidades de educación de un niño;

2) Determinación de que efectivamente el menor posee un significativo riesgo de transmisión, y

3) Si en efecto constituye un riesgo significativo, la determinación de si una acomodación razonable es posible, de acuerdo con el mandato restrictivo.

Si de acuerdo al resultado de estos exámenes, la Corte Federal estima que el menor está calificado para estar con otros niños en un

salón de clases, éste deberá de ser reubicado en su escuela. Aún así se requiere un oficio emitido por las autoridades escolares y de los padres del menor, en donde se plasme que están de acuerdo y están conscientes de que es el lugar más apropiado para la educación de sus hijos, y que el niño no constituye un significativo riesgo de transmisión que lo excluya de su salón de clases.<sup>36</sup>

La Ley protege el derecho de los individuos para tomar sus propias decisiones en cuanto a su salud. A fin de dar su consentimiento para cualquier procedimiento médico, incluyendo los exámenes de anticuerpos del V.I.H., la Ley requiere, entre otras cosas, que una persona sea competente para tomar decisiones razonadas.

El hecho de que un individuo tenga desarrollada una incapacidad, no lo hace legalmente incompetente para consentir un tratamiento médico. Para todos los individuos, la competencia legal para dar un consentimiento informado para este tratamiento depende de tres factores:

- 1) La edad de la persona,
- 2) La capacidad mental de la persona, y
- 3) La decisión legal en discusión.

De lo analizado, se deduce que el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, se ha preocupado de manera especial, por la discriminación de que son objeto las personas, de todas las edades, que

---

<sup>36</sup> Esto en la práctica no ocurre, ya que a menudo, los niños que padecen algún tipo de incapacidad o enfermedad infecto-contagiosa, son rechazados de las escuelas. Un punto negativo de esta legislación, es que no establece sanción alguna a quien infrinja esta circunstancia, por lo que las escuelas lo siguen llevando a cabo.

padecen el mortal padecimiento, en especial los trabajadores, en sus centros de trabajo, en las relaciones obrero-patronales; y los niños, quienes se enfrentan a la discriminación en los centros educativos a los que pertenecen o a los que pretenden ingresar, lo que originó la creación de este Estatuto Legal, que tiene como principal objeto prohibirla, señalando sanciones a quienes, debiendo hacerlo, no respeten los principios contenidos en este ordenamiento legal; sin embargo, en el Estatuto no se señala cuál es el tipo de sanción que se impondrá como consecuencia al que haya incumplido la ley.

Cabe señalar, que esta reglamentación ya ha iniciado su vigencia, lo que es una ventaja, tomando en cuenta que las demás leyes creadas, no han entrado en vigencia; sin embargo, aún no se resuelve el problema, ya que únicamente se abarca una parte del mismo. Por lo anterior, sería muy conveniente, que se complementara con las otras reglamentaciones, para, de esta forma, empezar a combatir la mortal enfermedad.

### **3.4.3 LEY INTERNACIONAL DEL TRABAJO: "Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)".**

Es de mencionarse que esta Ley Internacional se incluye en este capítulo, en virtud de que en Estados Unidos de América se aplica, por lo tanto, es una de las legislaciones en relación al S.I.D.A. que se encuentra vigente en la legislación norteamericana.

Para esta ley hay tres puntos de particular relevancia, que son los siguientes:

a) La enfermedad es fatal - ninguna vacuna u otra cura han sido encontradas todavía;

b) El virus puede ser transmitido, y

c) Las implicaciones de la transmisión son conocidas e identificadas en relación con el comportamiento humano.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) no es una enfermedad propia de un centro de trabajo en estricto sentido. No es una enfermedad ocupacional, ya que puede afectar de igual manera a niños, adolescentes, adultos o ancianos, sea cual sea su actividad, oficio o profesión; sin embargo, a nivel internacional, ha adquirido gran importancia la enfermedad, dentro del entorno laboral.

Los abogados laboralistas han tenido que enfrentarse con esta enfermedad y sus consecuencias en un contexto diferente, como lo son, los efectos de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) sobre las relaciones patrón-empleado y, a la vez, con la necesidad de encontrar herramientas legales para combatir la actitud discriminatoria contra las personas infectadas por este virus, o con el S.I.D.A.

Tal comportamiento discriminatorio puede manifestarse en la forma de un despido injustificado.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, señala que: "La protección a los derechos humanos y la dignidad hacia las personas

infectadas por el V.I.H., incluyendo personas con S.I.D.A., es esencial para la prevención y control de estos padecimientos. "

Los trabajadores infectados por el mortal virus, deben ser tratados en la misma forma que los demás, que están sanos. Asimismo, tampoco se deben hacer distinciones en el trato a los empleados infectados por el virus o que padecen la mortal enfermedad, entre sí. La mayoría de las personas que padecen este mal, quieren seguir trabajando, lo cual aumenta su bienestar físico y mental y deben ser motivados para seguir haciéndolo. Deben estar dispuestos a contribuir con su creatividad y productividad en el marco ocupacional del que se sustenta.

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, ha establecido ciertos Derechos de las personas en sus empleos:

1. **Protección a quienes padecen Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) o están infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.):** No se deben requerir exámenes médicos para la detección de la enfermedad, ni se les pueden hacer a los trabajadores preguntas acerca de exámenes relativos, realizados anteriormente.

2. **Confidencialidad:** Referente a la información médica, incluyendo su estatus de seropositivo o no.

3. **Información al patrón:** No es obligación del empleado informar a su jefe acerca de su estatus de poseedor del V.I.H. o del S.I.D.A.

4. **Protección al empleado:** Las personas en el centro de trabajo afectadas por, o percibidas como afectadas por el V.I.H. o por el S.I.D.A., deben ser protegidas de difamaciones y discriminación por sus compañeros de empleo, sindicatos, patrones o clientes.

La información y la educación son esenciales para mantener el clima de mutua comprensión necesaria para asegurar esta protección.

5. **Acceso a servicios para empleados:** Los empleados y sus familias deben tener acceso a los programas de información y de educación sobre S.I.D.A. y V.I.H.

6. **Beneficios:** Los empleados que padecen Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) no deben ser discriminados , incluyendo los referentes a la seguridad social y los beneficios referentes a la vivienda.

7. **Cambios razonables a los planes en el trabajo:** La infección por el V.I.H. no está asociada con ningún tipo de limitación física respecto al trabajo.<sup>37</sup>

8. **Continuación de las relaciones laborales:** La infección por el V.I.H., no es causa para la terminación del empleo.

---

<sup>37</sup> El simple padecimiento de la enfermedad no ocasiona ninguna limitación física, éstas se empiezan a dar y a hacerse notorias hasta el momento de que el individuo infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), comienza a desarrollar la enfermedad (el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)), en cuyo caso, se deben hacer los arreglos laborales correspondientes, a fin de que el individuo pueda continuar prestando sus servicios, hasta que deje de ser productivo, ya sea por su incapacidad física o mental.

Como ocurre con otras enfermedades, las personas que padecen enfermedades relacionadas con este virus, deben ser capaces de trabajar hasta que sea médicamente posible.

9. **Primeros Auxilios:** En cualquier situación en que se requiera prestar primeros auxilios en el centro de trabajo, se deberán tomar las medidas necesarias para reducir el riesgo de transmisión a través de infecciones, generalmente por sangre.<sup>38</sup>

Las empresas están obligadas a cumplir con lo que esta ley señala, ya que de lo contrario, incurren en responsabilidad.

Se destaca que las sanciones impuestas, aún no son suficientes para impedir que se siga dando la discriminación hacia los trabajadores con V.I.H. o con S.I.D.A.

Hasta el momento, existen sanciones civiles y criminales reguladas por las leyes estadounidenses, para quien transmita el mortal padecimiento, pero estas sanciones no son aplicadas, por lo que no se ha podido lograr plenamente un control de la transmisión de la epidemia, a pesar de contar ya con una legislación al respecto.

En este sentido, la Comisión Presidencial de los Estados Unidos de América, recomienda a los Estados que realicen sus propias leyes en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en las que se incluyan sanciones de tipo penal a quienes las infrinjan.

---

<sup>38</sup> Por lo tanto, se deberán tomar las medidas necesarias para prestar los primeros auxilios, pero nunca se podrán negar a prestarlos.

Dichas recomendaciones son aceptables, sin embargo, es necesario analizar por qué no han iniciado su vigencia primeramente, de manera federal en todo el territorio estadounidense, en el que a pesar de tener las leyes ya elaboradas y aprobadas por el Congreso, no son aplicadas.

También, en los Estados Unidos, existe un número significativo de estatutos legales, que proveen a las autoridades, la facultad de penalizar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H) en varios Estados.

En muchos casos, estos Estados, han reclasificado al Virus de Inmunodeficiencia Humana, como una enfermedad de transmisión sexual, a la que se aplican las penalidades ya existentes.

Muchos países han identificado como solución al gran número de personas contagiadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el establecimiento de penalidades severas, para quien transmita el Virus de manera intencional o negligente. En algunos casos, esas penalidades son proveídas por leyes específicas en esta materia, pero contenida como una enfermedad de transmisión sexual, únicamente.

A pesar de ser un Tratado Internacional, que como ya se dijo, se está aplicando actualmente en los Estados Unidos de América, en México no se toma en cuenta como ley vigente. Por lo tanto, nuestro país se enfrenta a este problema, además de que no se ha legislado en relación al mortal padecimiento como tal, por lo que, se requiere incluir una penalidad contra la persona que dolosamente infecte a otra,

agregando el delito correspondiente a los ya establecidos en el Capítulo II, título séptimo del Código Penal, referente al peligro de contagio.

### **3.5 Estadísticas de la Enfermedad en los Estados Unidos de Norteamérica.**

Para finales de 1990, más de cien mil personas en los Estados Unidos habían muerto del padecimiento en cuestión, y cerca de una tercera parte de esas muertes ocurrieron ese año.

Ahora, cerca de cien personas mueren en los Estados Unidos diariamente de esta enfermedad; en promedio, una cada quince minutos y el proceso se está acelerando.

Para junio de 1991, ciento ochenta y dos mil ochocientos treinta y cuatro casos de S.I.D.A. habían sido reportados en los Estados Unidos. Entre marzo de 1990 y marzo de 1991, el reporte del número de casos fue de más de la tercera parte. Estos números son un indicativo de que los esfuerzos de prevención deben ser redoblados.

Actualmente, existen al menos un millón de norteamericanos registrados, que padecen esta enfermedad; la mayor parte de ellos, morirá en la próxima década. Y en ausencia de un esfuerzo nacional, el virus se continua expandiendo.

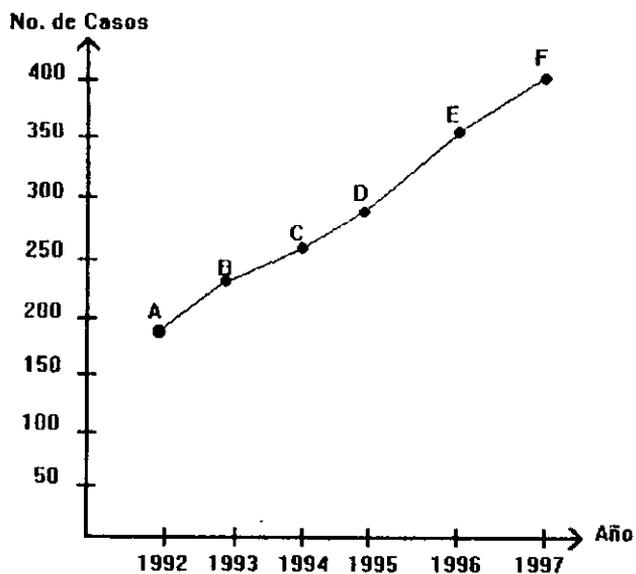
La acumulación de muertes en los primeros diez años, serán duplicados en los próximos dos años.

Contrario a lo observado en Colombia y en Brasil, en donde se ha notado una disminución en los casos de personas infectadas, en los Estados Unidos de Norteamérica, para 1992 existían trescientos treinta y un mil setecientos setenta y dos casos registrados; para 1993, a esta cifra se aumentaron setenta y tres mil setecientos setenta y cuatro casos, es decir, hubo un incremento del 29% en tan solo un año; para finales de 1996, los casos registrados fueron poco más de setecientos cincuenta mil, y ya para enero de este año, existían registrados más de un millón de casos, lo que nos muestra el increíble aumento que ha sufrido la enfermedad los últimos meses.

En la gráfica de la siguiente página, se observa el notable avance e incremento de los casos de enfermos de S.I.D.A., en los Estados Unidos de Norteamérica, en los últimos años.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> *Ibidem* pág.43



**Gráfica N°1**

en donde:

A= 196 casos

D= 275 casos

B= 234 casos

E= 346 casos

C= 263 casos

F=387 casos<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Es preciso aclarar que las estadísticas en cuanto al número de casos, señalados en esta gráfica, corresponde al número de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) registrados por año, en base a cien mil habitantes.

## **CAPÍTULO IV**

### **TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN BRASIL.**

#### **4.1 Introducción**

Como se ha indicado en capítulo aparte, en base a las estadísticas dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud, Brasil es el país que ocupa el segundo lugar en incidencia de personas infectadas con el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en América. Asimismo es la segunda nación, después de Colombia, que estableció una reglamentación en esta materia, que ha sido aplicada eficazmente, reflejándose esto en una marcada disminución en los casos de enfermos atacados por este mal.

Como breve introducción, cabe señalar que la República de Brasil es el país de América Latina, con mayor extensión territorial, al ocupar 8,516,049 km<sup>2</sup>.

El extenso territorio brasileño, se divide en cinco grandes regiones: la región Nordeste, la región central atlántica, la región central, la región meridional y la Amazona brasileña. Es en ésta última, donde se concentra el mayor número de personas que padecen esta enfermedad, aunque en general, la epidemia se ha propagado rápidamente por todo este país, lo que lo llevó a tener hasta el año de 1992, el mayor número de personas infectadas del mundo en toda la América, situación que fue superada a finales del mismo año, por los Estados Unidos de Norteamérica.

## **4.2 Factores Socioeconómicos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en la República de Brasil.**

Para que se logre una mejor comprensión de los aspectos legales en materia esta enfermedad en Brasil, es necesario realizar un análisis de los factores socioeconómicos que rodean a la población brasileña, tomando en cuenta la influencia de ciertos aspectos, entre otros, los culturales, profesionales, ocupacionales, etcétera., que lleven a un completo entendimiento de las medidas legislativas adoptadas por el gobierno de este país en la materia.

Han sido divulgados los primeros resultados de una evaluación de la dinámica de la epidemia en Brasil a través de técnicas de análisis de distribución especial. Se han revisado cuestiones metodológicas, observando las dificultades de establecer regiones geográficas homogéneas en este país.

Se describen tendencias recientes de la dinámica de la epidemia como son: - la pobreza, la interiorización y la alteración en la participación proporcional de las categorías de exposición.

Al evaluar la distribución de casos de personas con este padecimiento por Unidades de la Federación, se confeccionaron mapas relativos a la distribución de la epidemia en el período de 1987 a 1993 en las mismas, estableciéndose los Centros Gravimétricos<sup>41</sup> relativos a esos años.

---

<sup>41</sup> Los Centros Gravimétricos, son aquéllos lugares en donde se lleva un control de las áreas con una mayor incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en Brasil. Para lograr su objetivo, estos Centros cuentan con mapas regionales de todo el país, así como con estadísticas en base a estudios realizados tanto por organismos o instituciones nacionales como extranjeras.

El análisis del posicionamiento y dispersamiento pluri-anual de los Centros Gravimétricos indica una fuerza atractiva del Estado de Sao Paulo como polo de difusión de la epidemia y una expansión simultánea de esta epidemia en dirección a las fronteras de ocupación. Esas tendencias colocan dificultades adicionales a las actividades de prevención al acrecentar nuevos segmentos populares y sectores geográficos al cuadro observado inicialmente en las principales regiones metropolitanas y segmentos más afectados.

Un estudio de geografía social de la epidemia, es sumamente complejo por tratarse de un padecimiento que atraviesa diferentes contextos socioculturales, y por ello parte de su transmisión se da a partir de relaciones íntimas entre los seres humanos.

La epidemiología contemporánea cuenta con dos recursos en el análisis de distribución geográfica de los agravios a la salud de las poblaciones: los programas de mapas computarizados, y en el caso específico de las enfermedades infecto - contagiosas, el estudio cuali - cuantitativo de las redes de interacción social, tanto en el aspecto de interacción multipersonal, esencial a la transmisión, como de las redes de difusión capilar de las informaciones y soporte social a la mudanza conductual.

En Brasil, con una tasa de incidencia global acumulada de cuatrocientos sesenta y dos casos por cada cien mil habitantes, se sitúa una perspectiva europea, entre las naciones que constituyen el bloque de países europeos más afectados por la epidemia, o para ejemplificar mejor, la tasa de incidencia brasileña acumulada se sitúa por encima de

la francesa (cuatrocientos cinco casos por cada cien mil habitantes), y de la italiana.

En cuanto a su comparación con los países de la América que son objeto de estudio del presente trabajo, encontramos a Brasil situado abajo de Estados Unidos, con una incidencia de un millón de casos, y por encima de México, quien cuenta con una incidencia global de cuatrocientos cincuenta mil casos registrados, y por encima de Colombia, quien cuenta con ochenta mil casos. Una diferencia marcada entre esos países y Brasil, es la extensión geográfica y diversidad regional que posee este último. Podríamos decir que, de hecho, habría un sin número de epidemias microregionales en Brasil, en intercambio permanente, debido al intenso flujo de dispersamiento de mano de obra, transporte de cargas, o migraciones.

La epidemia, en este país sudamericano, se inicia en la región Sudeste, que presenta, hoy, tasas de incidencia acumuladas elevadas - Sao Paulo ochocientos casos por cada cien mil habitantes y Río de Janeiro seiscientos veinticuatro casos por cada cien mil habitantes.

La epidemia se difunde para el conjunto de la Federación, con tasas anuales de incidencia crecientes en prácticamente todas las unidades hasta 1997. Así, especialmente, en el Estado de Sao Paulo, persisten tasas de incidencia anuales elevadas, lo que sitúa a esos estados con una incidencia anual, respectivamente, comparable a las de Zambia, al inicio de la presente década, situada en el epicentro de la

epidemia en África "subsahariana"<sup>42</sup>, y de España (país europeo con una mayor tasa anual de incidencia.)

Al expandirse cada vez más la epidemia en todo el país, se debe dar especial atención hacia las ciudades del centro, principalmente en el Estado de Sao Paulo, y rumbo a las fronteras de ocupación como en las regiones Centro-Oeste y Norte (especialmente Roraima y Amapá), en que pese a que existe una menor densidad de población en comparación con el interior paulista, es en donde se concentran factores sociales potencialmente propicios para la difusión de la epidemia, tales como continuos dispersamientos de la población, así como la concentración de los mismos en círculos jóvenes y sexualmente activos.

Brasil reconoce que ocupa uno de los principales lugares a nivel mundial en esta infección, y justifica dicha existencia y más aún el rápido crecimiento de la "epidemia", basándose en el deficiente sistema de salud que impera en el país, incluso en los principales centros urbanos, en donde se encuentra concentrada la mayor parte de la población brasileña, tales como: Sao Paulo, que ocupa el primer lugar en casos registrados, seguida por Río de Janeiro, Porto Alegre y Santos.

#### **4.3 ESTADÍSTICAS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA REPÚBLICA DE BRASIL**

Desde 1994 han sido diagnosticados seiscientos ochenta y seis mil casos de esta enfermedad en el país, de acuerdo con informaciones de diciembre de 1997 del Ministerio de Salud.

---

<sup>42</sup> Debemos recordar que Zambia fue el primer lugar a nivel mundial, en donde se dieron a conocer los primeros grandes brotes de la epidemia originada por este padecimiento.

Los hombres corresponden al 81.5% de los casos y las mujeres al 18.5%.

Se calcula que poco más de setenta y cinco mil personas ya han muerto ha consecuencia del SIDA, a un promedio de 20 muertes diarias. A lo anterior, faltaría agregar el cuantioso número de casos no registrados por los sistemas de salud, que constituyen poco más del 60% del total de los casos, por lo que es necesario pensar, el elevado porcentaje del país atacado por la enfermedad.

### MUNICIPIOS CON MAYOR NUMERO DE CASOS<sup>43</sup>

Los diez municipios con mayor incidencia de SIDA son:

CIUDADES	No. de casos	Porcentaje
1. Sao Paulo	424,650	56.62%
2. Río de Janeiro	273,450	36.46%
3. Porto Alegre	9,675	1.29%
4. Santos	8,625	1.15%
5. Belo Horizonte	7,950	1.06%
6. Ribeirao	5,475	0.73%
7. Brasilia	5,025	0.67%
8. Curitiba	5,023	0.67%
9. Salvador	5,020	0.67%
10. Campinas	4,650	0.62%

<sup>43</sup> Los datos contenidos en esta tabla, fueron obtenidos via INTERNET, en la página de la Revista de Salud Pública, publicado en la Universidad de Sao Paulo, por la Facultad de Salud Pública, en enero de 1998.

#### **4.4 Legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en la República de Brasil.**

La epidemia se torna visible para el Derecho brasileño, a raíz de situaciones de carácter médico y social, observados durante los primeros años de la década de los ochenta, principalmente al empezar a observarse un gran número de decesos causados por el contagio previo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entre individuos homosexuales, presentándose los dos primeros casos en la Ciudad de Sao Paulo, en 1982.

Lo grave de la situación, y su incesante frecuencia, fue lo que llevó a una modificación en el Código Nacional de Salud, en el capítulo de homicidios, en donde se incluyó que en caso de que existiera sospecha de que la muerte hubiera sido causada por una enfermedad transmisible, la autoridad sanitaria competente debe promover un examen del cuerpo, y demás estudios que considere pertinentes, a fin de determinar si la el fallecimiento de la persona se debe a tal motivo, en cuyo caso se seguiría el proceso relativo al homicidio.

Lo anterior ha sido en general a las enfermedades de transmisión sexual, más en tratándose del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), el homicidio puede tomarse agravado, si se demuestra que la persona actuó con conocimiento de su enfermedad, y a pesar de saberlo, puso en peligro a alguna o algunas personas, ocasionándoles el contagio. En 1987, había aún en Estados de la Federación, algunas regiones del Norte y Noreste del país, con menos de cinco casos notificados de la enfermedad, de acuerdo al Ministerio de Salud.

Nada o muy poco se ha hecho por establecer entre la sociedad brasileña, cierta conciencia acerca de la enfermedad, a través de información o medios de control para la parte de la población, que se ha visto mayormente amenazada, en virtud de la marcada promiscuidad entre las personas sexualmente activas, y en gran parte, también, por el elevado número de población homosexual que habita el país; sin embargo, la creación y aplicación de reglamentaciones respecto a la enfermedad, ha permitido que el número de casos se haya reducido en la última década. Situación que se vería aún más favorecida, si se incluyeran como parte de estas normas, aspectos tendientes a proporcionar a la población en general, información respecto a como prevenir, controlar y evitar, en lo posible, la enfermedad.

En Brasil, se considera como una de las principales causas de mortalidad, el deficiente sistema de salud y la ausencia de médicos y hospitales en las diferentes regiones del país, ya que cuenta con tres mil setenta y un municipios habitados, para los cuáles existen solamente seis mil hospitales y doscientos mil médicos, cifras insuficientes, si tomamos en cuenta que Brasil es uno de los países más grandes del mundo.

En promedio, vendrían existiendo diez médicos por cada diez mil habitantes. Lo cuál sería insuficiente considerando la demanda que pudieran llegar a tener en un momento determinado.

Por lo anterior, la atención en cuanto a una legislación adecuada en materia de esta enfermedad, en la República de Brasil, se ha enfocado al Sistema Único de Salud (SUS), regulado por la ley No.8,808

del 19 de septiembre de 1990, el Sistema Único de Salud, integró a todos los hospitales públicos, además de los hospitales universitarios, filantrópicos<sup>44</sup> y privados creados por el gobierno, quienes tienen el deber de prestar ayuda a las personas infectadas por el VIH.

Los servicios que por este concepto presten los hospitales, son pagados mensualmente por el Ministerio de Salud (MS) a través del Fondo Nacional de Salud (FNS) a los estados y municipios.

Este padecimiento del S.I.D.A., no es un fenómeno aislado al Derecho, y se encuentra profundamente relacionada con el contexto socio - cultural que lo rodea.

Para los estudiosos brasileños, antes de realizar una apreciación anticipada a una persona infectada, es necesario hacer un análisis en cuanto al sector de la sociedad al que pertenece, su posición social, su instrucción, su ocupación, e incluso hasta su religión; es decir, para ellos es muy importante y necesario elaborar primeramente una valoración psicológica del individuo seropositivo, para analizar las razones o circunstancias bajo las cuales se produjo el contagio.

Se muestran también, variaciones en la percepción de necesidades de recibir una atención adecuada para ayudar a la solución del problema.

---

<sup>44</sup> Los hospitales filantrópicos, son aquellos que han sido creados por personas que desean brindar ayuda médica a la comunidad, es decir, aquellos que se han enfocado a la asistencia social.

Las diferencias son debidas a una diversificación de normas, a través de las cuales la atención deba ser recibida; normas que varían desde buscar auxilio con parientes, amigos, pasando por farmacéuticos, curanderos<sup>45</sup>, o médicos.

La legislación brasileña, en materia de Salud, al igual que la colombiana, considera al registro<sup>46</sup> sistemático y continuo de las personas infectadas, como obligatorio. Su determinación y algunas de sus características constituyen la base fundamental de su trascendencia en el campo del Derecho.

Como se mencionó anteriormente, el registro de muerte, para el caso de decesos ocasionados por la mortal enfermedad, se debe realizar de forma obligatoria.

El registro de este fallecimiento, tiene la finalidad jurídica de que, asegurando la causa de la muerte por esta razón, se pueda prevenir a terceros que hubieren estado en contacto con él, y que no tuvieran conocimiento del padecimiento, para que se hagan todas las pruebas pertinentes, a fin de determinar si son poseedoras del Virus, en virtud del contagio por el finado.

Estos registros permiten, por lo tanto, la organización y funcionamiento del sistema jurídico en materia de Salud.

---

<sup>45</sup> Es necesario recordar que en Brasil, existe una gran falta de médicos, debido a esta circunstancia, han proliferado los curanderos en todos los sectores del país. Los curanderos son personas que ejercen la medicina, sin ser propiamente médicos.

<sup>46</sup> En Colombia, el Decreto Reglamentario contempla la obligatoriedad del registro de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), mientras que en Brasil, no existe una legislación específica en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), sino que existen los Registros como figura jurídica propiamente dicha.

El movimiento de registro en la República de Brasil, sin ser una legislación en forma de la materia, no se ha tardado en dar rápidos progresos en el campo de la epidemia, y se tiene la idea de que pronto, este sistema de registro sea adoptado prácticamente en todos los países civilizados del mundo.

Dentro de estos registros, de gran importancia son los referentes a los nacimientos de niños bajo la característica de seropositivos, situación que generalmente ocurre, cuando la madre padece la enfermedad, o es portadora del virus, y lo transmite a su hijo durante el período de gestación, o al momento del parto, sin importar si es natural o quirúrgico, e incluso, se han llegado a presentar casos en los que el virus se ha transmitido al niño, a través de la leche materna.

Continuando con los registros, cabe hacer mención a los correspondientes a la infección de este virus, a través de transfusiones sanguíneas.

El recibir una transfusión de sangre infectada, acarrea más del 95 por ciento de riesgo de desarrollar la enfermedad.<sup>47</sup>

En los registros legales, en la República de Brasil, en tratándose de transfusiones de sangre, se deben de tomar en cuenta diversos factores, para encuadrar en alguna sanción impuesta por el Código de Salud para estos casos, entre ellos:

---

<sup>47</sup> Es importante señalar, que el desarrollo de la enfermedad, es distinto a poseer el V.I.H., ya que puede ser posible que la persona en efecto tenga el Virus, pero que a lo largo de su vida no llegue a desarrollar la enfermedad como tal.

1. Si la persona que propició el contagio, lo hizo a través de una donación voluntaria.

2. El alto riesgo de adquirir por este medio el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), en comparación con otras enfermedades transmisibles por este medio.

3. Información acerca de los exámenes que previamente a la donación, se le debieron haber hecho al donante.<sup>48</sup>

Cabe apuntar que el examen a que se alude en el párrafo anterior, no son cien por ciento seguros, ya que ocasionalmente, una persona a quienes los exámenes le han arrojado un resultado negativo, pueden de hecho, estar infectados por el virus.

Esto ocurre, generalmente, por el llamado "período ventana"<sup>49</sup>, en el que los exámenes del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), no lo detectan. Otro punto que toma en cuenta el gobierno brasileño, es la Educación Pública. La información básica es provista mediante volantes, que son repartidos en lugares públicos como cines, restaurantes, bibliotecas, teatros, centros deportivos, etcétera; artículos de periódicos y anuncios de radio y televisión.

---

<sup>48</sup> Todos los donadores de sangre, necesitan ser examinados para detectar la presencia de infecciones transmisibles por este medio, entre ellas, y la más importante, la del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.). Por lo tanto, en el caso de la omisión en la realización de este examen, la responsabilidad recaerá sobre el centro de salud encargado de realizar dichas pruebas.

<sup>49</sup> Durante el "período ventana" un examen de anticuerpos Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), puede producir un resultado negativo, aunque el Virus se encuentre presente en la sangre y puede ser transmisible. Esto resulta de particular importancia, si analizamos que esto representa un riesgo activo, desde aún los tres meses anteriores.

Asimismo, se establece como una obligación de las escuelas, universidades, grupos eclesiásticos, centros comunitarios y centros de trabajo, proveer de las oportunidades para la educación y reclutamiento de personas infectadas por el virus.

Un punto que han tenido que enfrentar los individuos infectados, ha sido la discriminación y las violaciones a los derechos humanos, que se da con incesante frecuencia en los hospitales y en los centros de trabajo.

Como ya ha ocurrido en otros países, una nueva explosión de violencia psicológica contra personas con este padecimiento en Brasil, ha ocasionado que el gobierno realice una iniciativa ante las Cámaras, para la imposición de severas penalidades para las personas que, a sabiendas de que padecen la enfermedad, continúen teniendo relaciones sexuales sin informar a la respectiva pareja de su estatus de seropositivo.<sup>50</sup>

Una legislación pendiente en el Senado de la República de Brasil desde el año pasado, propone prisión de tres a ocho años, para las personas que no informan a sus parejas sexuales de su estatus de poseedor del V.I.H. Estas penalidades podrían incrementarse de 12 a 20 años si alguna persona resulta infectada como resultado de la realización de un acto sexual.

---

<sup>50</sup> Se dice que una persona es seropositiva, una vez que, realizados los estudios pertinentes, ha sido demostrado que padece una enfermedad de carácter infeccioso, por lo que este concepto no está únicamente relacionado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

La educación pública y los consejos ministeriales pueden ayudar a la gente infectada por este virus, a no realizar actividades de las denominadas de alto riesgo, que puedan llevar al contagio de las personas que lo rodean.

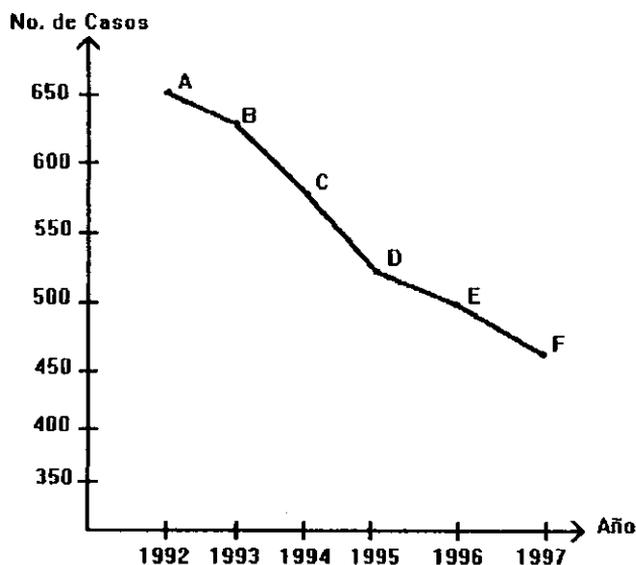
Se ha estimado, que en Brasil, los Registros en cuanto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), no han dado un resultado cien por ciento satisfactorio, ya que, si bien, se ha presentado una disminución en las tasas de incidencia, esta no ha sido en número considerable, como ha ocurrido en Colombia, por ejemplo. (Ver gráfica N° 2)

A pesar de lo anterior, el gobierno brasileño, aún sigue teniendo sus dudas entre la realización de una legislación en forma sobre la materia, o seguir como hasta ahora, únicamente contemplándolo en el Código de Salud, como una enfermedad de carácter infecto-contagioso, así como una circunstancia especial para que en las necropsias de individuos muertos bajo esta causa, se haga un estudio más minucioso; y seguir con el sistema jurídico de registros.

En la siguiente gráfica se muestra la evolución que ha tenido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), en la República de Brasil. Como se aprecia, nuevamente se nota una disminución en los casos de la mortal enfermedad.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Ibidem. pág. 43



**Gráfica N° 2**

en donde:

A= 650 casos	D= 528 casos
B= 633 casos	E= 492 casos
C= 571 casos	F= 462 casos

Cabe destacar que en Brasil se le da gran importancia a los nacimientos de niños bajo la característica de seropositivos, y aunque únicamente existe un control estadístico (Sistema de Registros) para atacar las consecuencias de este padecimiento, los resultados han sido benéficos al darse un descenso en el número de personas atacadas por esta epidemia. En nuestro país, en cambio, no existe el control preciso

para saber si la mujer que está gestando, tiene la infección, y es por eso que en la investigación, objeto de este trabajo, se encuentra muy útil dicha información, para tomar la experiencia de Brasil y aprovecharla en nuestro sistema jurídico, para lograr que el número de casos con esta enfermedad, vaya también en disminución, y no en ascenso como ha ocurrido hasta el momento, como consecuencia de no existir una legislación eficaz al respecto, y que constituye parte de la propuesta del presente trabajo.

## CAPÍTULO V

### TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) EN MÉXICO.

#### 5.1 PRESENTACIÓN

Actualmente en el mundo existen más de dos millones de personas que han muerto ya, a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Para finales de 1997, fueron registrados tres millones cien mil nuevos casos en el mundo. A éstos falta agregar el número de personas infectadas, que no están incluidas en las estadísticas, ya sea porque desconocen que padecen la enfermedad, o porque, sabiéndolo, no lo quieren dar a conocer.

Se estima que para el año dos mil una persona morirá, a causa de la mortal enfermedad, cada diez segundos, y el número de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), habrá ascendido a poco más de cincuenta millones, lo que sería equivalente a más de la tercera parte de la población mexicana.<sup>52</sup>

La situación se agrava al analizar las estadísticas, dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud, en las que encontramos que México ocupa el tercer lugar de casos de S.I.D.A.

---

<sup>52</sup> Para el año dos mil, una persona de cada cien, estará infectada por el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), situación alarmante tomando en cuenta que aún no existe vacuna ni cura alguna, faltando tan sólo dos años para el dos mil.

registrados en América, al contar con alrededor de un cuatrocientos cincuenta mil personas infectadas.

Estos y otros factores hacen que este problema se mantenga como uno de los principales retos y prioridades para el enfoque multidisciplinario de la salud pública en nuestro país.

En México, poco o casi nada se ha hecho por tratar de erradicar la enfermedad. En lo que concierne al aspecto legal, todo se ha limitado a la creación de un organismo denominado "Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA)", que no cuenta con reconocimiento a nivel mundial; así como la publicación de una norma técnica y algunas adiciones a la Ley General de Salud, en materia de esta enfermedad, que no conducen a ninguna parte, mucho menos al combate contra el mortal padecimiento.

## **5.2 BALANCE INDIVIDUAL Y DERECHOS SOCIALES**

Está claro que el S.I.D.A., es una enfermedad única, y ha dado lugar al inicio de una serie de problemas morales, éticos y legales.

En los tiempos modernos, no se ha encontrado una enfermedad con la propensión y poder que este virus tiene.

La única analogía real que se puede pensar de esto, es la sífilis, en el siglo XVI, cuando fue primeramente introducida en Europa. Al igual que la sífilis, el V.I.H. es sanguíneo y venéreamente transmisible, y una enfermedad potencialmente letal. Esta infección es crónica, si no de toda la vida. La infección puede ser transmisible aún cuando una

persona infectada es asintomática, lo cual significa que no es fácil identificar clínicamente a una persona que posea el virus, y que por ende, lo transmita.<sup>53</sup>

El número total de personas seropositivas para el año dos mil, se estima en cincuenta millones en todo el mundo. Este punto es importante, porque hay que recordar que esta gente es potencialmente infecciosa: vía sanguínea, por contacto sexual, o de la madre a su producto.

Cómo compartir con estas personas de una manera en que ambos coincidan con sus derechos civiles y consistentes con las necesidades de salud pública de otros ciudadanos, es el principal problema.

Un serio aspecto a enfrentar, es en el área de la responsabilidad individual para la sociedad, para amistad y para contactos sexuales. En México, faltan propuestas, como las llevadas a cabo en otros países, como en Estados Unidos, a través de campañas publicitarias que son difundidas por los diversos medios de comunicación como televisión, radio, prensa y revistas. Algunas de esas campañas tratan de hacer conciencia, diciendo a las personas, que haría si fuera una persona seropositiva infectada por el V.I.H. si son jóvenes, y si son sexualmente activos.

---

<sup>53</sup> Ya se ha tratado, que la identificación de un individuo infectado por el virus del SIDA, sólo es posible efectuando el examen de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)

Es responsabilidad de cada persona el decir a sus compañeros sexuales que está infectado con el virus del S.I.D.A. y que puede ser potencialmente infeccioso para ellos.

El examen premarital, es un problema que está adquiriendo grandes dimensiones en nuestra sociedad, ya que en México, existen actualmente, un gran número de laboratorios encargados de realizar los exámenes prematrimoniales, en los que ya se elabora en forma obligatoria la prueba del V.I.H., para detectar, en futuros contrayentes, la presencia del mortal virus.

En México, al igual que en cientos de países, existen, por ahora, miles de personas heterosexuales que padecen la enfermedad. Éstas, junto con las que están infectadas en virtud de su adicción a las drogas o por ser pareja de una persona adicta, constituyen un foco importante para las promociones del crecimiento sexual del virus del S.I.D.A. entre la comunidad heterosexual. Además, como ya se ha mencionado, las mujeres que están infectadas significan, también, un gran riesgo, al pasar el virus a sus hijos.

La cuestión del examen premarital, así como la sífilis, es una de las más importantes responsabilidades de salud pública para este aspecto de la enfermedad, en nuestro país.

Otro serio problema es la cuestión de los menores seropositivos. Está claro para informaciones científicas preliminares, que hay niños quienes son portadores positivos del virus, y que sin embargo, no son sintomáticos, y no tienen la enfermedad. Entonces, ¿quiénes deberían tener acceso al conocimiento de que un niño es seropositivo? Es bien

sabido que un menor bajo esta característica, puede estar cerca de sus parientes, así como de todas las personas que rodean generalmente a un niño, pero la deficiente idiosincrasia y la falta de información adecuada, hacen que sea repudiado y alejado de su medio natural de desarrollo, las actitudes separatistas llegan hasta el punto de que en ciertos países, que se presumen desarrollados, se han construido escuelas especiales para que acudan los niños infectados con la mortal enfermedad.

### **5.3 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS PERSONALES**

Se cree que propiamente dirigidos, los derechos de los individuos y los derechos sociales no necesitan caer en conflicto. El advenimiento de esta epidemia, ha tenido un profundo impacto sobre los conceptos de salud pública, tanto en México como en todo el mundo, para la comunidad médica, para la investigación de sujetos, y especialmente para las relaciones entre los individuos homosexuales, porque esta enfermedad afecta a ese sector de manera muy dramática, y porque históricamente ese grupo no tiene una posición "respetada" en la sociedad.

Otro punto muy importante, es la discriminación hacia los enfermos de S.I.D.A.. Muchos de los efectos de la enfermedad y los complicados problemas que se han desarrollado, han ocurrido por la errónea percepción pública de que una persona considerada como seropositiva, puede necesariamente transmitir la enfermedad.

Lo que aparece para ser potencialmente transmisible es el virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.). Si una persona infectada

desarrolla o no el Síndrome probablemente dependa de otros, confundidos, y aún desconocidos cofactores.

Es por eso que se han realizado campañas en los medios de comunicación masiva para el uso del preservativo en las relaciones íntimas entre los heterosexuales y con mayor énfasis en los grupos de alto riesgo, para con ello, disminuir, en lo posible, la incidencia, sin que se violen las preferencias sexuales de las personas y así queden protegidos en sus derechos personales.

#### **5.4 IMPLICACIONES LEGALES DE LA EPIDEMIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.).**

Es muy importante tener en mente las diferencias entre lo que hace al S.I.D.A. especial y lo que lo hace similar a otras condiciones y a otros problemas que el mundo ha tenido que confrontar. Primeramente, han sido, históricamente, y continuarán siendo, tal vez ahora más que siempre, un conflicto entre las libertades civiles y la legislación de salud pública.

Los gobiernos federales y estatales han tenido tradicionalmente grandes dificultades en la regularización de áreas de incertidumbre, y esta pandemia es una de ellas. Hay mucho que no se sabe acerca de esta enfermedad, y desde el punto de vista gubernamental, esto es lo que hace muy difícil el promulgar una legislación en la materia.

Por lo expuesto, se considera necesaria la creación de una regulación adecuada del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

(S.I.D.A.), para combatir lo mayormente posible, la discriminación y demás aspectos que la enfermedad trae consigo.

Al igual que ocurre en muchas otras áreas de la legislación de la salud, el Derecho ha tendido a retrasarse con respecto a la ciencia, y a pesar de los avances científicos, el aspecto legal continúa en un segundo plano. Esto se puede ver claramente con el S.I.D.A, ya que las legislaciones expedidas por ciertos países, han sido únicamente para la creación de organismos con conocimiento de la enfermedad, y encargados de la realización de las pruebas para la detección temprana o no del virus en el cuerpo humano.

Ninguna legislación a nivel mundial, excepto la colombiana, ha sido emitida, con el objeto preciso de tratar la enfermedad y dar posibles soluciones en diferentes aspectos a quienes ya la padecen.

## **5.5 EL VIH/SIDA Y LA POBLACIÓN INFANTIL MEXICANA**

La infección por VIH/SIDA en México ha tenido cambios importantes; actualmente se considera que su comportamiento es la conjunción de varios tipos de epidemias cuyas características están determinadas -en las diferentes localidades, municipios o entidades-, por diversos factores, tales como: mecanismos de transmisión, antigüedad de los casos nativos de infección, presencia de población susceptible y adopción de medidas de prevención específicas. Si bien en los últimos años se ha observado una disminución importante en los casos atribuibles a transmisión sanguínea, aquéllos debidos a transmisión

heterosexual se han incrementado<sup>54</sup>. Estos cambios se han reflejado en la epidemiología de la infección en mujeres, observándose en los últimos años que la transmisión heterosexual constituye más del 60% del total.

Además, si se tiene en cuenta que cerca del 80% de las mujeres infectadas en México están en edad reproductiva, cabe esperar que la epidemiología de la infección por VIH/SIDA en niños, muestre diferencias notables en lo que respecta a mecanismos de transmisión.<sup>55</sup>

Así, a diferencia de los primeros años de la epidemia en los que la mayoría de los casos en niños fueron atribuibles a transfusión de sangre o sus derivados, en la actualidad la transmisión perinatal constituye el principal mecanismo y continuará incrementándose en los próximos años, lo cual pone de manifiesto la necesidad de crear una legislación en materia de S.I.D.A., que contemple todo lo anterior, para proporcionar atención adecuada a los niños y a las mujeres infectadas.

En lo que respecta al tratamiento de los menores, se debe tener en cuenta que la atención al niño con esta infección, debe ser multidisciplinaria. Un aspecto importante y que los centros de salud no toman en cuenta, es el soporte nutricional adecuado.

En cuanto al caso de las mujeres embarazadas infectadas por este virus, cuyo producto ya está infectado también, se les podría dar la posibilidad de elegir entre traer al mundo a un niño que seguramente

---

<sup>54</sup> Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Categoría de transmisión en adultos. Boletín mensual SIDA/ETS 1996.

<sup>55</sup> En 1997, más de seiscientos mil niños, nacieron con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), a nivel mundial.

vivirá muy poco tiempo, o abortar, sin que el hecho fuera punible, es decir, en el caso de México, agregando esta posibilidad a los otros tres contemplados en el Código Penal, ya permitidos: cuando el embarazo es por causa de una violación, cuando es por imprudencia de la mujer embarazada o cuando la vida de la madre corre peligro.

A este respecto cabe señalar, que en México abortan de manera clandestina entre quinientas cuarenta mil y ochocientas cincuenta mil mujeres cada año.<sup>56,57</sup>

En algunos estados de la República Mexicana, como en Coahuila, Durango, Colima y Yucatán, el aborto está despenalizado, además, cuando el feto tiene malformaciones, mientras que en Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí y Jalisco, además de las tres causas básicas, se considera no punible cuando la salud de la mujer embarazada está en riesgo.<sup>58</sup>

En la práctica, excepto en los casos de una violación denunciada, sigue siendo muy difícil obtener un aborto seguro, aun cuando la vida de la mujer se encuentre en peligro. En el caso de las mujeres con S.I.D.A. que solicitan un aborto en los hospitales estatales, las peticiones son analizadas por un consejo médico, que la mayor parte de las veces niega este derecho. Se ha estimado que en México hay

---

<sup>56</sup> La mayoría de los estados, siguiendo el modelo del Código Penal del Distrito Federal, contemplan las tres causas de no punibilidad del aborto, ya mencionadas con anterioridad: por imprudencia de la madre, cuando el embarazo es producto de una violación o cuando esté en peligro la vida de la mujer.

<sup>57</sup> Los datos estadísticos en relación al aborto en México, fueron aportados por la página "World Abortion Statistics", de INTERNET.

<sup>58</sup> En Yucatán la ley contempla la no punibilidad del aborto por una quinta causa, cuando la mujer tiene ya tres hijos y problemas económicos graves.

poco más de quince mil mujeres embarazadas, que se encuentran en esta categoría de seropositivas, y que corren el riesgo de infectar a sus hijos; esta situación resulta alarmante en virtud de que en los últimos años el número de mujeres infectadas, en edad reproductiva, ha aumentado considerablemente.<sup>59</sup>

En cuanto a los casos infantiles registrados en nuestro país, el número estimado es de cuarenta mil, de los cuales el 76% se deben a transmisión perinatal, es decir, son niños o niñas que se contagiaron durante el embarazo, el parto o la lactancia.<sup>60</sup>

Si partimos del concepto de salud reproductiva y sexual, partimos del reconocimiento del derecho constitucional de las personas a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos" (artículo 4°). El sentido común nos diría que una mujer con V.I.H. / S.I.D.A. difícilmente se arriesgaría a tener un hijo, sabiendo que va a morir pronto y que le puede transmitir el virus. Sin embargo, hay que contemplar el hecho de que muchas mujeres no saben que son portadoras cuando se embarazan<sup>61</sup>, otras deciden un embarazo, aún cuando saben de su infección o precisamente porque saben de ella, y esperan que sus hijos estén entre el 20 y el 30 % de bebés nacidos de madres seropositivas que no contraerán el virus.

A pesar de lo anterior, muchas mujeres seropositivas que quedan embarazadas, no quieren correr los riesgos que implicaría llevar

---

<sup>59</sup> LIGUORI, Ana Luisa, "La Vida y la Salud Reproductiva": Se calcula que el 75 por ciento de las mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) están entre los 15 y 49 años.

<sup>60</sup> S.I.D.A./ETS, INTERNET, Agosto 1997.

<sup>61</sup> Debemos recordar que en nuestro país, una gran parte de la población no tiene acceso amplio a servicios de salud

adelante un embarazo; saben que aunque su hijo nazca sin V.I.H., ella va a enfermar y morir al poco tiempo. Además, los hijos de padres que han muerto de S.I.D.A., son con frecuencia rechazados por personas o instituciones, esto como consecuencia de la deficiente información que existe respecto de la enfermedad, lo que los aleja de grandes posibilidades de adopción.

En cuanto a su propia salud, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, el embarazo puede agravarla, pero además, se ha descubierto que en los países en desarrollo esta epidemia causa la muerte con mayor rapidez, y que las mujeres, una vez manifestados los síntomas, viven menos tiempo.<sup>62</sup>

Si el aborto por este concepto estuviera despenalizado totalmente en México, las mujeres que quisieran interrumpir su embarazo, no tendrían que ingresar al circuito de miedo que esto implica hoy en día, ni sufrir las consecuencias, en todos los niveles, de la práctica ilegal y costosa que las buenas conciencias insisten en mantener más en la clandestinidad. Si dicha interrupción en la gestación, en virtud de que la madre estuviera infectada por el mortal virus, se contemplara como una cuarta posibilidad de aborto no punible en el Código Penal, las mujeres afectadas por este mal, que desearan no continuar adelante con su embarazo podrían recurrir a esta opción.

La realidad es otra, sin embargo, mientras las campañas de prevención no surtan efecto al cien por ciento, mientras que esta enfermedad no tenga cura, mientras todas las mujeres en edad

---

<sup>62</sup> Esto se debe a que los servicios de salud de los países en desarrollo cuentan con menos recursos. En cuanto a que las mujeres vivan menos tiempo, podría deberse a que el curso de la enfermedad ha sido estudiado y tratado sobre todo en hombres, dejando a las mujeres en un segundo plano de estudio.

reproductiva no tengan acceso a información sobre anticonceptivos, ni el poder y la capacidad para decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, se puede contribuir a aliviar el sufrimiento de las mujeres embarazadas seropositivas que desean abortar, despenalizando el aborto por esta causa.

En la tercera encuesta nacional sobre aborto de Grupo de Información en Reproducción Elegida, realizada en abril de 1996, 76.2% de las mujeres entrevistadas contestaron que el aborto debería estar permitido cuando la mujer embarazada padece S.I.D.A.

Mientras se siga cuidando que esta medida no se tome con el afán de satanizar aún más esta epidemia, o de promover la esterilización o el aborto obligatorio de las mujeres seropositivas, es hora de que se responda a la demanda de las personas afectadas por esta enfermedad y por un embarazo no deseado, por darse en situaciones de verdadero riesgo, tanto para la madre como para el menor.

## **5.6 LEGISLACIÓN MEXICANA EN MATERIA DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.).**

En México, ha sido muy poca la atención legal que se le ha prestado a esta enfermedad, los legisladores no han visto aún con claridad, lo serio del problema al que nos enfrentamos, ni la necesidad de elaborar una reglamentación adecuada, que llevara a la creación de conciencia en los individuos para no realizar actividades de alto riesgo, y protegerse tanto a sí mismos como a quienes los rodean.

Los esfuerzos por realizar reglamentación al respecto, han sido muy reducidos, y de deficiente eficacia, ya que, aunque se encuentran vigentes, no son tomados en cuenta y no se aplican. En virtud de lo anterior, únicamente existen los siguientes ordenamientos legales:

1. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud;

2) Decreto por el que se reforman los artículos que se señalan del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos;

3) Norma técnica número 324 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, y

4) Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA).

Estas reglamentaciones, fueron publicadas en diferentes fechas en el Diario Oficial de la Federación; sin embargo, no existen constancias que hagan posible su aplicación. Únicamente existe el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Para conocer el contenido de estos ordenamientos a continuación se señalan.

### **5.6.1 "DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD."**

Este Decreto fue publicado en el Diario Oficial, el miércoles 27 de mayo de 1987. El artículo 134, correspondiente al capítulo segundo, referente a las enfermedades transmisibles, incluido en el título octavo, de la prevención y control de enfermedades y accidentes, cambió su contenido, para quedar como a continuación se indica:

*"Artículo 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:*

*I - XII. ....*

*XIII. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), y*

*X. ....".*

El artículo 136 por su parte, señala la obligación de notificar a la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana, de la detección de la presencia de enfermedades transmisibles, entre ellas la del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), para quedar como sigue:

*" Artículo 136.- Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o, en su defecto, a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifican:*

*I. ....*

*II. ....*

*III. ....*

IV. *En un plazo no mayor de veinticuatro horas, de los primeros casos individuales de las más enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.*

*Asimismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona.*<sup>63</sup>

#### **5.6.2 "DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS QUE SE SEÑALAN DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS"**

El jueves 26 de noviembre de 1987, el Diario Oficial, nuevamente publicó un Decreto por el que se reforman los Artículos que se señalan del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. En los considerandos de este Decreto, se indica que *"es de vital importancia reducir el riesgo de contraer enfermedades transmisibles de alta peligrosidad y de contar con mejores mecanismos de control sobre las personas que proporcionan su sangre. Que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), es una enfermedad transmisible que exige, por su alta peligrosidad, ser combatida por todos los medios posibles. En este sentido se incorpora al Reglamento objeto de este Decreto la obligatoriedad de que se realicen las*

---

<sup>63</sup> Estos son los únicos aspectos que, en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), trata esta ley.

*pruebas para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), así como de sus anticuerpos".*

Este Decreto, señala en su artículo 43 lo siguiente:

*"Art. 43.- Los bancos de sangre deberán contar con reactivos para la realización de los análisis siguientes:*

*I. ....*

*II. ....*

*III. ....*

*IV. ....*

*V. ....*

*VI. Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) o de sus anticuerpos, y*

*VII. ....*

*..... "*

Por su parte, el artículo 48, fracción II, inciso G, señala como responsabilidad del médico responsable de un Banco de Sangre, realizar o supervisar diversas actividades, entre éstas, la prueba para la detección del V.I.H. o de sus anticuerpos. El mismo artículo, pero en la fracción VIII, indica que también será responsabilidad del médico, notificar en forma inmediata a la Secretaría la detección de dicho virus, o de anticuerpos contra éste.

El artículo 52, hace referencia a que cuando se presente el S.I.D.A. en un paciente receptor de sangre, sus componentes o derivados, la notificación a que se refiere este artículo se deberá hacer en forma inmediata aportando la información a su alcance respecto a la fuente de donde se obtuvo la sangre transfundida.

### **5.6.3 “NORMA TÉCNICA NÚMERO 324 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.”**

Esta norma técnica, fue publicada el jueves 17 de noviembre de 1988, en el Diario Oficial. Esta norma en su artículo primero señala que sus “disposiciones tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en virtud de que constituye por su magnitud y trascendencia un grave problema de salud pública”.

Esta norma técnica, de aplicación a nivel nacional, señala como parte de su capitulado, las formas de transmisión del V.I.H., así como los grupos con una mayor probabilidad de adquirir la enfermedad.<sup>64</sup> Posteriormente, nos señala lo que significan las siglas V.I.H. y S.I.D.A., nuevamente sin ahondar un poco más en lo que implican estos conceptos, y sin mencionar otros apartados igualmente importantes, situación que se pretende contemplar en la propuesta de ley del presente trabajo.

La norma nos habla en su capítulo II, de medidas de prevención, entre las que se encuentra el proveer a la comunidad una información adecuada respecto a la enfermedad, sin embargo, no señala ninguna manera de llevarlo a cabo. Gran parte de las medidas de prevención contenidas en este capítulo de la norma técnica, se

---

<sup>64</sup> En este aspecto, la norma técnica solo menciona someramente los grupos, utilizando conceptos que son sólo accesibles para los conocedores de términos médicos, y sin dar una explicación más amplia.

dirigen exclusivamente al personal de los centros de salud, y no a la comunidad en general, ya que se les exhorta a lavarse las manos después de tener contacto con una persona infectada, uso de agujas, uso de cubrebocas, guantes, y otros aditamentos, identificación de ropa y equipo de personas contaminadas, para ser desinfectadas, etcétera.

Por su parte, el capítulo tercero de esta Norma, habla de medidas de control, entre las que se encuentran la detección y diagnóstico; manejo y tratamiento; notificación e investigación y manejo de los contactos.

Al describir estos aspectos, nuevamente encontramos términos difícilmente comprensibles para la comunidad en general, y sin una explicación certera ni detallada de lo que significan.

Por todo lo anterior, vemos que la norma técnica, ha sido un buen intento por parte del gobierno mexicano para tratar el tan delicado tema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), pero desgraciadamente, ha quedado sólo allí, al no ser de aplicación eficaz, ya que va dirigido primordialmente al personal que trabaja con los seropositivos para que se tomen medidas higiénicas y así evitar se contagien o contagien a otros, sin que vaya dirigida, dicha norma, a la población en general.

#### **5.6.4 "DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)"**

En el Diario Oficial del 24 de agosto de 1988, se publicó este nuevo Decreto, por el que se crea el CONASIDA. En los considerandos de este Decreto, se contempla a la infección por el V.I.H. como constitutivo de un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que fue necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control. Se tomó en cuenta, para su creación, el incremento de casos de S.I.D.A. en el país y su repercusión en la salud pública.

Este Decreto señala como objeto del CONASIDA: promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir esta epidemia.

Este Consejo es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y en el artículo segundo, se señala lo siguiente:

*"Art. 2°.- El órgano desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:*

*1. Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), así como promover de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados;*

II. *Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.);*

III. *Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.);*

IV. *Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.);*

V. *Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos;*

VI. *Apoyar y realizar la difusión de la información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud;*

VII. *Proponer al Consejo, proyecto de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;*

VIII. *Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;*

IX. *Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;*

*X. Expedir sus bases de organización y funcionamiento;*

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

Este Consejo estará integrado además por un coordinador general y por el patronato, y el decreto señala cuáles son las funciones y facultades de éstos.

El resto del Decreto se enfoca a señalar las funciones de los Comités, dependencias y entidades que lo integran.

Como se puede observar, el Decreto al que hemos hecho mención, se limita a citar algunas de las funciones de este organismo, sin embargo, no profundiza en ellas.<sup>65</sup>

De lo anterior se puede concluir, que la creación de estos ordenamientos legales, ha sido lo único que se ha hecho en nuestro país, para contrarrestar los efectos de la epidemia; sin embargo, no son suficientes para lograr que la tasa de incidencia disminuya, sino que por el contrario, va en constante aumento.

Es por eso, que la propuesta del presente trabajo, consiste en la creación de una legislación que contemple los siguientes aspectos en la

---

<sup>65</sup> Quizás esta sea una de las causas por las que este Decreto no ha sido reconocido a nivel mundial, en tanto que no señala nada que ayude a la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), ni asistencia a quienes ya son poseedoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), situaciones que sí contemplan los organismos que sí son reconocidos, como es el caso de EuroPoz, CPS "The Coalition for Positive Sexuality" (Coalición para Sexo Positivo), "The Stop AIDS Project" (Proyecto de Detención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)), entre otros.

materia: prevención, control y tratamiento, además de dar una amplia visión a quien la consulte, de lo que la enfermedad representa.

### **5.7 Estadísticas de la enfermedad en los Estados Unidos Mexicanos.**

Para finales de 1990, alrededor de cinco mil personas habían muerto en México, a causa del S.I.D.A., y al igual que ocurrió en Estados Unidos, el 60% de esas muertes se dieron en ese año.

Para junio de 1993, el número de personas infectadas aumentó a ochenta mil, y ya para 1994, esta cifra se había duplicado, al rebasar los doscientos mil casos.

La situación continuó agravándose en los años subsecuentes, alcanzando entre 1995 y finales de 1996 una tasa de incidencia global de trescientos veintiséis mil seiscientos sesenta casos.

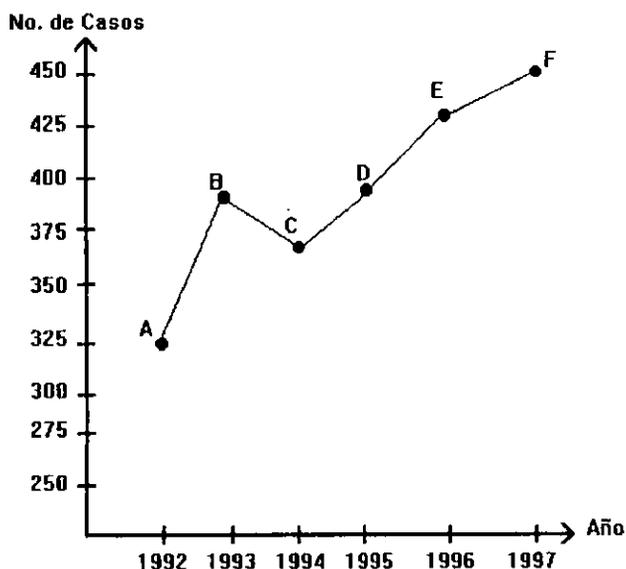
La Organización Mundial de la Salud, publicó a principios de este año, las estadísticas contempladas hasta el quince de diciembre de 1997, en las que aparece que México, en tan sólo un año, rebasó los cuatrocientos cincuenta mil casos de S.I.D.A., registrados<sup>66</sup>. A esta cifra, falta agregar los miles de casos no notificados por los particulares o los centros de salud, por las razones que ya han sido expuestas en párrafos anteriores.

---

<sup>66</sup> Ibidem pág. 43

A diferencia de lo ocurrido en Colombia y en Brasil, y similar a lo que sucede en los Estados Unidos de América, la tasa de incidencia se ha incrementado considerablemente.

En la gráfica siguiente, se muestra el avance que ha tenido la enfermedad en los últimos años.



**Gráfica No. 3<sup>67</sup>**

en donde:

A= 323 casos

D= 389 casos

B= 381 casos

E= 426 casos

C= 363 casos

F= 450 casos

<sup>67</sup> Estadísticas de casos de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), registrados en México, en base a cien mil habitantes.

## CAPÍTULO VI

### TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.) EN COLOMBIA.

#### 6.1 INTRODUCCIÓN

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el orden seguido para este estudio, ha sido de acuerdo a lo indicado por las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud, en base a la mayor incidencia de casos de enfermos de S.I.D.A., en América. Tomando en consideración lo anterior, Colombia ocupa el cuarto lugar, al contar con poco más de ochenta mil casos, situación que, como ya se analizó, resulta alarmante, si se considera lo reducido de su territorio y su escasa población.<sup>68</sup>

Para efectos meramente introductorios, cabe señalar que la República de Colombia cuenta con una extensión territorial de 1.139.155 km<sup>2</sup>; y, contrario a lo que pudiera pensarse, a pesar de su atraso económico, cultural, político, etcétera, fue el primer país que elaboró un Decreto Reglamentario en materia de S.I.D.A., al que se hará referencia más adelante.

---

<sup>68</sup> Para finales de 1992, la población infectada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, era de ciento doce mil casos registrados ante la Organización Mundial de la Salud.

## **6.2 Factores que llevaron a la creación de un Decreto Reglamentario sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Colombia.**

Colombia le ha dado gran importancia al aspecto o factor social. Para los científicos colombianos, los estudios y publicaciones en materia de esta enfermedad, se han enfocado a la descripción del contacto íntimo no sexual con personas afectadas por este padecimiento, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo o en la escuela; sin embargo, la documentación sobre la seroconversión de personas expuestas socialmente a los infectados es excepcional, por lo que su riesgo se considera muy bajo.

La convivencia en condiciones de hacinamiento con personas enfermas, el uso común de baños y piscinas, ropa de cama, utensilios de cocina o comedor y la utilización de sus objetos personales, como navajas de afeitar, cepillos de dientes, no han producido casos nuevos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H) entre sus contactos sociales.

Se considera que el riesgo de adquirir el virus por contacto social en la escuela o durante el trabajo, es aún menor.

En Colombia, de trascendental importancia ha sido el tratamiento a los alimentos, para evitar la propagación de la enfermedad por este medio, situación que ha dado resultado, ya que hasta el momento, no se ha evidenciado ningún caso de infección por esta causa.

Otro punto al que se le ha dado importancia, es la transmisión entre los reclusos, ya que en algunas regiones, éstos pueden presentar un mayor riesgo de infectarse por el V.I.H., en relación con su estilo de vida dentro y fuera de la prisión, su consumo de drogas ilegales y su exposición a contactos homosexuales.

El uso de alcohol y otros psicoactivos, cuya distribución y consumo resultan ilegales, también se asocia con un mayor riesgo de infección, por favorecer y mantener la exposición a contactos sexuales inseguros.

En la Universidad de Colombia, se instauró a la epidemiología como una disciplina de la Salud Pública, cuyo objeto es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud en las poblaciones, con el fin de contribuir a la explicación y control de su historia natural y social.

En el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la aplicación de principios y técnicas epidemiológicas al estudio de poblaciones sanas y enfermas, ha hecho posible esclarecer en gran parte su historia natural, su aspecto clínico, su historia social y el impacto de los tratamientos y las medidas médicas, sociales y legales para enfrentarlo.

Otro factor muy importante, y al que se le ha puesto una marcada atención, es el del S.I.D.A. entre la población infantil.

De acuerdo a estudios realizados por la Corporación para Investigaciones Biológicas, el mayor porcentaje (80%) de los menores

infectados han adquirido el mortal virus a partir de la madre (durante el embarazo vía trasplacentaria o al momento del parto).<sup>69</sup>

Alrededor de un 10 a 15% de los niños se han infectado al recibir sangre o derivados procedentes de un donante seropositivo y algunos otros se han infectado al ser sometidos a relaciones sexuales (abuso sexual) o por ser drogadictos venosos.

Si una madre está infectada por el V.I.H., tiene un riesgo del 60 al 90% de infectar a su hijo.

En cuanto a estos factores, se consideran de mayor riesgo los hijos de padres sexualmente promiscuos, seropositivos (con o sin síntomas), drogadictos, que hayan sufrido enfermedades venéreas en los últimos años, o que sean pareja sexual de promiscuos, de infectados o de drogadictos.

### **6.3 DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.**

El Ministerio de Salud de Colombia, el 22 de febrero de 1991, durante el período gubernativo del presidente Cesar Gaviria Trujillo, expidió el decreto reglamentario número 559, por el cuál se reglamentan las leyes en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el multicitado virus, dictándose otras disposiciones sobre la materia.

---

<sup>69</sup> Incluso se han llegado a detectar casos en los que el niño ha sido infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, durante el período de lactancia, con una madre infectada.

El "**Decreto Reglamentario sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**", que se encuentra dividido en siete capítulos, contempla, en el primero de ellos, el campo de aplicación, las disposiciones generales y establece las definiciones más importantes relacionadas con el tema, lo que hace más fácil la comprensión de los preceptos que integran al reglamento, de tal forma que éste pueda estar al alcance de todos los sectores de la población.

El capítulo segundo, se enfoca al diagnóstico y a la atención integral, es decir, se menciona que el primero será propio de las personas que ejerzan la medicina.

Se hace mención a los cuatro casos en los que procede la práctica de las pruebas de diagnóstico, estos son:

1. Cuando exista presencia de antecedentes epidemiológicos<sup>70</sup> al respecto.
2. Cuando exista sospecha clínica de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
3. Para los fines preventivos que el Comité Ejecutivo Nacional de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida señale.
4. A petición del interesado.

Las pruebas a las que se han hecho mención, deberán ser realizadas en laboratorios oficiales, instaurados para tal efecto, y en ningún otro.

---

<sup>70</sup> Referente a epidemias: (*Epi-sobre / Demos-pueblo: SOBRE EL PUEBLO*), enfermedad que ataca en una misma zona a numerosos individuos a la vez.

Un problema al que se enfrentan, en todo el mundo, los enfermos de S.I.D.A., es que en los hospitales no siempre se les quiere prestar ayuda.

En Colombia, el artículo octavo del Decreto Reglamentario, señala que ningún médico o centro de salud, podrá negarse, bajo ningún motivo, a atender a personas infectadas por el V.I.H., o que padezcan S.I.D.A., aclarando que de hacerlo, incurrirían en responsabilidad, y serían sancionados por las leyes locales y las establecidas por el Decreto.

Por su parte, el capítulo tercero del Decreto, hace referencia a la prevención y control de la enfermedad. Se menciona a la prevención como la medida más importante para el control de la infección.

No se señala como compromiso exclusivo de las instituciones gubernamentales, la prevención en la lucha contra el padecimiento, sino que se señala como una obligación para todas las organizaciones, instituciones y sectores de la Nación, sean de carácter público o privado.

Así, será obligación del Ministerio de Comunicaciones, adoptar los mecanismos necesarios para que a través del Instituto Nacional de Radio y Televisión, la Radiodifusora Nacional y demás medios masivos de comunicación se emitan mensajes de orientación a la comunidad para prevenir la infección.

A su vez, los miembros de la comunidad también tienen obligaciones, como lo es el velar, mediante su propio cuidado, por la conservación de su salud, a fin de evitar la infección.

La población debe, también, concurrir a la protección de las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención.

El Ministerio de Salud es el encargado de expedir las normas para la prevención de esta infección, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados.

El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud, impartirá educación sexual, a través de los planteles educativos, a niños de preescolar y estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá las medidas tendientes a la capacitación de los docentes de las diferentes áreas.

Cabe destacar que, en la República de Colombia, la formación sexual inicia desde que los niños están en preescolar, es decir, desde que tienen alrededor de cuatro años, y sigue durante toda su vida de estudiantes, lo que los lleva a una información adecuada principalmente respecto a las enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, incluyendo sus formas de propagación y de prevención.

La ventaja que puede acarrear la educación sexual a temprana edad, es respecto a que cuando estos niños lleguen a la adolescencia lo hagan informados lo mejor posible, y esta sea una causa para que se reduzca la propagación de la mortal enfermedad entre los miembros de las futuras generaciones.

El Ministerio de Salud en coordinación con Organizaciones No Gubernamentales, deben desarrollar los mecanismos adecuados con

efecto de brindar información y educación sobre los diferentes aspectos de la prevención, en la comunidad, y en especial, los grupos específicos con comportamiento considerado de alto riesgo.

Por otro lado, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, están obligadas a notificar los casos de enfermos de S.I.D.A.<sup>71</sup>

Todo lo anterior se debe hacer bajo el apercibimiento de ser sancionados de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal para la República de Colombia.

Esta notificación, debe hacerse de acuerdo a lo que al respecto señale el Ministerio de Salud.

Cualquier persona que tenga conocimiento de algún tipo de información relacionada con la infección en alguna persona por el Virus, deberá darlo a conocer de manera confidencial al Ministerio de Salud.

En ningún caso, se puede obligar a una persona para que se realice la prueba para determinar si padece el Virus del S.I.D.A., y mucho menos para garantizar su ingreso o permanencia en algún trabajo, centro recreativo o algún otro.

<sup>71</sup> En Colombia, se lleva un Sistema de Registros similar al realizado en Brasil, con la diferencia de que en aquél, la notificación constituye una obligación para cualquier persona que tenga conocimiento de la enfermedad, y no es exclusiva de los centros de salud, como en la nación brasileña.

Este punto es de fundamental importancia, ya que en la mayoría de los países, el máximo problema que deben enfrentar las personas infectadas, es la discriminación laboral de que son objeto, y por lo tanto era necesaria la creación de un precepto legal que protegiera y garantizara el derecho de toda persona a dedicarse a cualquier oficio o profesión, sin imponerle restricciones en virtud de ser portador de dicho virus.

Al mismo respecto, el Decreto señala que los trabajadores no están obligados a informar a sus patrones su condición de seropositivos, o su relación de riesgo con respecto al virus.

A las personas infectadas y a los hijos de madres o padres seropositivos, estén infectados o no por el V.I.H, no podrá negárseles, por tal causa, su ingreso y permanencia a los centros educativos, públicos o privados, ni serán discriminados por ningún motivo.

Otro problema a enfrentar, lo constituye el gran número de personas que han adquirido el virus a través de transfusiones de sangre o trasplantes de órganos, para proteger este aspecto, el Decreto impone a los bancos de sangre y de órganos, la realización de la prueba para detectar la infección por el V.I.H. a sus donantes, señalando que de lo contrario, serán sancionados de acuerdo a lo previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

Asimismo, las instituciones de salud asistenciales, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que tengan relación con el

diagnóstico, investigación y atención de personas infectadas, deben acatar las recomendaciones que sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud, en materia de medidas universales de bioseguridad.

Cabe señalar, que una vez obtenidas las unidades a que hacen referencia los párrafos anteriores, como es el caso de los bancos de sangre, deben realizar las pruebas serológicas<sup>72</sup> correspondientes, a fin de que se detecte la infección por el V.I.H.

El uso del preservativo o condón, también juega un papel fundamental, y es considerado como una medida de carácter preventivo de la infección. Es por esto, que la población debe tener fácil acceso a los condones, por lo que se deberán encontrar en las farmacias y supermercados o similares, así como en los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales.

Estos lugares deberán garantizar a sus usuarios que siempre habrá en existencia este tipo de productos, ya que de no hacerlo, se hará acreedor a una sanción.<sup>73</sup>

El capítulo cuarto hace referencia a la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada en casos de S.I.D.A., señalando que mientras no existan disposiciones legales específicas sobre la

---

<sup>72</sup> Prueba serológica es aquel examen de tipo médico en el que se buscan los elementos que acrediten la presencia del V.I.H. en el organismo, y determinar así, que la persona pertenece a la categoría de seropositivo.

<sup>73</sup> A este respecto, en México tenemos una gran ventaja, y esta es que los preservativos o condones no se consiguen únicamente en farmacias o supermercados, sino que se pueden obtener gratuitamente en los centros de salud.

materia, se sujetará a la Declaración de Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial.

Por su parte, el capítulo quinto trata del ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes. Aquí se señala que todas aquellas personas y entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas afectadas por este padecimiento, o con posibilidades de estarlo.

El artículo 32 del Decreto, a la letra dice: ***“Los integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad.***

***De igual manera, se observará tal disposición con personas con conducta sexual de riesgo cuyo estado no sea seropositivo.”***

Únicamente por razones sanitarias, cuando la persona sea un infectado asintomático, el médico que conozca del asunto, en los casos en que a su juicio sea conveniente, y que considere que existe la posibilidad de un peligro inminente de contagio, podrá informar de su estado de salud al cónyuge, compañero permanente o pareja sexual permanente, o a cualquier otra persona que estén expuestas al riesgo, para que se realice un estudio diagnóstico, previo consentimiento de éstos.

Cuando la situación del paciente infectado sea grave por cualquier causa, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados.

Es muy importante que las personas infectadas que conozcan tal situación, lo deben informar a su médico, con el objeto de contribuir a evitar la propagación de la epidemia.

Para que a una persona se le pueda realizar la prueba serológica para detectar la infección por el V.I.H., se requiere de su consentimiento.

En cuanto a las personas privadas de su libertad, no pueden ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar tal infección, salvo para fines probatorios en un proceso judicial o por orden de autoridad sanitaria competente.

El capítulo sexto se refiere a los mecanismos de organización y coordinación.

Menciona como estructura organizativa del Programa de Prevención y Control de la Infección, al siguiente:

**Consejo Nacional del S.I.D.A.-** Este organismo se crea con carácter permanente y estará adscrito al Despacho del Ministerio de Salud.

Entre los objetivos de este organismo se encuentran entre otros: el promover y respaldar las acciones que se llevan a cabo en el país

para la prevención y control de la infección, y asesorar al Ministerio de Salud en la toma de decisiones sobre la materia.

El capítulo séptimo cita los procedimientos y sanciones. Entre las prácticas que se sancionan es el de poner en riesgo de contagio a otras personas, mediante relaciones sexuales, o por la donación de sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, una vez que el sujeto tiene conocimiento de que está infectado por el Virus.

En estos casos se realiza una denuncia, para que se investigue sobre la existencia de los delitos de propagación de epidemia o violación de medidas sanitarias señalados en el Código Penal de la República de Colombia. En caso de que fueran sujetos a condena, su reclusión se debe hacer en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica y psiquiátrica.

Cuando no se cumpla con alguna de las disposiciones del Decreto, las sanciones<sup>74</sup> son:

- a) Multas hasta por 200 salarios mínimos legales mensuales.
- b) Intervención de la gestión administrativa o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis meses.
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería<sup>75</sup> jurídica de las entidades privadas que presten servicios de salud.

---

<sup>74</sup> Las sanciones previstas, se aplican sin perjuicio de las que contemple el régimen de inspección y vigilancia que corresponde a las instituciones de seguridad, prevención social y subsidio familiar (entendiendo por subsidio la prestación efectuada por un organismo para completar los ingresos de un individuo o familia).

<sup>75</sup> Por personería debemos entender el cargo del procurador, es decir, de la persona que entiende o solicita negocios ajenos.

d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

En cuanto al procedimiento, un punto básico es que estos procesos de sanción, se inician de oficio, a solicitud o información de un funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva, en cuanto fuere pertinente.<sup>76</sup>

El denunciante debe intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de la autoridad competente, para dar los informes que se le requieran. En todo caso, al instaurarse una denuncia deberá presentarse, por lo menos, una prueba que le sirva de apoyo.

Si los hechos que son materia del proceso sancionatorio fueran constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente, acompañándose con copias de los documentos que correspondan.

Una vez que se ha conocido el hecho o una vez recibida la denuncia o aviso, la autoridad competente ordena la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones que puedan constituir la infracción a las disposiciones antes señaladas.

Entre las diligencias que la autoridad puede realizar para verificar los hechos u omisiones encontramos: las visitas, toma de

---

<sup>76</sup> Las medidas de seguridad y preventivas a que se hace referencia se aplican observando las disposiciones sobre la materia.

muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular y, en general, las que se consideren conducentes.<sup>77</sup>

La práctica de estas pruebas y las investigaciones, son competencia exclusiva del Ministerio de Salud, quien podrá comisionar a las Direcciones Seccionales y Locales del Sistema de Salud para que realicen las investigaciones o el procedimiento, o que se inicien o adelantes los mismos. Sin embargo, la sanción o exoneración será decidida por el Ministerio de Salud.<sup>78</sup>

Una vez que la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley sanitaria no lo considera como violación, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, lo deberá declarar así y deberá ordenar cesar todo procedimiento contra el presunto infractor.

Realizadas las anteriores diligencias se pondrán en conocimiento del presunto infractor los cargos que se formulan, mediante notificación personal.

El presunto infractor podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

---

<sup>77</sup> Como se puede apreciar, las diligencias realizadas por la autoridad competente para la verificación de violaciones, son similares a la que utiliza el Ministerio Público en México, para la averiguación de los delitos, sólo que en el caso de Colombia, las diligencias son realizadas por el Ministerio de Salud.

<sup>78</sup> Cuando se deban practicar pruebas fuera del territorio de una Dirección Seccional o Local de Salud, el Jefe de la misma podrá comisionar al de otra Dirección para su práctica.

En caso de que no fuera posible hacer la notificación por no encontrarse el representante legal o la persona jurídicamente capaz, se dejará una citación escrita con un empleado o dependiente que se encuentre en el establecimiento, o institución prestadora de servicios de salud, para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco días hábiles siguientes. Si no lo hace se fija un edicto en la Secretaría de la entidad sanitaria competente durante diez días calendario, al vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

El presunto infractor, a partir del momento de la notificación, tiene diez días para que, directamente o por apoderado, presente sus alegatos y lo que a su derecho convenga, por escrito, y aporte las pruebas o solicite la práctica de las pruebas que considere pertinentes. En caso de que fuera necesaria la práctica de pruebas conducentes, éstas serán a costa del interesado, y se llevarán a efecto dentro de un término máximo de treinta días, que podrá prorrogarse hasta por un término igual, si en el plazo inicial no se pudieron practicar las decretadas.

Vencido el término anterior y dentro de diez días posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha calificación.

Una infracción puede contar con circunstancias agravantes, como son:

- a) Reincidir en la comisión de la misma falta;

b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos, con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida coacción.

c) Cometer la falta para ocultar otra;

d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;

e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta;

f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Pero también pueden contemplarse causas o circunstancias atenuantes de una infracción, como las siguientes:

a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;

b) La ignorancia invencible;

c) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;

d) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.<sup>79</sup>

Si de lo actuado aparece que la persona no incurrió en violación alguna de las medidas sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare el presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

Las sanciones que imponga la autoridad sanitaria, deberán estar correctamente fundadas y motivadas, y deberán ser notificadas

---

<sup>79</sup> En cuanto a la reparación del daño o compensar el perjuicio, se debe analizar un punto, si el daño causado fue el contagio del V.I.H.I, y si por este motivo se llega a desarrollar el S.I.D.A., y por esta razón la persona está condenada a una muerte segura, difícilmente se podría reparar el daño, ya que la vida humana no tiene precio.

personalmente al afectado, dentro de los cinco días posteriores a su expedición.

En el texto de la notificación se indicarán los recursos que legalmente procedan contra las decisiones, las autoridades ante quienes deban interponerse y el procedimiento para hacerlo. Si no fuera posible hacer la notificación personalmente, el ordenamiento señala que se hará por edicto.

En cuanto a los recursos procedentes; contra las disposiciones que impongan una sanción pueden interponerse los recursos de reposición y de apelación dentro de los cinco días siguientes al de la notificación. En este caso, el recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo, lo que quiere decir que el juez o el tribunal superior, calificará la resolución del inferior, pero sin suspender su ejecución.

El efecto de la apelación es el mismo: persigue la revocación, modificación o confirmación de la resolución impugnada, porque en ésta se aplicó inexactamente la ley, o se violaron los principios reguladores de la valoración probatoria, o se alteraron los hechos.

Cabe aclarar que el recurso de apelación en la República de Colombia, es igual que en nuestro país. La apelación es considerada como un medio ordinario de impugnación de resoluciones jurisdiccionales que permite someter una cuestión decidida en primera instancia a la reconsideración de un juez superior, competente para darle la solución que estime arreglada conforme a derecho, tomando en cuenta los agravios formulados al efecto por la parte recurrente.

De esta forma, mediante este recurso, la parte vencida en la primera instancia obtiene un nuevo examen y fallo de la cuestión debatida por un órgano jurisdiccional distinto, jerárquicamente superior al que dictó la resolución recurrida.

El Código Contencioso Administrativo de la República de Colombia señala que el recurso de apelación procede, entre otros, contra las providencias dictadas que tengan por objeto la imposición de una sanción por la violación a las medidas sanitarias; sin embargo, aclara que en tratándose de providencias expedidas por el Ministerio de Salud, sólo procede contra éstas, el recurso de reposición.

La reposición, en el caso de Colombia, también lo encontramos en el capítulo referente a la apelación, y se considera como la sustitución de los actos procedimentales, que por resolución del juez superior se dejaron sin efecto, en razón de infracciones trascendentales, respecto a las formalidades esenciales, no observadas, durante una parte o en toda la secuela del procedimiento.

Reponer el procedimiento significa anular lo actuado, para que se repitan los actos procesales, por considerarse que son viciosos o irregulares. Para poder hacer valer el recurso de la reposición, se debe expresar el agravio en que se apoya la petición.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> En México, la reposición del procedimiento no es considerado un recurso, sino un efecto de los agravios del apelante, mismos que en relación con los autos o las constancias de autos y en razón de las graves violaciones legales, impiden resolver el fondo del recurso, porque, para ello, es indispensable se declaren nulos los actos viciados y se practiquen de nueva cuenta, en razón de las exigencias ineludibles del principio de legalidad que, en sus diversas manifestaciones, gobierna el procedimiento. (COLÍN SÁNCHEZ, Guillermo. "Derecho Mexicano de Procedimientos Penales")

Los recursos de reposición y de apelación se deben presentar ante la misma autoridad que expidió la providencia (resolución).

Cuando una sanción se imponga por un período de tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia y se computará, para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventivo.

#### **6.4 ESTADÍSTICAS DE CASOS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.**

La Oficina Regional para la América (AMRO), publicó estadísticas de casos de S.I.D.A. reportados a la Organización Mundial de la Salud por país y por área. Estas estadísticas están basadas en estudios sobre reportes recibidos hasta el quince de diciembre de 1997. Cabe señalar que las cifras dadas es en base a cada cien mil habitantes.

Para el período comprendido entre 1979 y 1992, los casos de S.I.D.A. registrados en Colombia fueron tres mil setecientos catorce, cifra cuantiosa, si consideramos el índice poblacional de Colombia. Para 1993, esta cantidad disminuyó a setecientos veinticinco casos, lo que significó una reducción del 19.52%. Para 1994, volvió a darse un incremento del 38.2%, al registrarse un total de 1,143 enfermos, situación que cambió considerablemente para 1995, al reducirse la incidencia a 439. Para finales de 1996, el número de personas infectadas descendió a 303, lo que implica una reducción de casi el 62.74%, en un período de dos años aproximadamente.

Ya para finales de 1997, existían sólo doscientos cuarenta y seis personas con la enfermedad<sup>81</sup>, obteniéndose así una tasa global de incidencia de alrededor de ochenta mil casos de personas portadoras del mortal Virus.

Al analizar estas cifras en principio resultan alarmantes, si se analiza el porcentaje tan amplio de crecimiento de la infección, y el poco lapso de tiempo en que éste ocurrió, sin embargo, el gobierno de la República de Colombia, gracias a las medidas tomadas, consiguió que el número de enfermos, se haya reducido considerablemente, aunque existe la conciencia de que la erradicación por completo de la enfermedad o su mayor reducción posible, no será tan a corto plazo como se desearía.

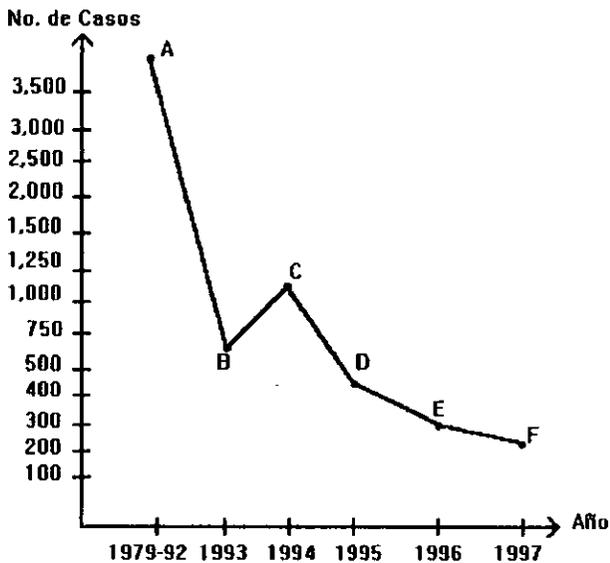
Como se puede observar, el Decreto Reglamentario sobre el S.I.D.A., fue expedido en 1991, mismo año en que entró en vigor, y de ese entonces a la fecha, cada vez existe un menor número de personas infectadas, lo que nos demuestra que la medida ha surtido buenos efectos.

El único inconveniente al que se ha tenido que seguir enfrentando el gobierno colombiano, es que el número de personas infectadas que se ha reducido es el de las registradas, pero falta conocer que ha ocurrido en el caso de todos aquellos que padecen la enfermedad, y que sin embargo, no han sido controladas debidamente.

---

<sup>81</sup> Es importante recalcar que las cifras que a que se hace mención, están calculadas en base a cada cien mil habitantes; por ejemplo, en este caso, serían doscientos cuarenta y seis casos de S.I.D.A. registrados por cada cien mil.

En la siguiente gráfica, se muestra el movimiento que ha tenido la enfermedad en la última década, en la República de Colombia.<sup>82</sup>



Gráfica N° 4<sup>83</sup>

en donde:

A= 3,714 casos<sup>84</sup>

D= 439 casos

B= 725 casos

E= 303 casos

C= 1,143 casos

F= 246 casos

<sup>82</sup> La información de las estadísticas, fue obtenida via INTERNET, de la Organización Mundial de la Salud, específicamente del Programa Global sobre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

<sup>83</sup> La información aquí proporcionada, a través de la gráfica, es considerada tomando como base cien mil habitantes.

<sup>84</sup> Es necesario especificar que los 3,714 casos se dieron entre 1979 y 1992, por lo que en ese lapso de tiempo, no se puede precisar con exactitud, cuantos casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), fueron registrados en el país.

Como es de observarse en la gráfica que antecede, los enfermos de este padecimiento, se han ido reduciendo paulatinamente, destacando que la ley que regula la prevención y control de la enfermedad, inició su vigencia en 1991 y se empezó a aplicar, efectivamente, en 1992, circunstancia que se considera ha provocado la disminución de la incidencia de este mal endémico, ya que así lo demuestra la información obtenida por la Organización Mundial de la Salud, y que se puede observar en dicha gráfica.

Esta circunstancia hace la inminente necesidad de que en nuestro país se cree una ley para la prevención y control del padecimiento, en virtud de que, como se señala en el capítulo anterior, en México existe una deficiente reglamentación al respecto, y con la constancia de lo que está sucediendo en relación a la incidencia en Colombia y lo semejante de la idiosincrasia entre el colombiano y el mexicano, se considera que la creación de una ley al respecto provocaría la reducción de la incidencia.

Además, cabe hacer notar que la reglamentación que se comenta en este capítulo, no requiere de enormes recursos económicos como sucede con la de Estados Unidos, por lo tanto, es factible que en México se legisle al respecto, y es una de las razones por las cuales se consideró adecuado para este trabajo.

Por todo lo anterior, en el siguiente capítulo se intentará proponer una ley que reglamente la prevención, control y vigilancia de los enfermos con este padecimiento, sus consecuencias, así como la manera de evitar, en lo posible, el contagio.

## **CAPÍTULO VII**

### **PROPUESTA DE REFORMA A LA LEGISLACIÓN EN MÉXICO.**

#### **7.1 INTRODUCCIÓN**

México es el país que ocupa el tercer lugar en incidencia de personas infectadas por esta endemia en América; a pesar de ello, poco se ha tratado de hacer para erradicar la enfermedad, o por lo menos, disminuirla en lo posible, ya que nuestro país cuenta con una reglamentación deficiente en materia del S.I.D.A.

La Norma Técnica número 324: "Para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)", contiene únicamente veinticuatro artículos, que se enfocan básicamente a los cuidados que deben de tener los centros de salud, y su personal, al atender a personas infectadas con este mal.

La otra ley que señala artículos en referencia a este padecimiento, es la Ley General de Salud, y sólo hay dos artículos que hablan al respecto, declarando la obligatoriedad de la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del virus, así como la obligación por parte de la Secretaría de Salud, de realizar actividades de vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles, entre ellas el S.I.D.A.

En la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, se toca este tema, en dos artículos, en tratándose de los bancos de sangre, señalando la obligación de la realización de las pruebas conducentes a detectar el V.I.H. en los posibles donadores.

Por último, existen otros quince artículos contenidos en el "Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", que se refieren sobre todo a su estructura organizacional, y sus funciones.

Como se puede observar, en total son cuarenta y tres artículos los que hablan de esta enfermedad, que no son suficientes, al no contemplar todos los aspectos que integran a la enfermedad, así como su prevención y control.

Por todo lo anterior, es que la propuesta del presente trabajo, consiste en la realización de una reglamentación adecuada en materia de esta epidemia, que contemple entre otros aspectos, los de prevención, control y vigilancia de las personas afectadas por el V.I.H., sus consecuencias, así como la manera de evitar, dentro de la medida posible, el contagio.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, en especial en lo correspondiente a Colombia y a Brasil, la realización de una ley en la materia, ha sido de trascendental importancia para que el índice de incidencia vaya en disminución. Es por eso, que se considera adecuada la creación de un ordenamiento legal, que además de contener los principios básicos, incluya medidas coactivas, para que se apliquen en

aquellas personas, organismos o instituciones, que incumplan con dichos preceptos.

Es necesario, además, que dicha ley no vaya dirigida a un sólo sector de la población, como sucede con la norma técnica número 324, que se enfoca exclusivamente a los médicos y centros de salud, sino que a cualquier persona se le pueda aplicar la misma.

Como se ha mencionado, la reglamentación realizada en la República de Colombia, no ha requerido de grandes recursos económicos para tener una aplicación eficaz, por lo que en México, se podría hacer lo propio.

Como se analizó en el capítulo correspondiente a México, la tasa global de incidencia va en constante aumento, al contar con poco más de cuatrocientos cincuenta mil casos registrados, y como se ha mencionado, a esta cifra falta agregar aquellos no notificados.

Como se puede observar, es necesario que el gobierno federal haga algo, para acabar con esta enfermedad, que de no atacarse a tiempo, acabará con una parte considerable de la población mexicana.

Debido a lo anterior, se propone la siguiente ley en materia de S.I.D.A, cuyo contenido ha sido basado en las normas existentes a este respecto en nuestro país; algunas otras, han sido tomadas de las reglamentaciones de los países objeto del presente estudio comparativo, y las demás, han sido creadas en base a la información obtenida al realizar el presente trabajo, y al analizar las necesidades que

presentan de manera general los países con una mayor incidencia, así como las de las personas afectadas por el mortal padecimiento.

## **7.2 MOTIVACIÓN**

La motivación que se considera en este trabajo para proponer una legislación adecuada a nuestro sistema jurídico, se basa en los siguientes tres apartados que a continuación de detallan:

### **7.2.1. Alta tasa de incidencia**

El más grave problema que ha tenido que enfrentar nuestro país, es que día con día, el número de personas infectadas por el multicitado virus, es mayor, ya que como se ha señalado, en tan sólo un año, rebasó los cuatrocientos cincuenta mil casos de enfermos registrados. Sin embargo, y a pesar de lo anterior, poco se ha hecho por darle un seguimiento adecuado al padecimiento, para, de esa forma, disminuir la incidencia.

Esta epidemia no es propia de un sector de la población, sino que se está propagando rápidamente por todo el país, ya que, de acuerdo a lo reportado a la Organización Mundial de la Salud, se ha demostrado que la mayoría de los estados de la República Mexicana, han detectado a personas afectadas por este padecimiento, dándose el mayor número de casos en el Distrito Federal, y en los estados de

México, Jalisco, Puebla, Veracruz, Baja California Norte<sup>85</sup>, Michoacán, Guerrero y Nuevo León.<sup>86</sup>

Es de señalarse, que de no hacer algo pronto, esta mortal enfermedad, seguirá avanzando rápidamente, hasta abarcar a un amplio sector de la población.

### **7.2.2 Deficiente Legislación**

Como ya se dijo en la introducción, los ordenamientos legales que existen actualmente en materia de este padecimiento en nuestro país, se limitan a legislar en materia sanitaria, en tratándose del personal médico y de los centros de salud, en cuanto a los cuidados y medidas de prevención, que éstos deben tomar, al entrar en contacto con personas infectadas; las formas de transmisión del virus, además de mencionar cuáles son los grupos que se consideran de alto riesgo; señalan, también, la obligatoriedad de la notificación cuando haya el conocimiento de que un individuo padezca la enfermedad, así como la realización de las pruebas concernientes a detectar el virus en los posibles donadores de sangre.

Estas normas, indican, además, que el órgano encargado de dar seguimiento en cuanto a la vigilancia, control y prevención de las enfermedades transmisibles, será la Secretaría de Salud.

---

<sup>85</sup> En este Estado, el padecimiento se ve quizás aún más acentuado, en la ciudad de Tijuana, esto en virtud de su cercanía con los Estados Unidos, que, como ya se analizó, es el país mas afectado por la epidemia.

<sup>86</sup> Información obtenida de la Revista: "S.I.D.A / ETS", volumen 3, número 2. Publicación del CONASIDA, México, 1997.

El otro ordenamiento, se enfoca a dar información general acerca del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, siendo de un contenido más organizacional y estructural, que para evitar la problemática de este padecimiento.

Sin embargo, las normas existentes respecto a la materia, no legislan en cuanto al diagnóstico de la infección ni su atención o tratamiento; tampoco señala medidas de prevención y control de la epidemia, ni la manera de llevar a cabo la información de dichas medidas, con el objeto de que estén al alcance de todos los sectores de la población.

También, deberían señalarse derechos y obligaciones para los centros de salud y para su personal, y de esta forma se den indicaciones a los mismos, acerca de la obligación de atender a las personas infectadas, pero también su derecho, a realizar dicho tratamiento tomando todas las medidas de prevención posibles.

Otro punto de trascendental importancia, y que no tocan las legislaciones antes mencionadas, son en cuanto a las sanciones a que se deben hacer acreedores, todos aquéllos que incumplan con los requerimientos de dichos preceptos; el procedimiento a seguir, una vez que alguien incurra en responsabilidad, así como la autoridad ante quien se deba llevar a cabo.

Además, en nuestra legislación no existe ninguna normatividad que evite la discriminación de que son objeto las personas que padecen este mal, y no se le exige a ninguna institución, pública o privada, el que

tome medidas preventivas para evitar el contagio, mucho menos se señalan sanciones pecuniarias o privativas de la libertad a consecuencia de el problema aquí planteado.

Es por lo anterior, que el contenido de las reglamentaciones existentes, se considera deficiente, ya que como se ha podido observar, aún quedan muchos aspectos sin contemplarse, y que constituyen gran parte de la problemática, ya que al no existir sanciones para quien incumpla con los ordenamientos, no se puede considerar que la reglamentación actual es una ley eficaz.

### **7.2.3 Resultados Obtenidos en Estados Unidos, Brasil y Colombia.**

De lo estudiado en la legislación de los Estados Unidos, se puede concluir, que en el momento que ésta inicie su vigencia, se abarcarán prácticamente todos los aspectos que una ley en esta materia debe contener, ya que, entre otras cosas, hace referencia a sanciones que, aplicadas en otras áreas, han sido de gran eficacia, tal es el caso de la "Legislación Antidiscriminación", que ha dado gran resultado, al evitar miles de despidos injustificados en las empresas, en razón de que el trabajador sea portador del V.I.H.

Estados Unidos, sigue siendo el país con una mayor incidencia, en virtud de que, aunque cuenta con una legislación en la materia, ésta no ha sido aprobada por el Congreso, por requerir de grandes recursos económicos para su realización. Sin embargo, como se ha visto en Colombia y en Brasil, en donde ya se aplican leyes en materia de esta enfermedad, no han sido necesarios grandes recursos económicos para

aplicarlas, y que muestren resultados favorables, al disminuir la incidencia.<sup>87</sup>

De lo estudiado en la legislación de Brasil, se puede concluir, que se creó como un experimento gubernativo, sin embargo, con el paso de los años, y con lo exitoso de su aplicación, fue necesario modificarla, y agregar otros aspectos fundamentales para una legislación adecuada a este respecto, como es el caso de las sanciones para quienes la incumplan.

Cabe destacar que estas leyes, se empezaron a aplicar en determinadas zonas del país, en donde el índice de incidencia era muy alto, sin embargo, ya se han convertido en leyes a nivel federal.

La eficacia de esta legislación, se ha visto reflejada, en una marcada reducción en el número de personas infectadas por el mortal virus, pero a pesar de ello, el gobierno brasileño continúa realizando esfuerzos para mejorar sus normas, y procurar que cada día, sean menos las personas infectadas.

De lo estudiado en la legislación de Colombia, cabe destacar que este país fue el primero que realizó una legislación en materia del mortal padecimiento en América, y desde que inició su vigencia, la incidencia ha ido en constante disminución.

Además, Colombia cuenta con la reglamentación más completa al respecto, ya que abarca prácticamente todos los aspectos que

---

<sup>87</sup> Este aspecto parece increíble, tomando en cuenta que Colombia y Brasil no constituyen una potencia económica mundial, como es Estados Unidos, y sin embargo, lo han podido llevar a cabo con inminente éxito.

conlleva la problemática causada por la multicitada enfermedad, por lo que se han convertido en el foco de atención de los países que se presumen desarrollados, y un ejemplo a seguir para los países, que como México, aún no cuentan con una ley adecuada en la materia.

### **7.3 FUNDAMENTACIÓN**

El presente trabajo está fundado en el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud.

Por lo anterior, no es violatorio de garantías individuales, ni contraria al sistema positivo mexicano. Se incluiría dentro de la rama del Derecho Administrativo, al ser una legislación del sector salud, y la autoridad que se autoriza en dicha propuesta como tal, es la Secretaría de Salud, en rango federal, para que rija en toda la República Mexicana, incluyendo en ella delitos especiales, también de tipo federal, por lo que habría normas del ámbito penal; incluso abarca legislación de tipo sanitario, donde los inspectores de la Secretaría de Salud, estarían autorizados para realizar cualquier inspección, y en caso de controversia por la sanción administrativa impuesta, ésta se resolvería en los tribunales ya instituidos para este tipo de juicios, en este caso, el Tribunal Contencioso Administrativo.

También en esta ley existe la consecuencia de tipo laboral, y si el trabajador fuera agraviado en relación al padecimiento que aquí se menciona, la autoridad competente para conocer del asunto, sería la Junta de Conciliación y Arbitraje que le corresponda.

Por último, se destaca que este trabajo originalmente tenía pretensiones más limitadas, ya que únicamente se pensaba incluir a la enfermedad como una causa de aborto consentido, pero de la investigación aquí plasmada, se consideró necesario hacer una legislación integral a la problemática planteada.

En virtud de lo anterior, se considera que esta ley que se propone, de ninguna forma es con el afán de hacer simplemente una crítica a la legislación actual, ya que su pretensión, aunque muy modesta, es con el fin de que se abarquen todos los aspectos de esta enfermedad; aunque si bien es cierto, se hará en una forma integral, pero con la conciencia de que existe muy poca experiencia de la autora de este trabajo, pero fue realizado con el deseo de incluir todas las áreas que pueden tener trascendencia en las consecuencias jurídicas de la enfermedad tantas veces mencionada.

**7.4 PROPUESTA: “LEY FEDERAL PARA PREVENIR, CONTROLAR, INFORMAR Y SANCIONAR EL CONTAGIO POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.).”**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES Y DEFINICIONES**

**ART. 1°.** Para los efectos de esta ley se entiende como autoridad competente a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA)

**ART. 2°.**- Las disposiciones que se contemplan en esta Ley, se aplicarán a todas las personas sanas o enfermas, así como a las instituciones públicas y privadas, que estén supeditadas o deban supeditarse a la prevención, control, vigilancia, y demás acciones relacionadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

**ART. 3°.**- Para los efectos de la presente Ley, y para una mejor comprensión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se deben tomar en cuenta las siguientes definiciones:

**Aislamiento:** Medida preventiva o de seguridad mediante la cual una persona enferma es sometida a controles especiales, destinados a evitar el agravamiento de su estado o a que pueda llegar a afectar la salud de otras personas.

**Asintomático:** Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), quien no presenta síntomas ni signos de enfermedad.

**Atención Integral:** Conjunto de servicios preventivo-asistenciales que se prestan a una persona para satisfacer las necesidades que su condición de salud requiera.

**Autocuidado:** Observancia del conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, destinadas a prevenir la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en un individuo o comunidad, o a mantener conductas apropiadas en personas ya infectadas con miras a la disminución del impacto de la misma.

**Caso de S.I.D.A. :** Cada una de las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) quien presenta signos o síntomas asociados directamente con dicha infección.

**Centro de Salud:** Grupo interdisciplinario de trabajadores de la salud, cuyas actividades están orientadas a la prevención, atención, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud del individuo y la comunidad.

**Conductas de riesgo:** Comportamiento del individuo quien por la inobservancia del autocuidado incrementa sus posibilidades de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**Confidencialidad:** Es la reserva que deben mantener todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud, con respecto al

estado físico del individuo, cuando conozcan o exista la sospecha de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), estudio o atención de la enfermedad.

**Contagio:** Transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) a un individuo susceptible, mediante contacto directo o indirecto.

**Contaminación:** Es la presencia del virus en personas, objetos o productos.

**Discriminación:** Son las actitudes o prácticas mediante las cuales se afecta el desarrollo de las actividades normales de una persona o grupo de personas dentro de su contexto social, familiar, laboral o asistencial, o el rechazo o la exclusión, por la sospecha o confirmación de estar infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**Enfermedad:** Es cualquier alteración en la salud.

**Epidemia:** Enfermedad que ataca en una misma zona a numerosos individuos a la vez.

**Etiología:** Es la parte de la ciencia médica, que estudia las causas de las enfermedades.

**Incidencia:** Número de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) entre la población en un lapso y un lugar determinados.

**Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.):**

Es la reacción causada por el V.I.H. en un individuo, con la respectiva respuesta inmune.

**Infectado:** Individuo con prueba serológica positiva específica para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**Inmunodeficiencia:** Es la falla en el sistema inmunológico de un individuo para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas.

**Material Biológico:** Todo tejido o secreción de origen humano o animal susceptible de contaminarse o causar contaminación.

**Medidas universales de bioseguridad:** Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o contaminación causado por agentes físicos, químicos o biológicos.

**Orientación Médica:** Conjunto de actividades llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación y asesoría a los pacientes, a su familia y a la comunidad en general, en lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.). Basada en el riesgo pretende identificar y atender aquellos comportamientos que constituyan factores que afecten las actitudes de las personas y grupos mencionados o representen un riesgo potencial para los demás.

**Pandemia:** Extensión de una enfermedad contagiosa a un gran número de países.

**Perinatal:** Período alrededor del parto que comprende desde un tiempo antes del nacimiento, hasta el momento posterior al parto.

**Prevención:** Adopción de medidas adecuadas tendientes a evitar los riesgos de daño, contaminación o contagio.

**Prueba Diagnóstica Presuntiva:** Examen serológico que indica la posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en un individuo, y cuyo resultado, en caso de ser positivo, requiere confirmación por otro procedimiento de laboratorio.

**Prueba Diagnóstica Positiva:** Examen serológico de alta especialidad que comprueba la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**Prueba Diagnóstica Aceptada:** Examen serológico aprobado y aceptado por las instituciones de salud de cada entidad federativa, en base a estudios de sensibilidad, especificidad, reproducibilidad y concordancia, para su utilización con fines diagnósticos o de investigación.

**Prueba Diagnóstica Indiscriminada:** Es el examen serológico practicado a un individuo, grupo o comunidad, sin tener en cuenta criterio de orden clínico o epidemiológico.

**Prueba Serológica:** Es aquel examen de tipo médico en el que se buscan los elementos que acrediten la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en el organismo, y determinar así, que el individuo pertenece a la categoría de seropositivo.

**Seropositivo:** Individuo cuya prueba diagnóstica ha revelado la existencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en su organismo (positivo).

**Sexo Seguro:** Conjunto de precauciones que un individuo adopta en relación con su sexualidad para prevenir el riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual y en especial la causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.):** Conjunto de síntomas y signos, generados por el compromiso del sistema inmunológico de un individuo como consecuencia de la infección.

**Transmisión:** Mecanismo mediante el cual un microorganismo pasa de un individuo a otro contagiándolo. En el caso de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), se aceptan actualmente tres mecanismo de transmisión: sexual, sanguíneo y perinatal.

**Transmisión vertical:** Término propuesto para sustituir al de transmisión perinatal (intrauterina, durante el parto y por medio de la leche materna).

## **CAPÍTULO II**

### **DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ATENCIÓN INTEGRAL**

**ART. 4°-** El dictamen de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), sólo podrá ser emitido por los centros de salud y personas dedicadas al ejercicio de la ciencia médica.

**ART. 5°-** Es necesario practicar pruebas de apoyo para la detección de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en los siguientes casos:

a) Cuando exista la sospecha clínica de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.);

b) A petición del interesado;

c) Cuando exista la presencia de antecedentes epidemiológicos al respecto, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Capítulo VII de esta ley, y

d) Para los fines preventivos que los organismos de salud nacionales, locales y municipales señalen.

**ART. 6°-** Las pruebas presuntiva y positiva de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), se realizarán en los centros de salud públicos o privados, o en laboratorios privados que cumplan con los requisitos de calidad establecidos por la Secretaría de Salud.

**ART. 7°-** El resultado de la prueba de diagnóstico para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) deberá ser entregado al paciente por el médico tratante, o por delegación de éste, a través de un profesional de la salud debidamente capacitado para asesorar en esta materia.

**ART. 8°-** Para todos los fines legales se debe considerar que una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), mientras permanezca asintomática, no tiene la condición de enfermo de S.I.D.A, sino que sólo tiene el carácter de portador del virus. Cuando sea conveniente, esta situación deberá ser probada mediante dictamen médico especializado, y deberá estar de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 20 de esta ley y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida la Secretaría de Salud.

**ART. 9°-** Ningún trabajador u organismo dedicado a los servicios de salud, se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) o un enfermo de S.I.D.A., según asignación de responsabilidades, bajo pena de incurrir en una conducta sancionable de acuerdo con las disposiciones legales que regulen el ejercicio de las profesiones y las prescripciones de la presente ley.

**ART. 10.-** Los centros de salud, hospitales, públicos o privados, y cualquier otro dedicado a la salud, deberán promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continua al equipo de salud que forma parte de su personal, con el fin de mantener conocimientos acordes con los avances científicos, médicos y tecnológicos, y poder garantizar una motivación suficiente para el manejo adecuado de la patología a que se refiere esta ley.

**ART. 11.-** La atención a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y a los enfermos de S.I.D.A., de acuerdo con el criterio médico y con sujeción a las normas técnico-

administrativas expedidas por la Secretaría de Salud, será de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario y comunitario.

**ART. 12.-** La familia y la comunidad participarán activamente en los cuidados sanitarios de las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), asintomáticas y de personas enfermas de S.I.D.A.

### **CAPÍTULO III**

#### **PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA EPIDEMIA**

**ART. 13.-** Para los efectos de esta ley, son medidas de prevención, las siguientes:

I. La orientación sexual desde la educación básica, informando a los menores en una forma sencilla de la enfermedad y sus consecuencias;

II. La realización de campañas permanentes a todos los niveles para examen serológico;

III. La elaboración de trípticos, posters, y cualquier otro tipo de material gráfico alusivo a la enfermedad y sus consecuencias;

IV. Medidas preventivas para detección de la enfermedad en cualquier tipo de donación de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos;

V. Fácil acceso y disponibilidad en todos los centros comerciales, farmacias, supermercados, así como en aquellos lugares que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales;

VI. Capacitación a personal de la educación, trabajo social, psicología, medicina y demás profesionistas que tengan relación con la salud de las posibles causas de contagio;

VII. La utilización del preservativo o condón;

VIII. La difusión de mensajes de radio, televisión y cualquier otro medio masivo de comunicación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

IX. El registro, control y observación personal de los enfermos;

X. La destrucción del material de uso personal como: jeringas, utensilios de acupuntura, dentales y cualquiera otros que se introduzcan al torrente sanguíneo del enfermo, y

XI. El aislamiento de los enfermos que se encuentren en fase terminal, por lo que cualquier persona que tenga contacto con éstos, deberá utilizar material desechable, mientras se encuentre en presencia del infectado.

**ART. 14.-** La prevención en su más amplio concepto constituye la medida más importante para el control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.); por tanto, las acciones que se tomen

en relación a la enfermedad, deben ser principalmente para prevenir ésta.

**ART. 15.-** La prevención en la lucha contra el S.I.D.A. deberá ser impulsada por todas las instituciones, organizaciones y sectores públicos o privados del país.

**ART. 16.-** La Secretaría de Gobernación en unión con la Secretaría de Educación Pública, adoptarán los mecanismos necesarios para que a través de los diferentes organismos de radio y televisión, así como los demás medios masivos de comunicación, se emitan mensajes de orientación a la comunidad para prevenir la infección.

**ART. 17.-** Los miembros de la comunidad en general tienen el deber de velar, mediante el autocuidado, por la conservación de su salud, a fin de evitar la infección por el V.I.H., así como el deber de concurrir a la protección de las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención, mencionadas en el artículo 12 de esta ley.

**ART. 18.-** La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, a través de los planteles educativos, impartirá educación sexual, acorde con el respectivo nivel y con énfasis en actitudes responsables a niños de preescolar y estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de los docentes de las diferentes áreas.

**ART. 19.-** Para los fines de la presente ley, la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, a través de los

establecimientos educativos, impartirá información sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención, a estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de docentes.

**ART. 20.-** La Secretaría de Salud en coordinación con organizaciones no gubernamentales, desarrollará acciones tendientes a la formación de multiplicadores de información y educación sobre los diferentes aspectos de la prevención en la comunidad, especialmente en los grupos específicos con comportamiento de alto riesgo.

**ART. 21.-** Todas las personas físicas o morales, públicas o privadas, están obligadas a notificar los casos de enfermos de S.I.D.A. y los de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), bajo pena de ser sancionados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en alteración de medidas sanitarias. El procedimiento de notificación deberá garantizar la confidencialidad.

**ART. 22.-** La notificación de los casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y de los casos de S.I.D.A. deberá hacerse con sujeción a las disposiciones contempladas en la presente ley y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida la Secretaría de Salud.

**ART. 23.-** La información epidemiológica en relación con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), será de carácter confidencial. El secreto profesional no podrá invocarse como impedimento para suministrar dicha información.

**ART. 24.-** Queda prohibida toda exigencia de pruebas serológicas para determinar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), como requisito obligatorio en las circunstancias siguientes:

a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos o sociales;

b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma, y

c) Acceso o permanencia en cualquier centro de salud, público o privado.

La contravención a lo anterior, será sancionado por lo previsto en la presente ley.

**ART. 25.-** Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar si existe infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), bajo pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

**ART. 26.-** Las instituciones de salud asistenciales, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), deberán acatar las resoluciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean emitidas por la Secretaría de Salud.

**ART. 27.-** Las instituciones de salud, y demás que tengan contacto con material biológico de origen humano, facilitarán a sus trabajadores los medios y elementos oficialmente recomendados para asegurar las medidas de seguridad.

**ART. 28.-** Los bancos de sangre y hemoderivados, deberán realizar a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas específicas para la detección de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), bajo pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

**ART. 29.-** Se considera el uso de preservativo o condón como una medida de carácter preventivo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) En consecuencia, las farmacias, supermercados o similares, así como los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, deberán tener siempre en existencia dichos preservativos.

La contravención a lo anterior, será sancionado de acuerdo a lo previsto por la presente ley.

**ART. 30.-** Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado médico sobre su estado de salud cuando lo crea conveniente, se considera la certificación obligatoria al respecto, como una medida ineficaz y discriminatoria. En consecuencia, se prohíbe la exigencia de certificados con referencias de enfermedades de

transmisión sexual, incluida la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

#### **CAPÍTULO IV**

#### **TRANSMISIONES ESPECÍFICAS Y TRATAMIENTO**

**ART. 31.-** Se consideran como transmisiones específicas las siguientes:

a) La infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) o del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) causada por transfusiones de sangre o hemoderivados, o por jeringas o agujas contaminadas;

b) La infección contraída por el feto en forma vertical en virtud de ser hijo de una madre infectada;

c) La adquirida por el menor, por medio del consumo de leche materna proveniente de una mujer infectada, y

d) La adquirida por el recién nacido durante el parto. La práctica de las cesáreas, no es atenuante del riesgo de que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) sea transferida.

**ART. 32.-** Se entiende por transmisión vertical del virus, el contacto de sangre con líquidos corporales contaminados. Este tipo de transmisión sólo afecta a los niños, y puede ocurrir durante el embarazo o el postparto (puerperio).

**ART. 33.-** La infección en los recién nacidos, será comprobada mediante el estudio denominado cultivo viral.

**ART. 34.-** A las personas a quienes se les haya confirmado seropositividad, así como a sus allegados, ya sean familiares, amigos, compañeros, y toda persona que tenga una relación directa con él, se les deberá practicar un estudio de laboratorio para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**ART. 35.-** A toda mujer en edad reproductiva o que se esté embarazada, deberá realizársele el estudio de laboratorio para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), sobre todo cuando:

1. Sea pareja sexual de:
  - a) bisexuales;
  - b) adictos a drogas intravenosas;
  - c) hemofílicos;
  - d) seropositivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), ó
- e) heterosexuales que realizan actividades de alto riesgo.
2. Se dedique a la prostitución;
3. Sea adicta a drogas intravenosas;
4. Provenga de países en donde la transmisión heterosexual sea la principal vía de propagación, y
5. Se sospeche haya sido infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)

**ART. 36.-** Siempre que se detecte mediante el examen serológico la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en una persona, se le deberá advertir que eviten el embarazo y /o embarazarse, y a que cuando tengan relaciones sexuales, usen o pidan a su compañero que utilice el preservativo o condón.

**ART. 37.-** En cuanto a las mujeres embarazadas seropositivas, éstas deberán ser sometidas a una estrecha vigilancia epidemiológica, a saber:

1. Examen clínico periódico completo, para identificar oportunamente cualquier infección;

2. Atención prenatal que incluya:

a) Exámenes de laboratorio tales como: citología hemática completa, valoración de la inmunidad neuronal y celular y todos aquellos que sean necesarios para detectar infecciones por gérmenes oportunistas;

b) Medidas higiénico-dietéticas habituales en el hogar;

c) Comportamiento con los allegados en forma normal o habitual;

d) No hay restricción alguna en el empleo y contactos sociales;

e) Las relaciones sexuales deben ser única y exclusivamente por vía vaginal y se deberá utilizar preservativo y sustancias espermaticidas con acción viricida;

f) La paciente no debe donar sangre, plasma, tejidos u órganos;

g) No podrá compartir agujas u objetos de uso personal contaminados con sangre;

h) Cuando requiera atención dental, quirúrgico o de acupuntura, deberá informar al médico o personal de salud de su condición de portador para tomar las precauciones debidas;

i) Cuando por accidente se produzca una herida, debe efectuarse la limpieza de la misma y cubrirse debidamente hasta que

cicatrice; la sangre que hubiera podido caer sobre alguna superficie, debe lavarse con agua y jabón y aplicarse sobre ella una solución de hipoclorito de sodio;

j) Cuando utilice jeringas o agujas, deben ser desechables, y

k) Se llevará a cabo un estudio serológico de las personas con las que haya tenido contactos sexuales.

**ART. 38.-** La conducta que se debe seguir en todo niño que nazca de una madre infectada por este virus, o que ya haya desarrollado la enfermedad, incluye medidas al nacimiento y medidas posteriores.

**ART. 39.-** Las medidas a tomar al nacimiento son:

1) Determinación de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en sangre del cordón umbilical;

2) Valoración clínica, y

3) No dar alimentación del pecho materno.

**ART. 40.-** Las medidas a llevarse a cabo durante el postparto, son:

1) Determinación trimestral del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.);

2) Vigilancia y detección oportuna de infecciones por gérmenes oportunistas, y

3) Cuidados semejantes a cualquier otro niño.

**ART. 41.-** Se deberá cuidar y conservar la privacidad y confidencialidad de la positividad de la madre y el niño, para evitar al máximo problemas psicosociales en la familia y la comunidad. Sin embargo, lo anterior no

exime a los médicos y demás personal de la salud, el informar acerca de la existencia de seropositividad en esas personas, para fines de registro.

**ART. 42.-** Durante su crecimiento, un niño seropositivo, deberá recibir las mismas vacunas que un niño normal de la misma edad, y además deberá recibir todos los cuidados necesarios de una persona sana, por lo que se le deberá impartir la educación que le corresponda. Tomando las precauciones necesarias para evitar en todo momento que contagie a otros.

**ART. 43.-** Las estrategias para la prevención en niños, se enfocarán a la promoción de cambios en las prácticas de alto riesgo. Esta prevención se realizará a través de campañas masivas que promuevan el uso de preservativo o condón, la disminución del número de compañeros sexuales, el retraso en el inicio de las relaciones sexuales y la fidelidad. Al efecto, deberá regularse la información que reciban los menores y que desvirtúe los valores propios de su sexualidad y que se encuentren en contra de la educación que pondera el artículo 3º Constitucional.

**ART. 44.-** Los padres del producto concebido, que tenga el carácter de seropositivo, una vez comprobada la presencia del virus en su organismo, mediante las pruebas perinatales, tendrán la posibilidad de decidir entre el nacimiento o no de su hijo bajo tales circunstancias, siempre y cuando no se ponga en peligro la vida de la madre.

**ART. 45.-** La madre que conciba un hijo fuera del matrimonio, tendrá la misma posibilidad señalada en el artículo 44 de esta ley.

**ART. 46.-** De acuerdo a lo señalado en los artículos 44 y 45 de esta ley, si los padres, en el primer caso, o la madre, en el segundo, decidieran el no nacimiento del producto, entonces se estaría a lo dispuesto por el título decimonoveno, capítulo VI del Código Penal para el Distrito Federal.

**ART. 47.-** Cuando se trate del consentimiento de ambos padres, si uno de ellos no lo da, no se podrá realizar el aborto consentido, por lo que éste deberá ser por escrito y presentarse ante la autoridad competente.

## **CAPÍTULO V COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO**

**ART. 48.-** Sólo hasta el segundo examen serológico para la detección del virus, y una vez que se haya verificado mediante las pruebas de confirmación, se hará la comunicación a la persona respectiva de la evidencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

**ART. 49.-** La comunicación se llevará a cabo con absoluta discreción, evitando sea conocida por otras personas, ya sean familiares o personal de salud, y sólo se podrá informar a otro que no sea el interesado, si éste lo autoriza expresamente y por escrito.

**ART. 50.-** Posteriormente al conocimiento certero del padecimiento, se realizará la investigación de los contactos sexuales o receptores de sangre, guardando reserva respecto a la identidad de la persona índice.

**ART. 51.-** El seguimiento de personas seropositivas y contactos seronegativos, se hará de la forma en que se indica en los artículos subsecuentes.

**ART. 52.-** Las personas que presenten serologías positivas, conocidas mediante estudios de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), deberán ser informados minuciosamente para que eviten donar sangre, ya que esto podría ser vehículo de transmisión de este virus.

**ART. 53.-** Los seronegativos, contactos de personas infectadas, deberán seguir las mismas indicaciones y ser sometidos a pruebas serológicas periódicas.

**ART. 54.-** A las personas con prácticas de alto riesgo, se les recomienda modificar su conducta sexual, reduciendo el número de compañeros sexuales y haciendo uso del preservativo, con la obligación de avisar a la pareja su condición de seropositivos y en caso de abstenerse de dar aviso, se estará a lo dispuesto en el Código Penal.

**ART. 55.-** Las personas seropositivas y contactos seronegativos deben evitar compartir con otras personas artículos personales contaminados con sangre.

**ART. 56.-** Las personas que hagan uso de drogas por vía intravenosa, deben evitar compartir con otras personas jeringas y agujas, las cuales deben ser desechadas o correctamente esterilizadas antes de su uso. La contravención a lo anterior, será sancionado de acuerdo a lo dispuesto por el Código Penal.

**ART. 57.-** Las mujeres que tengan relaciones sexuales con individuos infectados, deben evitar los embarazos, por el riesgo de transferir la infección a sus productos, y en caso de la concepción, deberá estarse a lo señalado por los artículos 44, 45 y 46 de esta ley.

**ART. 58.-** A las mujeres seropositivas que hayan dado a luz se les recomienda no amamantar a sus hijos recién nacidos, tomando en cuenta lo señalado en relación a este aspecto.

**ART. 59.-** En caso de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en uno de los cónyuges, las relaciones sexuales deben ser exclusivamente con el empleo de preservativo.

**ART. 60.-** Los individuos seropositivos deben ser vigilados clínicamente en forma periódica, con el objeto de detectar y tratar oportunamente los procesos infecciosos.

**ART. 61.-** En todos los casos deberá llevarse a cabo una vigilancia epidemiológica de sus contactos sexuales. En caso de contravenir lo dispuesto en este artículo, se estará a lo dispuesto por el Código Penal.

**ART. 62.-** En el caso de donadores de sangre seropositivos, debe identificarse tanto a sus contactos sexuales como a los receptores de sangre, para su estudio y seguimiento. Lo anterior sólo en los casos en que haya donado la sangre y se entere de su padecimiento posteriormente, ya que queda prohibido que una persona seropositiva done sangre.

## **CAPÍTULO VI INVESTIGACIÓN**

**ART. 63.-** La investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada en casos de S.I.D.A, deberá sujetarse a los requisitos que determine la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), y la Asociación Médica Mundial.

**ART. 64.-** La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

## **CAPÍTULO VII FACULTADES Y OBLIGACIONES**

**ART. 65.-** Las personas y entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y a los enfermos de S.I.D.A o con posibilidades de estarlo, debiendo instalar en los nosocomios una sala especial para su atención.

La contravención a lo anterior será sancionado de acuerdo a lo previsto por la presente ley.

**ART. 66.-** El personal de los centros de salud que conozcan o brinden atención médica a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad. En caso de inobservancia a este precepto, será sancionado de acuerdo a lo previsto en la presente ley y a las demás que señalen las leyes correspondientes.

De igual manera, se observará tal disposición con personas con conducta sexual de alto riesgo cuyo estado no sea seropositivo.

**ART. 67.-** Por razones de carácter sanitario, cuando la persona tenga la condición de infectado asintomático, el médico tratante, en los casos en que considere la existencia de peligro inminente de contagio, podrá informar de su estado de salud al cónyuge, o pareja sexual, para su respectivo estudio diagnóstico, previo consentimiento informado de éstos. Asimismo, cuando el médico compruebe fehacientemente el carácter de seropositivo, le informará a las personas que estén expuestas al riesgo, para que asuman las medidas de protección correspondientes.

En caso contrario, se estará a lo dispuesto por las disposiciones legales anteriormente invocadas.

**ART. 68.-** Cuando la condición del paciente infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) sea grave por cualquier causa, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados, sin que por esto se considere violado el secreto médico.

**ART. 69.-** Los trabajadores no están obligados a informar a sus patrones su condición de infectados o su relación de riesgo con respecto al mismo.

**ART. 70.-** Las personas infectadas o que hayan desarrollado la enfermedad y conozcan tal situación, lo deberán informar a su médico tratante o al personal del centro de salud ante el cual soliciten algún servicio médico, con el objeto de contribuir a evitar la propagación de la epidemia.

**ART. 71.-** La práctica de pruebas serológicas para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) en encuestas a grupos con comportamientos de alto riesgo o población en general, sólo se podrá efectuar previo consentimiento del encuestado o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine y nunca con fines discriminatorios.

**ART. 72.-** Las personas privadas de su libertad podrán ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar la infección, en los siguientes casos:

1. Cuando se encuentre a uno o varios internos con el padecimiento y que éstos hayan tenido relaciones sexuales o realizado actividades de alto riesgo con otros reclusos;

2. Para fines probatorios en un proceso judicial, o

3. Por orden de la autoridad sanitaria competente.

**ART. 73.-** A las personas infectadas y a los hijos de madres o padres contagiados, no podrá negárseles, por tal causa, su ingreso a los centros educativos, públicos o privados, o su permanencia en los mismos, ni serán discriminados por ningún motivo. La contravención a lo anterior será sancionado de acuerdo a lo previsto por la presente ley.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DISPOSITIVOS DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN**

**ART. 74.-** Se considera como Organismo encargado de la prevención y control, al Consejo Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA).

**ART. 75.-** El Consejo a que se hace mención en el artículo 74 de esta ley, será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, pero operará bajo su vigilancia. También seguirá las directrices que le sugieran las demás Secretarías de Estado y que de alguna forma les corresponda emitir opinión para el control, prevención y vigilancia de este padecimiento.

**ART. 76.-** El objeto del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, consistirá en investigar, promover, apoyar, coordinar y difundir las acciones de los sectores público, privado y social, tendientes a combatir la epidemia del S.I.D.A., así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

**ART. 77.-** El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), operará de acuerdo a lo establecido por el Decreto de creación de este organismo.

## **CAPÍTULO IX**

### **PROCEDIMIENTOS Y SANCIONES**

**ART. 78.-** Las personas que después de haber sido informadas de estar infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), realicen deliberadamente prácticas mediante las cuales puedan contaminar a otras personas, o donen sangre, semen u órganos, podrán ser denunciados para que se investigue la existencia del delito de peligro de contagio señalada en el Código Penal; y por tratarse de una enfermedad mortal, la pena contemplada en dicho ordenamiento, se agrava aumentando dos terceras partes más.

Su reclusión, si fueren condenados, deberá hacerse en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica y psiquiátrica.

**ART. 79.-** Si como resultado de las prácticas deliberadas, a que alude el artículo anterior, sobreviniera la muerte, el responsable deberá estarse a lo dispuesto por la legislación penal en el caso de homicidio por lesiones.

**ART. 80.-** El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, dará lugar a la aplicación de las siguientes sanciones:

a) Multas en cuantías hasta 400 salarios mínimos generales diarios vigentes en la demarcación territorial correspondiente, cuando se transgreda lo señalado en los artículos 21, 24 incisos a y b, 29, 66, 67 y 73 de la presente ley;

b) Clausura de las instituciones privadas que presten servicios de salud, por un término hasta de dos años, cuando se transgredan los artículos 9, 24 inciso c y 65 del presente ordenamiento;

c) Suspensión o pérdida definitiva de la personalidad jurídica de las instituciones privadas que presten servicios de salud, en tratándose de lo estipulado por los artículos 9, 24 inciso c y 65 de la presente ley;

d) Pérdida de la autorización, o suspensión hasta de diez años, para prestar servicios de salud, cuando se transgredan los artículos 9 y 65 de la presente ley;

e) En el caso de que una institución pública realice la conducta prevista en el artículo 65 de esta ley, el Director General de la misma, o su equivalente, será cesado inmediatamente del cargo y no podrá tener esa función sino hasta diez años después, y

f) En el caso de que una persona física o moral transgreda varios supuestos con una sola conducta o con varias, la autoridad deberá sancionar con la más grave.

**ART. 81.-** Las sanciones previstas en el artículo anterior, se aplicarán sin perjuicio de las que contemple el Código Penal.

**ART. 82.-** El proceso sancionador se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o querrela debidamente fundamentada, presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado con antelación, una medida de seguridad o preventiva, realizada por los inspectores de salud, que tendrán la

obligación para el caso de incumplimiento a esta ley, de incoar de inmediato el procedimiento administrativo.

**ART. 83.-** El denunciante deberá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de la autoridad competente, para dar los informes que se le requieran. En todo caso, al instaurarse una denuncia, deberá presentarse, por lo menos, una prueba que le sirva de apoyo.

**ART. 84.-** Si los hechos materia del proceso sancionador fueren constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente.

**ART. 85.-** La existencia de un proceso penal o de otra índole, no dará lugar a la suspensión del proceso administrativo.

**ART. 86.-** Una vez recibida la denuncia o conocido el hecho, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones que puedan constituir transgresión a las disposiciones aquí señaladas.

**ART. 87.-** Para la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse diligencias tales como visitas, toma de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular, y, en general, las que se consideren conducentes, siempre y cuando no violen derechos de terceros, y que no sean contrarias a la moral y las buenas costumbres.

**ART. 88.-** Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el

presunto transgresor no lo cometió, o que el procedimiento administrativo no podía iniciarse o proseguirse, procederá a declararlo así y ordenará cesar todo el procedimiento contra el presunto transgresor. Esta resolución le deberá ser notificada personalmente.

**ART. 89.-** Realizadas las anteriores diligencias, se pondrán en conocimiento del presunto transgresor, los cargos que se le formulan, mediante notificación personal; éste o su legítimo representante, podrán conocer y examinar el expediente.

**ART. 90.-** Si no fuera posible hacer la notificación personalmente por no encontrarse el presunto transgresor, se dejará cédula con la persona que se encuentre en la casa, establecimiento, o institución prestadora de servicios de salud, para que se encuentre a las cuarenta y ocho horas siguientes en el lugar donde se le notifique, y en caso de no hacerlo, se entenderá la diligencia con cualquier persona que se encuentre en dicho lugar.

**ART. 91.-** Para el caso de que el transgresor de esta ley se inconforme con la sanción administrativa impuesta, deberá estarse a lo que prevé la Ley Federal del Procedimiento Administrativo.

**ART. 92.-** Se consideran circunstancias agravantes de una transgresión, las siguientes:

a) Reincidir en la comisión de la misma falta. En este caso, la sanción se duplicará o pasará al siguiente inciso señalado en el artículo 80 de esta ley, a criterio de la autoridad;

b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañinos, por sí, o con la complicitad de subalternos o su participación bajo indebida coacción;

c) Cometer la falta para ocultar otra;

d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;

e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta, y

f) Preparar premeditadamente la transgresión y sus modalidades.

**ART. 93.-** Se consideran circunstancias atenuantes de una transgresión, las siguientes:

a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;

b) La ignorancia invencible;

c) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva, y

d) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

**ART. 94.-** Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada por la autoridad competente, y deberá notificarse personalmente al afectado, dentro del término de cinco días posteriores a su expedición.

## **TRANSITORIOS**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** La presente ley entrará en vigencia al siguiente día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Se derogan todas las disposiciones anteriores que contravengan a la presente ley.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** La magnitud del problema de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), a nivel mundial, es preocupante. El número de casos se incrementa cada día más, incluyendo una gran incidencia dentro de la población infantil.

**SEGUNDA.-** Esta enfermedad no es propia de un sector de la población, ya que afecta por igual a todos los niveles socioeconómicos, y de igual manera en todos los países del mundo, sean desarrollados o no. El problema se ve aún más acentuado, en virtud de que hasta el momento, no se ha encontrado cura alguna, y el posible tratamiento para la enfermedad, implicaría gastos excesivamente altos, que ni los sectores de la población más desahogados económicamente, pueden solventar.

**TERCERA.-** Hasta el momento, no existe una legislación adecuada a este respecto, en el sistema jurídico de nuestro país, por lo que se considera necesaria la creación de una reglamentación que contenga los principios básicos (científicos y legales), que un ordenamiento en esta materia debe contener.

**CUARTA.-** La legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), que ha sido realizada en los tres países, objeto del presente estudio comparativo, sobre todo en lo referente a Colombia y a Brasil, ha mostrado grandes resultados, situación que se ha visto reflejada en una notable disminución en la incidencia de personas afectadas por este padecimiento.

**QUINTA.-** En lo referente a los Estados Unidos de Norteamérica, éste es el país con un mayor número de enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), sobre todo entre el sector de la población marginada: el de las personas de color.

**SEXTA.-** En este país norteamericano, no se ha legislado como es debido, ya que a pesar de que existen una multiplicidad de leyes que regulan cuestiones referentes a la enfermedad, no han entrado en vigor, en su mayoría, en virtud de que se considera que el gobierno federal, no cuenta con los recursos económicos suficientes, para llevar a cabo las normas que contienen dichos ordenamientos, por lo que aún no se puede hablar de un control estricto de la enfermedad, y por lo tanto la tasa de incidencia va en constante aumento.

**SÉPTIMA.-** Las leyes que ya han sido creadas en los Estados Unidos, en materia de la multicitada pandemia, se considera que son adecuadas, sin embargo, no se ha podido verificar su eficacia, por no iniciar aún su vigencia.

**OCTAVA.-** La reglamentación creada por los Estados Unidos, es de carácter muy ambicioso y de amplias pretensiones, lo que quizás justifica lo elevado de sus requerimientos financieros para aplicarla.

**NOVENA.-** En Estados Unidos, no existe discriminación laboral, ya que actualmente, se rigen por la Ley Internacional del Trabajo, en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

**DÉCIMA.-** Se considera que al aprobarse las leyes pendientes, en materia de esta mortal enfermedad, en los Estados Unidos, y entren en

vigencia, esto provocará que disminuya la incidencia, ya que va a existir un control estricto, en todas sus áreas dependientes.

**DÉCIMA PRIMERA.-** La República de Brasil, es un país con una marcada incidencia que ha ido en constante disminución, a partir de la entrada en vigor de su legislación en materia de la pandemia.

**DÉCIMA SEGUNDA.-** Parte del éxito de la ley brasileña, se debe al recientemente adoptado sistema de registros, por virtud del cuál, se lleva un estricto control de los sectores que presentan un mayor número de personas infectadas (división sectorial), por lo que hay un mayor conocimiento de la incidencia y se enfocan más hacia esos lugares, para que sea allí donde se den los mayores controles, en la lucha contra la enfermedad.

**DÉCIMA TERCERA.-** La incidencia en Brasil no ha descendido tanto como se pretende, en virtud de que cuenta con un cuerpo médico insuficiente, al existir diez doctores por cada diez mil habitantes, en una población de poco más de ciento ochenta millones.

**DÉCIMA CUARTA.-** En Brasil, la legislación existente señala sanciones a quien infrinja las normas que forman su contenido, y establece, por ejemplo, penas privativas de la libertad, para la persona que, a sabiendas de su condición de seropositivo, no informe dicha situación a su pareja, y le ocasione con ello el contagio.

**DÉCIMA QUINTA.-** La educación sexual, en Brasil, comienza, al igual que en Colombia, desde temprana edad, ya que las escuelas tienen la obligación de incluir cuestiones referentes a la prevención, control e

información acerca del S.I.D.A., dentro de los niveles de comprensión del grado escolar al que vayan dirigidos.

**DÉCIMA SEXTA.-** En Brasil, se le da gran importancia, a los nacimientos de niños bajo la característica de seropositivos, y en virtud del sistema de registros, al que ya se ha hecho mención, se lleva un estricto control de los mismos, y se exhorta a las parejas infectadas, a que eviten, en lo posible, los embarazos.

**DÉCIMA SÉPTIMA.-** En México, el número de casos de personas infectadas por esta enfermedad, sigue aumentando en forma alarmante, sin que hasta el momento se hayan llevado a cabo importantes acciones para tratar de detener la expansión de la epidemia, como sería el caso de una legislación adecuada a nuestro sistema jurídico, y a las necesidades de la población, respecto al padecimiento.

**DÉCIMA OCTAVA.-** En México, los esfuerzos por legislar en materia de la enfermedad, han sido insuficientes, ya que no se han abarcado todos los aspectos de se debiera, como por ejemplo, la imposición efectiva de sanciones a los transgresores de dichas normas, situación que hasta el momento, no ha sido llevada a cabo, o al menos, no eficazmente.

**DÉCIMA NOVENA.-** Uno de los más graves problemas que enfrenta México, es el S.I.D.A. entre la población infantil. Este sector es el que resulta mayormente afectado, ya que un niño nacido bajo la característica de seropositivo, un 90% de las veces, desarrolla la enfermedad, en un período de tres años, y el 10% restante, difícilmente vivirá más allá de cinco años.

**VIGÉSIMA.-** Se considera conveniente incluir como parte de la legislación, dentro del ámbito penal, una causal más de aborto consentido, cuando la mujer embarazada, esté infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y el producto ya esté infectado o corra el riesgo de adquirir el virus durante el parto.

**VIGÉSIMA PRIMERA.-** Colombia es el primer país en legislar en materia de S.I.D.A, en América, situación que lo ha llevado a tener un mayor control respecto a la enfermedad, y a una notable disminución en el número de casos de personas infectadas.

**VIGÉSIMA SEGUNDA.-** La reglamentación colombiana, ha arrojado resultados benéficos, como consecuencia de la realización de amplias campañas, dirigidas a todos los sectores de la población, por medio de las cuales se exhorta al uso del preservativo, al sexo seguro, a la fidelidad, así como a la no iniciación de vida sexual a temprana edad.

**VIGÉSIMA TERCERA.-** La legislación colombiana, establece como una obligación de los planteles educativos, el impartir educación sexual a todos los niveles, comenzando desde preescolar. En este aspecto, se incluye la información acerca de todos lo concerniente a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), y a la enfermedad del S.I.D.A.

**VIGÉSIMA CUARTA.-** La reglamentación en Colombia, establece sanciones a quien infrinja sus disposiciones, principalmente en tratándose de personas quienes con pleno conocimiento de ser portadores del virus, tienen relaciones sexuales con otra persona, o le

causa la transmisión por cualquier otro medio, considerándolo como una circunstancia agravante.

**VIGÉSIMA QUINTA.-** La reglamentación colombiana, señala un procedimiento especial, para quien por cualquier motivo infrinja las disposiciones del Decreto Reglamentario sobre S.I.D.A., vigente en ese país.

**VIGÉSIMA SEXTA.-** La disminución de la incidencia en Colombia, se debe en gran parte, al éxito de su legislación, ya que los principios que contiene y las sanciones que establece, son lo suficientemente rigurosas, para que la población las lleve a cabo con estricto apego.

**VIGÉSIMA SÉPTIMA.-** En Colombia se ha logrado una disminución de la incidencia gracias a su reglamentación y sin necesidad de hacer grandes erogaciones económicas, como lo propone Estados Unidos. Por su parte, Brasil tampoco ha afectado enormemente su economía al entrar en vigor la ley correspondiente.

**VIGÉSIMA OCTAVA.-** Se considera conveniente, el proponer una legislación en materia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en nuestro país, cuyo contenido se enfoque a todos los sectores de la población mexicana, estableciendo medidas adecuadas de prevención, control, vigilancia e información, con el fin de evitar, dentro de la medida posible, que el contagio continúe expandiéndose en forma tan alarmante, como ha ocurrido hasta ahora.

**VIGÉSIMA NOVENA.-** Se cree adecuado el señalar algunas medidas en otros ámbitos, igualmente importantes, como es el incluir en materia

penal, el aborto consentido, el peligro de contagio, y el homicidio por lesiones; dentro del ámbito administrativo, la aplicación de multas y hasta clausuras, y en materia laboral, el que se evite la discriminación hacia los trabajadores a causa de esta enfermedad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**AMARO, H.**, 1991. "AIDS / HIV Related Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behaviors Among Hispanics in the Northeast and Colombia". Study conducted by the Northeast Hispanic AIDS Consortium. Boston, Mass.: Boston University School of Public Health.

**BANDURA, A.** In press. "A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection.", In R. DiClemente, de., Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

**BERER, Marge**, "Women and HIV/AIDS", Pandora Press, London, 1993.

**DELFRAISSY, J.F. y otros**, "DOES PREGNANCY INFLUENCE DISEASE PROGRESSION IN HIV-POSITIVE WOMEN", Conferencia Internacional sobre las consecuencias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en madres e hijos, París, noviembre 1993, Resumen No. E7 Resumido en Lindgren.

**DE PINA, Rafael**, "DICCIONARIO DE DERECHO", Edit. Porrúa, México, 1996.

**DICCIONARIO "PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO"**, Ediciones Larousse, México, 1996.

**GALVAO, L.C.C.**, "Estudios Médico - Legales", Luzzatto Editores, Porto Alegre, 1997.

**GOSTIN, Lawrence / PORTER, Lane**, "INTERNATIONAL LAW AND AIDS", International Response and Future Directions, De. American Bar Association, U.S.A. 1996.

**HIRA, S.K.**, y otros, "PERINATAL TRANSMISSION OF HIV-1 IN ZAMBIA", British Medical Journal, 1995, pp.1250-52

**LINDGREN, Sussane** y otros, 1996, "HIV AND CHILD-BEARING CLINICAL OUTCOME AND ASPECTS OF MOTHER-TO-INFANT TRANSMISSION", AIDS: 1111-16

**MOK, Jaqueline**, 1990, "CHILDREN AND HIV INFECTION", Ponencia presentada en la III Conferencia Nacional del Women and HIV/AIDS Network, Crieff, Escocia, 29-30 noviembre.

**PAULETE VANRELL, Jorge**, "Manual de Medicina Legal", De. De Direito, Sao Paulo, 1996.

**REVISTA: "SALUD PÚBLICA DE MÉXICO"**, noviembre - diciembre 1997, volumen 37, N° 6, editada por el Instituto Nacional de Salud Pública.

**SCOTT, G.B.** y otros, 1994, "MOTHERS OF INFANTS WITH AIDS: EVIDENCE FOR BOTH SYMPTOMATIC AND ASYMPTOMATIC CARRIERS", Journal of American Medical Association, pp.253, 363-366.

**STANISLAWSKY, Stanislawo**, "El médico frente al S.I.D.A.", Editado por CONASIDA, México, 1995.

**TERRAGNA, A.**y otros, "INFLUENCE OF PREGNANCY ON DISEASE PROGRESION IN 31 HIV-INFECTED PATIENTS", Conferencia Internacional sobre las consecuencias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en madres e hijos, París, noviembre 1995, Resumen No.E2, Resumido en Lindgren.

**VELASQUEZ, Gloria, DARIO GOMEZ, Rubén, "FUNDAMENTOS DE MEDICINA", S.I.D.A. Enfoque Integral, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, 1996.**

### **INTERNET**

\*Casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) reportados por la Organización Mundial de la Salud por Año/Continente, basado en reportes recibidos hasta el 15 de Diciembre de 1997.

\*PROGRAMA GLOBAL SOBRE EL S.I.D.A., Organización Mundial de la Salud, Situación al día de la pandemia del VIH/SIDA. Marzo de 1998.

\*Estimaciones Aproximadas de la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) por país.

\*The International newsletter on HIV /AIDS prevention and care.

### **CODIFICACIONES**

"CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS", Edit. SISTA, México, 1997.

"LEY GENERAL DE SALUD", 14ª edición actualizada, Edit. Porrúa, México, 1997.

" REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS", Edit. Porrúa, México, 1997.

**"CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL"**, 4ª edición, Ediciones ALF, México, 1997.

**"AIDS AND HUMAN RIGHTS"**, World Health Organization, GENOVA, 1989.

**"INTERNATIONAL LABOR LAW"**, Génova, 1990.

**"NATIONAL AIDS LEGISLATION"**, U.S.A., 1996.

**"SENATE REPORT No. 100-761"**, U.S.A., 1992

**"SENATE REPORT No. 100-133"**, U.S.A., 1994

**"ANTIDISCRIMINATION STATUTES"**, U.S.A., 1973

**"REHABILITATION ACT OF 1973"**, U.S.A., 1973.

**"THE AMERICAN WITH DISABILITIES ACT OF 1989"**, U.S.A., 1989.

**"NATIONAL POLICY CONCERNING AIDS AND THE HIV EPIDEMIC"**, U.S.A., 1994.

**"CÓDIGO PENAL ANOTADO"**, 2ª edición, Editora Saraiva, Sao Paulo, Brasil, 1996.

**"CÓDIGO DE SALUD"**, Editora Nacional, Brasilia, 1997.

**"LEI No.6015"**, diciembre 1983, Brasilia.

**"DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE EL SÍNDROME DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA",** Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia,  
1991.

**ANEXO 1**  
**LEGISLACIÓN EN MÉXICO**

sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio Consejo.

**ARTÍCULO 12.**—Las dependencias y entidades que, conforme a lo previsto en el Artículo 4o. de este Decreto, formen parte del Consejo como miembros permanentes, deberán:

I.—Proveer la información estadística institucional relativa al objeto del Consejo, de conformidad con los criterios que fije el mismo;

II.—Hacer del conocimiento del Consejo los proyectos de investigación que realicen o auspicien en relación con el objeto del mismo;

III.—Proporcionar al Consejo la información a la infraestructura de que dispongan para propiciar la colaboración institucional y el apoyo recíproco para el combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y

IV.—Tomar las medidas necesarias para hacer efectivos los acuerdos y recomendaciones que se tomen en el seno del Consejo.

**ARTÍCULO 13.**—Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que formen parte del Consejo, prestarán el apoyo necesario para el adecuado funcionamiento del órgano desconcentrado.

**ARTÍCULO 14.**—El Patronato tendrá las siguientes facultades:

I.—Apoyar las actividades del Consejo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;

II.—Alentar la participación de la comunidad en acciones que desarrolle el órgano;

III.—Contribuir a la obtención de recursos que permitan un adecuado desarrollo en las funciones del órgano;

IV.—Proponer al Coordinador General, de conformidad con las políticas y lineamientos que establezca el Consejo, la manera en que puedan ser aplicados los recursos obtenidos por el propio Patronato para ser destinados al combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y, en su caso, realizar la administración de dichos recursos, y

V.—Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

**ARTÍCULO 15.**—El Patronato estará integrado por un Presidente, un Secretario, un Tesorero y por los Vocales que designe el Consejo entre personas de reconocida honorabilidad, pertenecientes a los sectores social y privado o de la comunidad en general, las cuales podrán ser propuestas por el Presidente del Consejo. El Coordinador General participará en las reuniones del Patronato.

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.**—El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SÉGUNDO.**—Los miembros del Consejo celebrarán sesión plenaria de integración dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de este Decreto.

**TERCERO.**—El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida expedirá, dentro de los sesenta días siguientes a la fecha en que se celebre la sesión plenaria de integración, sus bases de organización y funcionamiento.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y ocho.—Miguel de la Madrid H.—Rúbrica.—El Secretario de Programación y Presupuesto, Pedro Aspe Armella.—Rúbrica.—El Secretario de Salud, Guillermo Sobcrón Acevedo.—Rúbrica.

## SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA

**RESOLUCIÓN** sobre primera ampliación ejidal del poblado denominado Francisco J. Múgica, Municipio de San Fernando, Tamps. (Reg.—7373)

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Secretaría de la Reforma Agraria.

**VISTO** para resolver en definitiva el expediente relativo a la primera ampliación de

ejido, solicitada por vecinos del poblado denominado "FRANCISCO J. MUGICA", ubicado en el Municipio de San Fernando, del Estado de Tamaulipas; y

**RESULTANDO PRIMERO.**—Mediante escrito de fecha 20 de septiembre de 1982, un grupo de campesinos radicados en el poblado de que se trata, solicitaron al Gobernador del Estado, primera ampliación de ejido, por no ser

en sus ausencias, será suplido por el Coordinador General del mismo.

**ARTICULO 6o.**—Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocados por su Presidente.

Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del Consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate, quien presida tendrá voto de calidad.

**ARTICULO 7o.**—El Consejo tendrá las siguientes facultades:

I.—Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado;

II.—Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia, y de concertación de acciones con los sectores social y privado.

III.—Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados;

IV.—Aprobar y someter al Secretario de Salud, el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

V.—Someter a la Secretaría de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas, y

VI.—Las demás necesarias para el debido cumplimiento de las atribuciones del órgano desconcentrado.

**ARTICULO 8o.**—El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida tendrá las siguientes funciones:

I.—Presidir las sesiones del Consejo;

II.—Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas, a la celebración de sesiones del mismo;

III.—Proponer a los miembros del Consejo la designación del Secretario de Actas, y

IV.—Invitar a quienes podrán asistir a las sesiones en los términos del Artículo 4o. de este Decreto.

**ARTICULO 9o.**—El Secretario de Actas auxiliará al Presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones y al efecto tendrá las facultades que le señalen las bases de organización y funcionamiento del Consejo.

**ARTICULO 10.**—El Coordinador General del Consejo, que será designado por el Secretario de Salud, tendrá las facultades siguientes:

I.—Formular el programa de trabajo del órgano desconcentrado y de las áreas a su cargo y presentarlos al Consejo para su aprobación;

II.—Formular los proyectos de programas que permitan el óptimo aprovechamiento de los recursos;

III.—Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del Consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz, ya sea que su ejecución corresponda al propio órgano o bien a las dependencias, entidades e instituciones participantes en el Consejo;

IV.—Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el Consejo en coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las dependencias, entidades e instituciones involucradas;

V.—Presentar periódicamente al Consejo informes de las actividades a su cargo. En el informe y en los documentos de apoyo se cotejarán los objetivos propuestos y los compromisos asumidos con las realizaciones alcanzadas;

VI.—Coordinar las actividades de los Comités a que se refiere el Artículo 11 de este Decreto, así como proponer al Consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes;

VII.—Administrar, ya sea directa o indirectamente, los recursos humanos, materiales y financieros que se asignen al órgano, y

VIII.—Las demás que le confiera el Consejo.

**ARTICULO 11.**—Para el cumplimiento de su objeto, el Consejo contará con los Comités que al efecto establezca.

La integración de cada uno de los Comités así como su organización y funcionamiento

ficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realizará las funciones a que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que, a través de otras unidades administrativas, realice dicha Secretaría, en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como de las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales.

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

I.—Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados;

II.—Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

III.—Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

IV.—Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

V.—Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos;

VI.—Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud;

VII.—Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

VIII.—Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

IX.—Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

X.—Expedir sus bases de organización y funcionamiento, y

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

ARTICULO 3o.—Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

I.—El Consejo;

II.—El Coordinador General, y

III.—El Patronato.

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

El Consejo por conducto de su Presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones u organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del Consejo, así como a representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en la sesión correspondiente.

Cada representante titular designará su respectivo suplente.

El Consejo contará con un Secretario de Actas que será designado por el Consejo, a propuesta de su Presidente.

ARTICULO 5o.—El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida,

sus respectivas atribuciones vigilarán el estricto cumplimiento del presente Decreto.

#### TRANSITORIO

UNICO.—El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo

Federal en la ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de julio de mil novecientos ochenta y ocho.—Miguel de la Madrid H.—Rúbrica.—El Secretario de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Eduardo Pecesquerra Olea.—Rúbrica.—El Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología, Manuel Camacho Solís.—Rúbrica.

## SECRETARIA DE SALUD

**DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 89, FRACCION I, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 17 Y 39 FRACCION VI DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL Y 3o., FRACCION XV, 5o., 133 FRACCIONES II Y IV, 134, 136 Y 141 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y

#### CONSIDERANDO

Que el artículo 4o. de la Constitución General de la República consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud;

Que la Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades;

Que la Ley enunciada en el párrafo anterior determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles;

Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Que con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria;

Que la inclusión del SIDA a la lista mencionada en el considerando anterior, implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como a su prevención y control con el firme propósito de combatirlo;

Que en virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, he tenido a bien expedir el siguiente:

**DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.**

ARTICULO 1o.—Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida —CONASIDA—, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunode-

III.—La internación o salida del territorio nacional de la sangre, sus componentes y derivados:

IV.—El traslado de cadáveres y restos áridos de una Entidad Federativa a otra:

V a VII.—

VIII.—(Se Deroga).

IX a XI.—

ARTICULO 102.—

I y II.—

III.—En el caso de restos áridos:

a) Comprobante de inhumación;

b) Información sobre la vía aérea, marítima o terrestre que se utilizará, y

c) Especificación del destino de los restos áridos.

ARTICULO 103.—La Secretaría concederá el permiso de internación o salida a que se refiere la fracción III del artículo 100 siempre que se reúnan los siguientes requisitos:

I.—Certificación de la autoridad sanitaria del país de origen traducida, en su caso, al español, certificada por la autoridad consular mexicana, sobre las condiciones y características de la sangre, sus componentes o derivados, y

II.—Documentación constitutiva de la institución educativa o establecimiento de atención médica que realice la internación, e información de la que vaya a utilizar la sangre, sus componentes o derivados.

La salida del territorio nacional de los derivados de la sangre será autorizada por la Secretaría únicamente cuando los requerimientos de estos productos en el país estén satisfechos, salvo casos de emergencia que calificará la Secretaría.

ARTICULO 104.—

I.—

A) al D).—

II.—

A) y B).—

C).—Especificación del destino de los restos áridos.

ARTICULO 119.—El permiso sanitario a que alude la fracción I del artículo 100 de este Reglamento, se otorgará por un tiempo mini-

mo de dos años. La vigencia se iniciará a partir de la fecha de expedición del permiso.

ARTICULO 123.—Cuando los bancos de órganos, tejidos y sus componentes dejen de prestar en forma definitiva sus servicios, se dejará sin materia las autorizaciones concedidas y causará la revocación de las mismas.

En estos casos, se deberá notificar a la Secretaría dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se deje de prestar en forma definitiva los servicios, adjuntándose las autorizaciones respectivas.

ARTICULO 124.—Cuando los bancos de órganos, tejidos y sus componentes suspendan temporalmente sus servicios deberán notificarlo a la Secretaría dentro de los cinco días hábiles siguientes al en que suceda, informando los motivos de la suspensión y duración.

ARTICULO SEGUNDO.—Se modifica la denominación de la Sección Tercera del Capítulo III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, para quedar como sigue:

SECCION TERCERA De la Disposición de Sangre y sus Componentes.

ARTICULO TERCERO.—Se derogan el último párrafo del artículo 25, el último párrafo del artículo 93, la fracción VIII del artículo 100 y el artículo 112 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

TRANSITORIOS

PRIMERO.—Este Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.—Se derogan todas las disposiciones que se opongan a este Decreto.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal a los veinticuatro días del mes de noviembre de 1987.—Miguel de la Madrid H.—Rúbrica.—El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.—Rúbrica.

—oOo—

NORMA Técnica número 223 para la identidad y especificidad de las cajas Petri, de vidrio.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Secretaría de Salud.

NORMA Técnica Número 223 para la identidad y especificidad de las Cajas Petri, de Vidrio.

Con fundamento en lo establecido por los Artículos 14, 195 y 196 de la Ley General de Salud y el Artículo 15 fracciones I y II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se emite la siguiente norma técnica.

tos un examen médico y los análisis de laboratorio que señalen las normas técnicas aplicables.

**ARTICULO 52.**—Los directores de las instituciones de salud y los médicos tratantes darán aviso a la Secretaría sobre los casos de enfermedades que se presume hayan sido transmitidas por la transfusión de sangre o sus componentes y derivados. Cuando se presente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en un paciente receptor de sangre, sus componentes o derivados, la notificación a que se refiere este artículo se deberá hacer en forma inmediata aportando la información a su alcance respecto a la fuente de donde se obtuvo la sangre transfundida.

**ARTICULO 53.**—La preparación, almacenamiento y etiquetado de la sangre y sus componentes, cumplirán con los requisitos que exijan este Reglamento y las normas técnicas e instructivos que emita la Secretaría.

**ARTICULO 54.**—Las transfusiones deberán efectuarse previa tipificación del receptor de los grupos ABO y RH<sup>o</sup> (D) y con la realización de las pruebas de compatibilidad respectivas.

La transfusión deberá llevarse a cabo por el personal médico y de enfermería que actúe bajo la supervisión del médico responsable y realizarse con sujeción a lo que señalen las normas técnicas que emita la Secretaría.

Las transfusiones de sangre solamente se realizarán con propósitos terapéuticos, de conformidad con las normas técnicas que expida la Secretaría. Se prohíbe la realización de transfusiones de sangre o de sus componentes al disponente de la misma sangre, salvo cuando se trate de necesidades terapéuticas y la transfusión se realice en un establecimiento hospitalario.

**ARTICULO 56.**—Para efectos de este Reglamento, además de los señalados en la fracción XVIII del artículo 6o. del mismo ordenamiento, serán considerados como productos del cuerpo humano las excretas y las células germinales.

Los productos de seres humanos, excepto las células germinales, podrán emplearse como materia prima con fines industriales, de conformidad con las disposiciones sanitarias que regulen el proceso de que se trate.

La disposición de células germinales se llevará a cabo de conformidad con lo que señalen las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría.

**ARTICULO 61.**—Tratándose de cadáveres de personas conocidas en los cuales el Ministerio Público o la autoridad judicial hayan ordenado la práctica de la necropsia, su utilización con fines de investigación o docencia se realizará de conformidad con lo dispuesto por este

Reglamento y las normas técnicas correspondientes; si la utilización es con fines de plante, se estará además a lo dispuesto por el artículo 325 de la Ley y se requerirá solicitud por escrito de la institución o banco de órganos y tejidos interesado, así como informar a la autoridad sanitaria.

**ARTICULO 90.**—

I.—

II.—Los bancos de órganos y tejidos, los de sangre y los de plasma;

III.—

IV.—Los establecimientos dedicados a la obtención, manejo y suministro de productos del cuerpo humano;

V y VI.—

**ARTICULO 92.**—

I.—Además de realizar actividades de atención médica, contar con la especialidad médica o quirúrgica correlativa a los trasplantes a realizar;

II a VI.—

VII.—Los demás que señale este Reglamento y las normas técnicas que emita la Secretaría.

**ARTICULO 93.**—Los bancos de órganos y tejidos, los de sangre y los de plasma, así como los servicios de transfusión mencionados en las fracciones II y III del artículo 90 de este Reglamento, deberán reunir los siguientes requisitos:

I a III.—

IV.—En el caso de los bancos de sangre y los de plasma, así como de los servicios de transfusión deberán contar con los servicios que se refiere el artículo 40 de este Reglamento, y

V.—Los demás que señale este Reglamento y las normas técnicas que expida la Secretaría.

**ARTICULO 94.**—

I.—Contar con un personal capacitado para el manejo y suministro de productos del cuerpo humano;

II a IV.—

V.—Los demás que señalen este Reglamento y las normas técnicas.

**ARTICULO 96.**—

I.—Que su uso sea exclusivo para el traslado de cadáveres o sus partes;

II y III.—

IV.—Los demás que señalen este Reglamento y las normas técnicas que emita la Secretaría.

**ARTICULO 100.**—

I.—Los responsables de los establecimientos e instituciones que realicen actos de disposición de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres;

II.—La internación, salida del territorio nacional, de órganos, tejidos, cadáveres y otros áridos de seres humanos;

- X.—Sangre y sus componentes;
- XI.—Plasma;
- XII y XIII.—

ARTICULO 31.

I.—Participar en la selección de disponentes originarios;

II a V.—

También podrán desarrollar las actividades de investigación científica y de docencia en lo relativo a sus funciones, así como actividades de adiestramiento de su personal.

ARTICULO 32.—Los bancos de órganos y tejidos deberán funcionar en coordinación con uno o varios establecimientos de salud de los sectores público, social o privado.

ARTICULO 33.—Los requisitos de servicios, organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los bancos de órganos y tejidos, serán fijados por la Secretaría mediante normas técnicas y por instructivos o circulares, los que serán publicados en la Gaceta Sanitaria.

ARTICULO 36.

I y II.—

III.—Llevar un registro de disponentes originarios de órganos y tejidos y de disponentes de sangre humana;

IV a VI.—

ARTICULO 39.—La sangre en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

ARTICULO 40.—Los bancos de sangre deberán contar con los siguientes servicios:

I a III.—

IV.—Obtención de la sangre;

V.—Fraccionamiento y conservación;

VI.—Aplicación de la sangre o de uno o varios de sus componentes;

VII.—Control administrativo y suministro,

y VIII.—Instalaciones sanitarias adecuadas.

Los bancos de plasma contarán exclusivamente con los servicios a que se refieren las fracciones III, V, VII y VIII de este artículo.

Los servicios de transfusión contarán con los servicios a que se refieren las fracciones II, III, V, VI, VII y VIII de este artículo.

ARTICULO 42.—El material para la obtención y conservación, así como para la aplicación de sangre o componentes y derivados de la misma deberá ser desechable y reunir las condiciones de control de calidad que establezca la Secretaría en las normas técnicas que expida.

ARTICULO 43.—Los bancos de sangre deberán contar con reactivos para la realización de los análisis siguientes:

I.—Dosificación de hemoglobina o hematocrito, o ambas;

II.—Identificación de grupos sanguíneos;

III.—Compatibilidad sanguínea;

IV.—Detección de sífilis;

V.—Detección de hepatitis transmisible por transfusión sanguínea;

VI.—Detección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de sus anticuerpos, y

VII.—Otros reactivos que determine la Secretaría en las normas técnicas que expida.

Los servicios de transfusión deberán contar con los reactivos a que se refieren las fracciones I, II, III y VII de este artículo.

ARTICULO 48.—El médico responsable de un Banco de Sangre, deberá realizar o supervisar las actividades siguientes:

I.—Contabilizar la sangre y componentes que se obtengan de la misma;

II.—Anotar las cantidades extraídas a cada disponente de sangre humana y las fechas de extracciones, en el libro de control autorizado por la Secretaría;

III.—Practicar a los disponentes de sangre humana un examen médico y los análisis de laboratorio siguientes:

A).—Grupo Sanguíneo ABO en eritrocitos y suero;

B).—Antígeno Rh<sup>o</sup> (D);

C).—Hemoglobina, hematocrito o ambas;

D).—Prueba para la detección de sífilis;

E).—Prueba para la detección de hepatitis transmisible por transfusión sanguínea;

F).—Dosificación de proteínas en caso de plasmaféresis, y

G).—Prueba para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de sus anticuerpos.

IV.—Comprobar que el disponente de sangre humana cumpla con las condiciones requeridas para que de él se obtenga sangre;

V.—Orientar a los disponentes de sangre humana respecto de la conveniencia de que las extracciones de sangre guarden un intervalo mínimo de 45 días;

VI.—Enviar informes periódicos de ingresos y egresos de sangre y de componentes de la misma, a la Secretaría, en los términos que fijan las normas técnicas correspondientes;

VII.—Dar aviso inmediato a la Secretaría cuando deje de ser responsable del establecimiento;

VIII.—Notificar en forma inmediata a la Secretaría la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o de anticuerpos contra éste, y

IX.—Denunciar ante la autoridad sanitaria cualquier acto de comercio de sangre.

Los médicos responsables de los bancos de plasma y de los servicios de transfusión deberán realizar y supervisar las actividades contenidas en las fracciones I, VI y VII.

ARTICULO 51.—Los establecimientos de atención médica que requieran de disponentes de sangre humana, deberán practicarles a es-

XXIV.—Tejido: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función. La sangre será considerada como tejido;

XXV.—Terapéutica: La rama de la medicina que establece los principios aplicables y los medicamentos o medios para el tratamiento de las enfermedades en forma racional, y

XXVI.—Transfusión: Procedimiento a través del cual se suministra sangre o cualquiera de sus componentes a un ser humano, solamente con fines terapéuticos.

ARTICULO 7o.—Será considerado destino final de órganos, tejidos, productos y cadáveres de seres humanos:

I a VII.—

VIII.—Los demás que tengan como fin la conservación permanente o desintegración en condiciones sanitarias, que autorice la Secretaría.

ARTICULO 9o.—En ningún caso se podrá disponer de órganos, tejidos, productos y cadáveres, en contra de la voluntad del disponente originario.

ARTICULO 12.—El disponente originario podrá en cualquier tiempo revocar el consentimiento que haya otorgado para fines de disposición de sus órganos, tejidos, productos o de su propio cadáver, sin que exista responsabilidad de su parte.

ARTICULO 14.—Los disponentes secundarios a que se refiere el artículo anterior, podrán otorgar su consentimiento para la disposición del cadáver, de órganos y tejidos, así como de productos del disponente originario, en los términos de la Ley y este Reglamento.

De conformidad con la propia ley, en los casos en que la autoridad competente ordene la necropsia no se requerirá de autorización o consentimiento alguno para la disposición de órganos y tejidos, debiéndose sujetar a las normas técnicas que se expidan.

ARTICULO 16.—Tratándose de trasplantes entre vivos, el disponente originario del que se tomen órganos y tejidos deberá:

I a V.—

Tratándose de trasplantes de médula ósea, la Secretaría podrá, en su caso, eximir al disponente originario del requisito a que se refiere la fracción I de este artículo. Al efecto deberán presentarse ante la Secretaría los estudios y diagnósticos terapéuticos que ésta determine y, cuando proceda, el consentimiento de los representantes legales del disponente, a quienes también se les deberá proporcionar la información a que se refiere la fracción IV de este artículo.

ARTICULO 19.—El ministerio público podrá autorizar la disposición de órganos, tejidos o productos de los cadáveres de personas conocidas o que hayan sido reclamados y que se encuentren a su disposición, de conformidad con las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría y siempre que no exista disposición en contrario, a título testamentario, del disponente originario y se cuente con anuencia de los disponentes secundarios a que se refieren las fracciones I y V del artículo 13 de este Reglamento.

Para llevar a cabo actos de disposición de órganos y tejidos en cualquiera de los supuestos contemplados en el párrafo que antecede para fines terapéuticos, se requiere previa solicitud por escrito que se haga de acuerdo a las disposiciones de este Reglamento y a las normas técnicas que expida la Secretaría.

ARTICULO 21.—La disposición de órganos y tejidos para fines terapéuticos será a título gratuito.

ARTICULO 23.—El trasplante de órgano único no regenerable, esencial para la conservación de la vida, sólo podrá hacerse obteniéndolo de un cadáver. Para efectos de este Reglamento, los ojos serán considerados como órgano único.

ARTICULO 27.—Cuando por causa de minoridad, incapacidad o imposibilidad física del receptor, éste no pueda expresar su voluntad para la realización del trasplante, la intervención podrá ser consentida por las personas a que se refiere la fracción I del artículo 13 de este Reglamento, o por los representantes legales de menores o incapaces, siempre y cuando hayan previamente recibido información completa sobre las probabilidades de éxito terapéutico.

En caso de urgencia para la realización del trasplante, el consentimiento podrá ser otorgado por la primera persona de las mencionadas en la fracción I del artículo 13 de este Reglamento que esté presente y, a falta de ello, por el Comité Interno de Trasplantes de la institución hospitalaria de que se trate.

ARTICULO 29.—La obtención, guarda, conservación, preparación y utilización de órganos, tejidos, sus componentes y productos de seres humanos vivos, o de cadáveres, para fines terapéuticos, de investigación científica o de docencia, sólo podrá hacerse en instituciones autorizadas para ello.

ARTICULO 30.—Los bancos de órganos, tejidos y sus componentes podrán ser de:

I.—Ojos;

II a VII.—

VIII.—Piel;

IX.—

**ARTICULO 4o.**—Corresponde a la Secretaría emitir las normas técnicas a que se sujetará, en todo el territorio nacional, la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos.

**ARTICULO 5o.**—La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, particularmente en lo que respecta a trasplantes, transfusiones y otros procedimientos terapéuticos.

**ARTICULO 6o.**—Para los efectos de este Reglamento, se entiende por:

I.—Aféresis: El procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa o con máquinas de flujo continuo o discontinuo;

II.—Banco de Organos y Tejidos: Todo establecimiento autorizado que tenga como finalidad primordial la obtención de órganos y tejidos para su preservación y suministro terapéutico;

III.—Banco de sangre: El establecimiento autorizado para obtener, recolectar, analizar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana; así como para analizar, conservar, aplicar y proveer los componentes de la misma;

IV.—Banco de Plasma: El establecimiento autorizado para fraccionar sangre obtenida de los Bancos de Sangre autorizados mediante el procedimiento de aféresis, y para la conservación del plasma que resulte;

V.—Cadáver: El cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida;

VI.—Componentes de la sangre: Las fracciones específicas obtenidas mediante el procedimiento de aféresis;

VII.—Concentrados celulares: Las células que se obtienen de la sangre dentro de su plazo de vigencia;

VIII.—Derivados de la sangre: Los productos obtenidos de la sangre mediante un proceso industrial, que tengan aplicación terapéutica, diagnóstica, preventiva o en investigación;

IX.—Destino final: La conservación permanente, inhumación o desintegración en condiciones sanitarias permitidas por la Ley y este Reglamento, de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los embriones y fetos;

X.—Donante: Quien autorice, de acuerdo con la Ley y este Reglamento, la disposi-

ción de órganos, tejidos, productos y cadáveres;

XI.—Disposición de órganos, tejidos y cadáveres y sus productos: El conjunto de actividades relativas a la obtención, preservación, preparación, utilización, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres, incluyendo los de embriones y fetos, con fines terapéuticos, de docencia o de investigación;

XII.—Donante de Sangre Humana: La persona que suministra gratuitamente su sangre en cualquiera de las siguientes formas:

A) A un paciente a solicitud del médico tratante o del establecimiento hospitalario, o

B) Atendiendo a un llamado general y sin tener en cuenta a qué persona pueda destinarse, o bien sea utilizada para la obtención de componentes y derivados de la sangre;

XIII.—Embrión: El producto de la concepción hasta la décimo tercera semana de gestación;

XIV.—Feto: el producto de la concepción a partir de la décimo tercera semana de gestación, hasta su expulsión del seno materno;

XV.—Obtención de Sangre: Actividades relativas a la extracción de sangre humana;

XVI.—Órgano: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico;

XVII.—Plasma Humano: El componente específico separado de las células de la sangre;

XVIII.—Producto: Todo tejido o sustancia excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados como productos, la placenta y los anexos de la piel;

XIX.—Puesto de Sangrado: Establecimiento móvil o fijo que cuenta con los elementos necesarios exclusivamente para extraer sangre de donantes de sangre humana y que funciona bajo la responsabilidad de un Banco de Sangre autorizado;

XX.—Receptor: La persona a quien se trasplantará o se le haya trasplantado un órgano o tejido o transfundido sangre o sus componentes mediante procedimientos terapéuticos;

XXI.—Sangre: El Tejido hemático con todos sus elementos;

XXII.—Sangre humana transfundible: El tejido hemático recolectado en recipientes con anticoagulantes, en condiciones que permitan su utilización durante el tiempo de vigencia, de acuerdo al anticoagulante usado;

XXIII.—Servicio de transfusión: El establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus componentes, obtenidos de un banco de sangre;

## SECRETARIA DE SALUD

**DECRETO** por el que se reforman los Artículos que se señalan del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, para quedar como se indica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Presidencia de la República.

**MIGUEL DE LA MADRID II.**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el Artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en lo que establecen los Artículos 321, 325, 332 y 333 de la Ley General de Salud, y

### CONSIDERANDO

Que el 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al artículo 4o. de la Constitución General de la República, creándose un párrafo tercero en el que se dispone que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", elevando de esta manera a la jerarquía Constitucional este derecho social;

Que el 26 de diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional, la cual se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, en la que se definen las modalidades para el acceso a los servicios de salud, la integración, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y se establece la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General;

Que la Ley General de Salud regula la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, entre otras materias, por lo que a fin de contar con los medios apropiados para hacer que se observen las disposiciones del Congreso en dicha materia, el Ejecutivo Federal a mi cargo tuvo a bien expedir el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985;

Que el 27 de mayo de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto de Reformas y Adiciones a la Ley General de Salud en el que, entre otros aspectos, se establece que la sangre sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente, suprimiéndose, al efecto, la posibilidad de obtener

sangre de proveedores autorizados, mismos que la proporcionaban mediante alguna contraprestación;

Que es de vital importancia reducir el riesgo de contraer enfermedades transmisibles de alta peligrosidad y de contar con mejores mecanismos de control sobre las personas que proporcionan su sangre;

Que el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad transmisible que exige, por su alta peligrosidad, ser combatida por todos los medios posibles. En este sentido se incorpora al Reglamento objeto de este Decreto la obligatoriedad de que se realicen las pruebas para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como de sus anticuerpos;

Que los trasplantes de órganos y tejidos constituyen un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de aquéllos;

Que por lo anteriormente expuesto se hace necesario actualizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos para que exista congruencia entre este ordenamiento y la Ley General de Salud, y

Que en ejercicio de la facultad que al Ejecutivo Federal confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para proveer, en la esfera administrativa, a la exacta observancia de la Ley, he tenido a bien expedir el siguiente

### DECRETO

**ARTICULO PRIMERO.**—Se reforman los Artículos 1o., 4o., 5o., 6o., 7o., 9o., 12, 14, 16, 19, 21, 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 39, 40, 42, 43, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 61, 90, 92, 93, 94, 96, 100, 102, 103, 104, 119, 123 y 124 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, para quedar como sigue:

**ARTICULO 1o.**—Este Reglamento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de investigación y de docencia. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

dirá las bases para la coordinación que las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial, de Agricultura y Recursos Hidráulicos, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, deberán observar, según las atribuciones que esta Ley, la Ley de Sanidad Fitopecuaria de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal de Protección al Ambiente y las demás leyes aplicables les confieran en materia de emisión de normas técnicas y de otorgamiento de autorizaciones, en sus modalidades de licencias, permisos y registros, relativos a la explotación, obtención, elaboración, fabricación, formulación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulación, transporte, distribución, aplicación, almacenamiento, comercialización, tenencia, uso, disposición final, importación y exportación de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.

México, D. F., a 25 de abril de 1987.—Sen. Myrna Esther Hoyos de Navarrete, Presidente.—Dip. Arnulfo J. Villaseñor S., Presidente.—Sen. Héctor Jarquín Hernández, Secretario.—Dip. Eliseo Rodríguez Ramírez, Secretario.—Rúbricas".

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiocho días del mes de abril de mil novecientos ochenta y siete.—Miguel de la Madrid H.—Rúbrica.—El Secretario de Gobernación, Manuel Bartlett D.—Rúbrica.

## SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA

EDICTO por el que se notifica a los ciudadanos Viridiana, José Luis y Rosalba Campos Naveja, y otros, que disponen de un plazo de treinta días hábiles para rendir pruebas y formular alegatos en relación de la fracción del predio La Mesa de los Mezcales, en el Municipio de Unión de Tula, Jal.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Secretaría de la Reforma Agraria.—Dirección General de Procuración Social Agraria.—Dirección de Investigación Agraria.—Ref.: XVI-210.

ASUNTO: Edicto por el que se notifica a los CC. Viridiana Campos Naveja, José Luis Campos Naveja, Rosalba Campos Naveja, Roberto Campos Naveja, J. Jesús Campos González, Alfonso Rodríguez Villagrán, y Juan E. Santana, que disponen de un plazo de treinta días hábiles, para rendir pruebas y formular alegatos.

La Secretaría de la Reforma Agraria, comisionó a los CC. Téc. Agric. Guadalupe Vázquez Barbosa, Inv. Efraín Camargo Marín, e Ing. Miguel Huesca Merlo, para que practicaran trabajos de investigación, con fundamento en el Artículo 210, Fracción III, de la Ley Federal de Reforma Agraria, quienes levantaron actas de inspección ocular, con fechas 11 de septiembre y 31 de mayo de 1980, en relación con las fracciones del predio "La Mesa de los Mezcales", denominadas: "La Purísima, Fracción Oriente", propiedad de Viridiana Campos Naveja; "La Mesita", propiedad de José Luis Campos Naveja; "El Alacate y Mesa de los Mezcales", propiedad de Rosalba Campos Naveja; y "La Purísima, Fracción Poniente", propiedad de Roberto Campos Naveja, ubicadas en el Municipio de Unión de Tula, Jal., para substanciar la acción agraria de Dotación de Ejidos, promovida por el

poblado "San Cayetano", del Municipio de Unión de Tula, Estado de Jalisco.

Habiéndose revisado las actuaciones del expediente, se encontraron indicios de que dichos inmuebles carecen de señalamientos efectivos que los individualicen y separen, por lo que forman una unidad topográfica, y quien concentra el provecho y acumula los beneficios provenientes de su explotación, es el C. J. Jesús Campos González, configurándose las hipótesis normativas previstas en el Artículo 210, Fracción III, incisos a) y b), de la Ley Federal de Reforma Agraria; los predios citados, están amparados con Certificados de Inafectabilidad Agrícola, expedidos a nombre de Alfonso Rodríguez Villagrán, y Juan E. Santana, sin traslados de dominio a favor de sus actuales propietarios.

En virtud de lo anterior, con fecha 4 de mayo de 1982, el C. Subsecretario de Asuntos Agrarios, aprobó el Acuerdo de iniciación del procedimiento de nulidad de fraccionamientos de propiedades afectables por actos de simulación, mismo que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 22 de julio mismo año, y en el Periódico Oficial del Estado de Jalisco, con fecha 24 de julio de 1982.

Asimismo, y con las personas antes señaladas, no fueron notificadas personalmente, por ignorarse sus domicilios o no radicar en el Municipio de Ayutla, Jal., según se desprende de las constancias de desavecindamiento expedidas por el C. Presidente Municipal de Ayutla, Jal., e 21 de julio de 1986; en consecuencia, y para no incurrir en violación a los Artículos 14 y 16 Constitucionales, por este conducto se les notifica que disponen de un plazo de treinta días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la publicación del último edicto, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 315 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoria-

tulo, recorriéndose la numeración de los Capítulos I, II y III del mismo Título, que pasan a ser, respectivamente, II integrado por los artículos del 185 al 187; III compuesto por los artículos del 188 al 190 y IV formado por los artículos del 191 al 193, para quedar como sigue:

### TÍTULO DECIMO PRIMERO

#### Programas Contra las Adicciones

##### CAPÍTULO I

#### Consejo Nacional Contra las Adicciones

ARTICULO 184 Bis.—Se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el presente Título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.

La organización y funcionamiento del Consejo se regirán por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal.

##### CAPÍTULO II

#### Programa Contra el Alcohólicismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas

##### CAPÍTULO III

#### Programa Contra el Tabaquismo

##### CAPÍTULO IV

#### Programa Contra la Farmacodependencia

ARTICULO TERCERO.—Se adicionan los artículos 396 Bis y 462 Bis a la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

ARTICULO 396 Bis.—Cuando la autoridad sanitaria detecte alguna publicidad que no reúna los requisitos exigidos por esta Ley y demás disposiciones generales aplicables en materia de salud, elaborará un informe detallado donde se exprese lo siguiente:

- I. El lugar, fecha y hora de la verificación;
- II. El medio de comunicación social que se haya verificado;
- III. El texto de la publicidad anómala de ser material escrito o bien su descripción, en cualquier otro caso, y
- IV. Las irregularidades sanitarias detectadas y las violaciones a esta Ley y demás disposiciones generales aplicables en materia de salud, en que se hubiere incurrido.

En el supuesto de que el medio de comunicación social verificado sea la prensa u otra publi-

cación, el informe de verificación deberá integrarse invariablemente con una copia de la parte relativa que contenga la publicidad anómala, donde se aprecie, además, del texto o mensaje publicitario, la denominación del periódico o publicación y su fecha.

ARTICULO 462 Bis.—Al responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permita alguno de los actos a que se refieren las fracciones I y II del artículo anterior o no procure impedirlos por los medios lícitos que tenga a su alcance, se le impondrá de tres a ocho años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además, suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más en caso de reincidencia.

ARTICULO CUARTO.—Se reforman los artículos 40., 70., 90., 10, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 28 al 31, 36, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 53, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 80, 81, 88, 90 al 94, 97, 99, 102, 104, 105, 106, 108, 109, 113, 114, 115, 117 al 120, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 135, 139, 140, 141, 143 al 147, 149, 155, 158, 160, 164, 165, 169, 175, 177, 180, 181, 182, 184, 185, 188, 190, 191, 192, 195, 196, 198, 200 al 204, 207, 210, 211, 212, 214, 222 al 230, 234, 236 al 244, 246, 248, 249, 251, 253, 254, 258, 259, 263, 264, 273, 279, 281, 283, 284, 286 al 292, 294 al 304, 306, 307, 310 al 313, 319, 323, 329, 330, 331, 334, 340, 343, 344, 346, 352, 354 al 359, 361, 365, 366, 369, 382, 392, 393, 403, 413, 446, 455, 456, 459, 460 y 461 de la Ley General de Salud, únicamente para sustituir las menciones que en ellos se hace a la "Secretaría de Salubridad y Asistencia" y "Secretario de Salubridad y Asistencia", por "Secretaría de Salud" y "Secretario de Salud", según corresponda.

##### TRANSITORIOS

PRIMERO.—Las presentes reformas y adiciones entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, a excepción de las relativas a los artículos 332 y 462 en su fracción II respecto de la sangre, exclusivamente, los cuales iniciarán su vigencia a los noventa días de la expresada publicación.

SEGUNDO.—Se concede un plazo de sesenta días contados a partir de que entren en vigor las presentes reformas y adiciones, para que los fabricantes de productos de tabaco incluyan en las etiquetas y envases en que se expenda o suministre ese producto, la leyenda a que se refiere el artículo 276 de la Ley General de Salud, reformado en los términos de este Decreto.

TERCERO.—Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto.

CUARTO.—El Poder Ejecutivo Federal expre-

llevará a cabo a través de las siguientes diligencias:

I. Visitas de inspección a cargo de inspectores designados por la autoridad sanitaria competente, y

II. Tratándose de publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley, a través de las visitas a que se refiere la fracción anterior o de informes de verificación que reúnan los requisitos señalados por el artículo siguiente.

ARTÍCULO 397.—Las autoridades sanitarias podrán encomendar a sus inspectores, además, actividades de orientación, educación y aplicación, en su caso, de las medidas de seguridad a que se refieren las fracciones VII y X del artículo 404 de esta Ley.

ARTÍCULO 402.—Se consideran medidas de seguridad las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, correspondieren.

ARTÍCULO 404.—  
I a XIII.  
Son de inmediata ejecución las medidas de seguridad señaladas en el presente artículo.

ARTÍCULO 414.—

Si el dictamen indicara que el bien asegurado no es nocivo pero carece de los requisitos esenciales establecidos en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, la autoridad sanitaria concederá al interesado un plazo hasta de treinta días para que tramite el cumplimiento de los requisitos omitidos. Si dentro de este plazo el interesado no realizara el trámite indicado o no gestionara la recuperación acreditando el cumplimiento de lo ordenado por la autoridad sanitaria, se entenderá que la materia del aseguramiento causa abandono y quedará a disposición de la autoridad sanitaria para su aprovechamiento lícito.

Si del dictamen resultara que el bien asegurado es nocivo, la autoridad sanitaria, dentro del plazo establecido en el anterior párrafo y previa la observancia de la garantía de audiencia, podrá determinar que el interesado y bajo la vigilancia de aquélla someta el bien asegurado a un tratamiento que haga posible su legal aprovechamiento, de ser posible, en cuyo caso y previo el dictamen de la autoridad sanitaria, el interesado podrá disponer de los bienes que haya sometido a tratamiento para destinarlos a los fines que la propia autoridad le señale.

Los productos percederos asegurados que se descompongan en poder de la autoridad sanitaria, así como los objetos, productos o sustancias que se encuentren en evidente estado de des-

composición, adulteración o contaminación que no los hagan aptos para su consumo, serán destruidos de inmediato por la autoridad sanitaria, la que levantará un acta circunstanciada de la destrucción.

Los productos percederos que no se reclamen por los interesados dentro de las veinticuatro horas de que hayan sido asegurados, quedarán a disposición de la autoridad sanitaria la que los entregará para su aprovechamiento, de preferencia, a instituciones de asistencia social públicas o privadas.

ARTÍCULO 430.—Las autoridades sanitarias, combase en los resultados de la inspección o el informe de verificación a que se refiere el artículo 396 Bis de esta Ley, podrán dictar las medidas para corregir las irregularidades que se hubieren encontrado, notificándolas al interesado y dándole un plazo adecuado para su realización.

ARTÍCULO 432.—Derivado de las irregularidades sanitarias que reporte un acta de inspección o el informe de verificación a que se refiere el artículo 396 Bis de esta Ley, la autoridad sanitaria competente citará al interesado personalmente o por correo certificado con acuse de recibo, para que dentro de un plazo no menor de cinco ni mayor de treinta días, comparezca a manifestar lo que a su derecho convenga y ofrezca las pruebas que estime procedentes, en relación con los hechos asentados en el acta de inspección o informe de verificación, según el caso. Tratándose del informe de verificación la autoridad sanitaria deberá acompañar al citatorio, invariablemente, copia de aquél.

ARTÍCULO 442.—En la tramitación del recurso sólo se admitirán las pruebas que se ofrezcan en los términos del artículo 444 de esta Ley, sin que en ningún caso sea admisible la confesional.

ARTÍCULO 445.—

Tratándose de actos o resoluciones provenientes de la Secretaría de Salud, su titular resolverá los recursos que se interpongan y al efecto podrá confirmar, modificar o revocar el acto o resolución que se haya combatido.

ARTÍCULO 462.—

I. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos, cadáveres o fetos de seres humanos, y

II. Al que comercie con órganos, tejidos incluyendo la sangre, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más, en caso de reincidencia.

ARTÍCULO SEGUNDO.—Se adicionan el Capítulo I del Título Décimo Primero de la Ley General de Salud y el artículo 184 Bis de ese Capi

sumo de bebidas alcohólicas, desaliente el consumo de tabaco especialmente en la niñez, la adolescencia y la juventud, así como advierta contra los daños a la salud que ocasionan el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo de tabaco.

Las disposiciones reglamentarias señalarán los requisitos a que se sujetará el otorgamiento de la dispensa a que se refiere el párrafo anterior.

ARTICULO 318.—.....

I. ....

II. ....

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente.

ARTICULO 321.—Los trasplantes de órganos o tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del disponente originario y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico. Al efecto la Secretaría de Salud tendrá a su cargo los Registros Nacionales de Trasplantes y de Transfusiones

ARTICULO 325.—Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos y tejidos de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el artículo 316 de esta Ley, excepto cuando esté legalmente indicada la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos y tejidos no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

Las disposiciones reglamentarias señalarán los requisitos a que se sujetará la obtención de órganos y tejidos en los casos a que se refiere este artículo.

ARTICULO 328.—Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario de que se trate.

ARTICULO 332.—La sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio.

ARTICULO 333.—Los órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y hemoderivados, no podrán internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud, aplicándose, en lo conducente, las disposiciones del Capítulo XIII del Título Décimo Segundo de esta Ley.

Los permisos para que la sangre y hemoderivados puedan salir del territorio nacional, se

concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de emergencia.

ARTICULO 351.—Los servicios de sanidad internacional se regirán por las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud, así como por los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTICULO 353.—Las actividades de sanidad internacional apoyarán a los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica y de regulación, control y fomento sanitarios.

ARTICULO 367.—Las embarcaciones y aeronaves procedentes del extranjero con destino al territorio nacional, así como las que partan del territorio nacional al extranjero, deberán estar provistas de la documentación sanitaria exigida por los tratados y convenciones internacionales a que se refiere el artículo 351 de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

ARTICULO 375.—.....

I. Los responsables de establecimientos en que se realice alguna o algunas de las operaciones del proceso de los productos comprendidos en el Título Décimo Segundo de esta Ley, en los casos en que así lo ordenen las disposiciones reglamentarias;

II a V .....

VI. La internación en el territorio nacional o la salida de él de órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y hemoderivados;

VII. ....

VIII. La importación de los productos y materias primas comprendidos en el título Décimo Segundo de esta Ley, en los casos que se establezcan en la misma y otras disposiciones aplicables y en los que determine la Secretaría de Salud;

IX. ....

X. ....

Los permisos a que se refiere este artículo sólo podrán ser expedidos por la Secretaría de Salud, con excepción de los casos previstos en las fracciones II y V en lo relativo al embalsamamiento

.....

ARTICULO 376.—.....

I. ....

II. ....

El registro a que se refiere la fracción I de este artículo sólo podrá ser otorgado por la Secretaría de Salud y será por tiempo indeterminado, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 378 de esta Ley.

ARTICULO 396.—La vigilancia sanitaria se

recer ya sea su estabilidad, conservación, apariencia o aceptabilidad.

**ARTICULO 216.**—La Secretaría de Salud, con base en la composición de los alimentos y bebidas, determinará los productos a los que puedan atribuirse propiedades nutritivas particulares, incluyendo los que se destinen a regímenes especiales de alimentación: Cuando la misma Secretaría les reconozca propiedades terapéuticas, se considerarán como medicamentos.

Los productos autorizados como alimentos o bebidas no podrán ser objeto de envases o presentación para venta o suministro al público, que induzca o sugiera que se trata de productos o substancias con características o propiedades terapéuticas.

**ARTICULO 220.**—En ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad.

**ARTICULO 235.**—

I. ....

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

III y IV. ....

V. Las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud, y

VI. ....

Los actos a que se refiere este artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos y requerirán autorización de la Secretaría de Salud.

**ARTICULO 247.**—

I. ....

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

III y IV. ....

V. Las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud, y

VI. ....

Los actos a que se refiere este artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos y requerirán, al igual que las substancias respectivas, autorización de la Secretaría de Salud.

**ARTICULO 260.**—En los supuestos a que se refiere el artículo 257 de esta Ley, el responsable deberá ser profesional con título registrado por las autoridades educativas competentes de: farmacéutico, homeópata, químico, químico farmacéutico biólogo, médico o equivalente. Para los casos que regula la fracción IV del señalado artículo 257, podrá aceptarse un químico industrial o profesional titulado cuya carrera se encuentre íntimamente relacionada con el área farmacéu-

tica. En el caso de la fracción IX el responsable podrá ser un médico veterinario zootecnista.

**ARTICULO 276.**—En las etiquetas de los empaques y envases en que se expenda o suministre tabaco, además de lo establecido en el artículo 210 de esta Ley, en lo conducente, deberá figurar en forma clara y visible la leyenda: "Este producto es nocivo para la salud", escrita con letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que se invoque o se haga referencia a alguna disposición legal.

Las disposiciones reglamentarias señalarán las demás leyendas de advertencia que deban figurar en la forma y términos señalados en el anterior párrafo, a fin de advertir a grupos determinados de la población como mujeres en estado de gestación, personas con afecciones cardíacas o respiratorias y otras, de los riesgos específicos que provoca el consumo de tabaco.

**ARTICULO 277.**—En ningún caso y de ninguna forma se podrá expender o suministrar tabaco a menores de edad.

**ARTICULO 278.**—

I. Plaguicida: Cualquier substancia o mezcla de substancias utilizadas para prevenir, destruir, repeler o mitigar cualquier forma de vida que sea nociva para la salud, los bienes del hombre o el ambiente, excepto la que exista sobre o dentro del ser humano y los protozoarios, virus, bacterias, hongos y otros microorganismos similares sobre o dentro de los animales;

II. ....

III. Substancias tóxicas: Las que por constituir un riesgo para la salud determine la Secretaría de Salud en las listas que, para efectos de control sanitario, publique en el Diario Oficial de la Federación.

**ARTICULO 280.**—Durante el proceso, uso o aplicación de los plaguicidas, fertilizantes y substancias tóxicas, se evitará el contacto y la proximidad de los mismos con alimentos y otros objetos cuyo empleo, una vez contaminados, represente riesgo para la salud humana.

**ARTICULO 308.**—

I a IV. ....

V. No podrá incluir, en imágenes o sonidos, la participación de niños o adolescentes ni dirigirse a ellos;

VI. ....

VII. En el mensaje no podrán participar personas menores de 25 años, y

VIII. En el mensaje deberán apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee, las leyendas a que se refieren los artículos 218 y 276 de esta Ley.

La Secretaría de Salud podrá dispensar el requisito previsto en la fracción VIII del presente artículo, cuando en el propio mensaje y en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración, se promueva la moderación en el con-

presten servicios de salud, los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, así como los establecimientos dedicados al proceso, uso, aplicación o disposición final de los productos a que se refiere el Título Décimo Segundo de esta Ley, llevarán las estadísticas que les señale la Secretaría de Salud y proporcionarán a ésta y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, la información correspondiente, sin perjuicio de las obligaciones de suministrar la información que les señalen otras disposiciones legales.

#### ARTICULO 111.—

I y II.

III Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

IV. Salud ocupacional, y

V. Fomento sanitario.

ARTICULO 132.—Para los efectos de esta ley se consideran bajo la denominación de establecimientos, los locales y sus instalaciones, dependencias y anexos, estén cubiertos o descubiertos, sean fijos o móviles, sean de producción, transformación, almacenamiento, distribución de bienes o prestación de servicios, en los que se desarrolle una actividad ocupacional.

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

I a IV.

V Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis.

En estos casos la Secretaría de Salud coordinará sus actividades con la de Agricultura y Recursos Hidráulicos:

VI a XI.

XII Toxoplasmosis;

XIII Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y

XIV Las demás que determinen el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTICULO 136.—Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifican:

I a IV.

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

ARTICULO 187.—En el marco del Sistema

Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

ARTICULO 194.—Compete a la Secretaría de Salud:

I. El control sanitario del proceso, importación y exportación de alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos de perfumería, belleza y aseo, labaco, así como de las materias primas y, en su caso, aditivos que intervengan en su elaboración;

II. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y

III. El control sanitario del proceso, uso, aplicación y disposición final de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, así como de las materias primas que intervengan en su elaboración.

ARTICULO 197.—Para los efectos de esta Ley, se entiende por proceso el conjunto de actividades relativas a la obtención, elaboración, fabricación, preparación, conservación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulación, transporte, distribución, almacenamiento y expendio o suministro al público de los productos a que se refiere el artículo 194 de esta Ley.

ARTICULO 199.—En base a las normas técnicas que expida la Secretaría de Salud, corresponde a los gobiernos de las entidades federativas expedir la autorización y ejercer la vigilancia y control sanitarios de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento.

ARTICULO 215.—

I y II.

III. Materia prima: Sustancia o producto, de cualquier origen, que se use en la elaboración de alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, y

IV. Aditivo: Cualquier sustancia permitida que, sin tener propiedades nutritivas, se incluya en la formulación de los productos y que actúe como estabilizante, conservador o modificador de sus características organolépticas, para favo-

carácter de institución fiduciaria en el Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento al Turismo, enajene a título gratuito en favor de las instituciones públicas federales, estatales o municipales según corresponda, las áreas destinadas a servicios públicos, vialidades y áreas verdes comprendidas en el Desarrollo Turístico materia del presente mandamiento.

**ARTICULO TERCERO.**—El precio de las enajenaciones que a título oneroso se realicen, con base en el presente, no podrá ser inferior al que para cada caso determine la Comisión de Avalúos de Bienes Nacionales en su dictamen respectivo.

**ARTICULO CUARTO.**—Las enajenaciones que se efectúen con base en el presente Acuerdo en favor de personas físicas de escasos recursos para satisfacer necesidades habitacionales de interés social, así como las donaciones en favor del Gobierno Federal, se sujetarán a las disposiciones del artículo 74 de la Ley General de Bienes Nacionales.

**ARTICULO QUINTO.**—El Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento al Turismo deberá preservar de ocupaciones irregulares las áreas de zona federal marítimo terrestre colindantes al Desarrollo, debiendo en su caso gestionar las concesiones, permisos o autorizaciones necesarias ante la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

**ARTICULO SEXTO.**—En caso de que las superficies y linderos de los lotes cuya enajenación se autoriza varíen posteriormente por

adecuaciones urbanísticas, el Fondo Nacional de Fomento al Turismo deberá obtener previamente la conformidad de las autoridades locales en materia de desarrollo urbano e informar a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología de dichas modificaciones.

**ARTICULO SEPTIMO.**—El Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento al Turismo, a través de Nacional Financiera, S.N.C., o bien su Comité Técnico y de Distribución de Fondos, deberá informar semestralmente a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología respecto de las operaciones que se efectúen con base en el presente ordenamiento.

**ARTICULO OCTAVO.**—Los gastos, honorarios, impuestos y derechos que se originen con motivo del traslado de propiedad que se autoriza, serán cubiertos según convenio entre las partes.

**ARTICULO NOVENO.**—La Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, en el ámbito de sus atribuciones, vigilará el estricto cumplimiento de este mandamiento.

**TRANSITORIO**

**UNICO.**—El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, a los diecisiete días del mes de octubre de 1966.—El Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología, Manuel Camacho Solís.—Rúbrica.

**SECRETARIA DE SALUD**

**DECRETO** por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.—Presidencia de la República.

**MIGUEL DE LA MADRID H.**, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Que el H. Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

**DECRETO**

"El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, Decreta:

**SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD**

**ARTICULO PRIMERO.**—Se reforman los artículos 6o., 67, 107, 111, 132, 134, 136, 187, 194, 197, 199, 215, 216, 220, 235, 247, 260, 276, 277, 278, 280, 308, 318, 321, 325, 328, 332, 333, 351, 353, 367, 375, 376, 396, 397, 402, 404, 414, 430, 432, 442, 445 y 462 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

**ARTICULO 6o.**—.....  
I a V. ....

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

**ARTICULO 67.**—La planificación familiar, principalmente la que se dirija a menores y adolescentes, tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad de la paciente o ejerzan presión para que ésta la admita, serán sancionados conforme al artículo 421 de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

**ARTICULO 107.**—Los establecimientos que

I.—De identificación de la unidad prestadora de servicios;

II.—Número y tipo de camas, quirófanos, salas de expulsión, laboratorios, gabinetes, consultorios y ambulancias;

III.—Número de profesionales, técnicos, auxiliares de la salud y personal administrativo, así como actividades tendientes al desarrollo y capacitación de recursos humanos;

IV.—Sobre origen y aplicación de los recursos financieros de la unidad, y

V.—Otros sobre capacidad instalada que señale la Secretaría de Salud.

Artículo 60.—Las estadísticas en materia de prestación de servicios se referirá a lo siguiente:

I.—Actividades de carácter preventivo en relación a:

- a) Planificación Familiar;
- b) Biológicos aplicados, y
- c) Educación para la salud

II.—Actividades de carácter curativo respecto a:

- a) Consulta general;
- b) Consulta de especialidades;
- c) Hospitalización;
- d) Exámenes de laboratorio y gabinete;
- e) Morbilidad y mortalidad atendidas;
- f) Rehabilitación, y

III.—Otros datos que determine la Secretaría de Salud para medir el alcance y la cobertura de los servicios de salud.

Artículo 70.—La información a que se refieren los artículos 50. y 60., de esta norma técnica será suministrada en las cédulas de infraestructura y de prestación de servicios que proporcione la Secretaría de Salud, a las cuales se acompañarán los instructivos de llenado correspondiente.

Artículo 80.—La información a que se refiere el artículo 50. de esta norma técnica deberá suministrarse anualmente a la Secretaría de Salud, comprendiendo el período de los meses de enero a diciembre y se entregará en el mes de enero del año siguiente al que corresponde la información.

Las cédulas correspondientes se distribuirán, a través de la unidad administrativa que al efecto se señale, en el mes de agosto del año a que deba corresponder la información.

Artículo 90.—La información a que se refiere el artículo 60. de esta norma técnica deberá suministrarse por semestres a la Secretaría de Salud. El primer semestre comprenderá los meses de enero a junio y el segundo los de julio a diciembre y se entregará dentro de los treinta días siguientes al término de cada semestre.

Las cédulas correspondientes se distribuirán, a través de la unidad administrativa que al efecto se señale, en los meses de marzo y octubre según se trate del primero o segundo semestre del año.

Artículo 10.—La información que se contenga en las cédulas respectivas será suministrada a la Secretaría de Salud por conducto de la unidad administrativa que les haya distribuido éstas.

Artículo 11.—La información adicional a la que se obtenga en las cédulas a que alude esta norma técnica y que se refiere a aspectos demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados con el proceso salud-enfermedad, se captará en los formatos que se apliquen, vía encuestas o estudios, que al efecto elabore la Secretaría de Salud conforme a las disposiciones aplicables.

#### TRANSITORIOS

UNICO.—Esta norma técnica entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, Distrito Federal, a los veintisiete días del mes de septiembre de mil novecientos ochenta y ocho.- El Director General de Información y Estadística, Juan Carlos Gómez Martínez.- Rúbrica.

—oOo—

FE de erratas al Decreto del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, publicado el 24 de agosto de 1988.

En la página 17, primera columna, renglón 15, dice:  
cación a la infraestructura de que disponga pa-  
Debe decir:  
ción relativa a la infraestructura de que disponga pa-

## SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA

SOLICITUD de expropiación de terrenos ejidales del poblado denominado Namiquipa, municipio del mismo nombre. Chih.

Al margen un logotipo, que dice: Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra. - Organismo Público Descentralizado.- Dirección General.- 100/193/88

Lic. Rafael Rodríguez Barrera  
Secretario de la Reforma Agraria  
Calzada de La Viga No. 1174  
Torre "B"  
Col. Apatlaco.

En el Poblado "NAMIQUIPA", Municipio de NAMIQUIPA, Estado de CHIHUAHUA, existe un asentamiento irregular de personas

- NOM-AA-30-1981 Análisis de agua - Demanda química de oxígeno - Método de reflujó del dicromato.
- NOM-AA-34-1981 Determinación de sólidos en agua - Método gravimétrico.
- NOM-AA-36-1980 Aguas - Determinación de acidez total y alcalinidad total - Método potenciométrico y volumétrico.
- NOM-AA-42-1981 Análisis de agua - Determinación del número más probable de coliformes totales y fecales - Método de tubos múltiples de fermentación.

#### TRANSITORIO

UNICO.—El presente acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 7 de octubre de mil novecientos ochenta y ocho.- El Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología.- Gabino Fraga Mouret.- Rúbrica.

—oOo—

**ACLARACION** al Decreto de desincorporación de los bienes del dominio público de la Federación, de una superficie de terrenos ganados al mar, publicado el 28 de agosto de 1987.

**CONSIDERANDO CUARTO** (pág. 50, segunda columna, renglón 16), dice: el cual tiene una superficie de 36,503.14 M<sup>2</sup>.

Debe decir: el cual tiene una superficie de 38,968.136 M<sup>2</sup>.

**CONSIDERANDO QUINTO** (página 50, segunda columna renglón 39), dice: denadas Y = 32,086.391, X = 32,636.731, conti-

Debe decir: denadas Y = 33,086.391, X = 32,636.731, conti-  
**CONSIDERANDO QUINTO** (página 51, segunda columna renglones 18 y 19), dice:

nuando con una distancia de 32.535 m. se localiza el punto de origen 18 con el cual termina el  
Debe decir: nuando con una distancia de 32.535 m. y un rumbo N 43°45'17" E se localiza el punto de origen 18 con el cual termina el

**CONSIDERANDO QUINTO** (página 51, segunda columna renglón 20), dice: polígono. Su área es de 36,503.14 m<sup>2</sup>

Debe decir: polígono. Su área es de 38,968.136 m<sup>2</sup>

## SECRETARIA DE SALUD

**NORMA Técnica número 312 que establece la periodicidad y términos en que debe suministrarse a la Secretaría de Salud la información que se indica.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

**NORMA TECNICA NUMERO 312 QUE ESTABLECE LA PERIODICIDAD Y TERMINOS EN QUE DEBE SUMINISTRARSE A LA SECRETARIA DE SALUD LA INFORMACION QUE SE INDICA.**

Esta norma técnica tiene como fundamento lo dispuesto por los artículos 3o. fracción X, 7o., fracciones V y X, 14, 104, 105, 106, 107, 138 y 109 de la Ley General de Salud y 21 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

#### CAPITULO I

##### DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1o.—Las disposiciones de esta norma técnica son de orden público e interés social y tienen por objeto establecer la periodicidad y términos en que deberá ser suministrada

la información que se indica, con la finalidad de elaborar la parte correspondiente a las estadísticas nacionales en salud que contribuyan a la consolidación del sistema nacional de información en salud.

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

Artículo 3o.—La Secretaría de Salud requerirá la información en los términos y con la periodicidad que establece esta norma técnica, a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios cuando proceda, y a las personas físicas y morales de los sectores social y privado.

#### CAPITULO II

##### TERMINOS Y PERIODICIDAD DE LA INFORMACION

Artículo 4o.—Los términos y periodicidad que fija esta norma técnica se refieren a información sobre infraestructura y sobre estadísticas en materia de prestación de servicios.

Artículo 5o.—La información sobre infraestructura se referirá a los siguientes datos:

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

La notificación o aviso se hará en los formatos aprobados por la Secretaría de Salud, independientemente de los utilizados por cada institución y de acuerdo a los procedimientos que establece la norma técnica No. 25 para la Información Epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1986.

Artículo 21.—Se consideran casos de infección por VIH para fines de notificación o aviso aquellos sujetos con infección confirmada de acuerdo al artículo 7 de esta norma técnica.

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

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

II.—Encefalopatía por VIH, o

III.—Síndrome de desgaste con prueba confirmatoria positiva.

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

I.—Estudio de los contactos sexuales a partir de 1980;

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

III.—Identificación de las personas con quienes hayan compartido el uso de agujas y jeringas a partir de 1980;

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

V.—En niños, investigación del estado serológico de la madre.

Artículo 24.—El manejo de los contactos se lleva a cabo realizando prueba de detección de anticuerpos para el VIH y se procede de acuerdo como se indica en el Capítulo III de esta norma técnica.

#### TRANSITORIOS

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

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

Nombre y firma del Titular de la Unidad Administrativa Responsable: Jaime Sépulveda A.—Rúbrica.

—oOo—

FE de erratas del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 23 de septiembre de 1988.

En la página 66, primera columna, renglón 15, dice:

ineficiencia Pública;

Debe decir:

ineficiencia Pública;

En la página 67, segunda columna, renglón 16, dice:

ción y control sanitarios que deba correspon-

Debe decir:

ción y control sanitarios que deban correspon-

En la página 68, segunda columna, renglón 59, dice:

Compras, de Obra Pública;

Debe decir:

Compras y de Obra Pública;

En la página 70, segunda columna, renglón 26, dice:

unidades administrativos competentes;

Debe decir:

unidades administrativas competentes;

— En la página 70, segunda columna, renglón 28, dice:

notificación, reorganización, fusión o desapa-

Debe decir:

modificación, reorganización, fusión o desapa-

— En la página 70, segunda columna, renglón 45, dice:

erogaciones presupuestales; en su caso de no

Debe decir:

erogaciones presupuestales; en caso de no

— En la página 72, primera columna, renglón 35, dice:

tarta en la materia;

Debe decir:

tarta en la materia;

— En la página 72, primera columna, renglón 40, dice:

te:

— Presencia de anticuerpos antivirales de Inmunodeficiencia Humana en el suero, demostrados por los procedimientos siguientes:

- Ensayo Inmunoenzimático (ELISA);
- Hemaglutinación pasiva, y
- Otras técnicas.

B.—Pruebas confirmatorias:

— Presencia de anticuerpos anti-VIH en el suero, demostrados por los procedimientos siguientes:

- Inmunoelctrotransferencia (prueba de Western Blot);
- Inmunofluorescencia, y
- Radioinmunoprecipitación.
- Determinación de antígenos o cultivo del virus.

Para el diagnóstico de infección aguda, infección asintomática y linfadenopatía generalizada persistente, es indispensable el resultado positivo de alguna de las pruebas confirmatorias.

Artículo 16.—El manejo del paciente con infección por VIH en sus diferentes variedades clínicas se lleva a cabo en el sujeto infectado comprobado y por personal capacitado y de la manera siguiente:

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

II.—Eduicándolo para que realice las acciones siguientes:

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

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

Respecto del sujeto infectado probable, el manejo se lleva a cabo informándolo de la necesidad de realizar su seguimiento clínico y de laboratorio.

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

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

I.—En caso de infección aguda y de linfadenopatía generalizada persistente, tratamiento sintomático y medidas higiénico dietéticas;

II.—En caso de SIDA con infecciones oportunistas:

- A.—Candidiasis bucofaringea; Ketoconazol o Nistatina, bucal;
- B.—Candidiasis generalizada o Criptococosis; Anfotericina B endovenosa,
- C.—Neumonía por *Pneumocystis carinii*; Trimetoprim con Sulfametoxazol endovenoso,
- D.—Criptosporidiasis; Espiramicina bucal,

E.—En otras infecciones oportunistas, los medicamentos que correspondan según el agente etiológico.

IV.—En caso de SIDA con Sarcoma de Kaposi y otras neoplasias, administrando quimioterapia por médico especialista.

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

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

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

— Identificación de equipo, material y ropa probablemente contaminados para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según el caso;

— Identificación de líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres potencialmente infectados;

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

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

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

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

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

I.—Excluir como donantes originarios a los individuos de los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH;

II.—Detectar la presencia de anticuerpos de VIH por pruebas de tamizaje en los donantes originarios;

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

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

### CAPITULO III

#### MEDIDAS DE CONTROL

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

I.—Detección y diagnóstico;

II.—Manejo y tratamiento;

III.—Notificación, y

IV.—Investigación y manejo de los contactos.

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

I.—Antecedentes de pertenecer a alguno de los grupos que se señalan en el artículo 5o. de esta norma técnica;

II.—Cuadros clínicos:

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

B.—Infección asintomática;

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

D.—Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

1.—Síndrome de desgaste (Fiebre, diarrea y pérdida de peso de más de un mes de duración);

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

3.—Encefalitis, mielopatía o neuropatía periférica;

III.—Estudios de Laboratorios

A.—Prueba de tamizaje:

**SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.**

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

A.—Con prácticas de alto riesgo:

I.—Homosexuales masculinos con varios compañeros sexuales;

II.—Bisexuales masculinos con varios compañeros sexuales;

III.—Heterosexuales con varios compañeros sexuales, y

IV.—Farmacodependientes que usan la vía endovenosa.

B.—De alto riesgo:

I.—Hemofílicos;

II.—Politransfundidos a partir del año de 1980;

III.—Compañeros sexuales de los individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere el inciso A y las fracciones I y II del inciso B de este artículo, y

IV.—Hijos, nacidos a partir del año de 1980, de individuos pertenecientes a cualquiera de los grupos a que se refiere este artículo.

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

I.—Infección aguda;

II.—Infección asintomática;

III.—Linfadenopatía generalizada persistente, y

IV.—Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

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

I.—Infectados probables: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas de tamizaje, y

II.—Infectados comprobados: quienes resulten seropositivos o seroconvertidos en pruebas confirmatorias.

## CAPITULO II MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

Artículo 9o.—Las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en la comunidad, son las siguientes:

I.—Información respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH;

II.—Información respecto a los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH, y

III.—Información a los acupunturistas, aplicadores de inyecciones, trabajadores de peluquerías, salones de belleza y pedicuro, tatuajistas y similares, sobre la necesidad de esterilizar los instrumentos punzo-cortantes que utilicen.

Artículo 10o.—Las medidas fundamentales que debe adoptar el personal de salud para la prevención de la infección en los grupos con probabilidades de adquirirla, son las siguientes:

I.—Informar sobre la conveniencia de:

—Evitar las relaciones sexuales con múltiples compañeros;

—Usar preservativo (condón);

—Evitar la donación de sangre, órganos y tejidos;

—Evitar el embarazo, y

—Practicarse pruebas de detección de anticuerpos para VIH.

II.—Informar sobre la sintomatología de la infección por VIH y en su caso, sobre la importancia de solicitar inmediatamente atención médica.

Artículo 11.—Las medidas fundamentales que se deben adoptar para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud que tenga contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados son las siguientes:

I.—Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, y

II.—Cumplir con las prescripciones siguientes:

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

vo de ejecución establecido en el Capítulo III del título V del Código Fiscal de la Federación para el caso de incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones de carácter fiscal derivadas de la presente concesión, sin perjuicio de las demás acciones que procedan.

**VIGESIMA CUARTA.**—Para cuestiones relacionadas con la presente, sólo en lo que no corresponda resolver administrativamente al Gobierno Federal a través de "La Secretaría", "La Concesionaria" se somete a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando al fuero que pudiere corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro, o cualquier otra causa. Para los efectos se obliga a informar por escrito a "La Secretaría" de cualquier cambio de domicilio durante la vigencia del presente, en el concepto de que, en caso de omisión, las notificaciones surtirán efectos mediante publicación por una sola vez en el Diario Oficial de la Federación.

**VIGESIMA QUINTA.**—"La Concesionaria" deberá tramitar a su costa la publicación de la presente concesión en el Diario Oficial de la Fe-

deración, debiendo remitir a "La Secretaría", copia que compruebe la realización de la misma en un plazo que no exceda de quince días.

**VIGESIMA SEXTA.**—Para todo lo no previsto regirán las disposiciones de la Ley de Navegación y Comercio Marítimos, Ley de Vías Generales de Comunicación, los Reglamentos correspondientes y los demás ordenamientos que se expidan sobre la materia.

**VIGESIMA SEPTIMA.**—El uso de esta Concesión en cualquier forma, implica la aceptación incondicional de sus términos por "La Concesionaria".

México, Distrito Federal, a los veintiséis del mes de octubre de mil novecientos ochenta y ocho.— El Secretario de Comunicaciones y Transportes, Daniel Díaz Díaz.— Rúbrica.— El Subsecretario de Operación, Gustavo Patiño Guerrero.— Rúbrica.— El Director General de Asuntos Jurídicos, Hugo Cruz Valdes.— Rúbrica.— El Director General de Puertos, Roberto Ríos Ferrer.— Rúbrica.— Por Marina de la Paz, S.A. de C.V., Xavier González Ortega.— Rúbrica.  
17 noviembre. (R.-4361).

## SECRETARIA DE SALUD

**NORMA técnica número 324 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

**NORMA TÉCNICA 324 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

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

### CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

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

**Artículo 4o.**—Para efectos de esta norma técnica se entenderá por:  
VIII: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**A N E X O 2**  
**ESTADÍSTICAS DE INCIDENCIA EN MÉXICO**  
**POR ESTADO**

**CUADRO 1**  
**Casos Nuevos de SIDA por Año de Notificación**  
**México, 1997**

Año	Casos Nuevos	Tasa por 100,000 habitantes	Relación de Casos Nuevos por Casos Totales	Tasa de Mortalidad por Casos Nuevos
1983	6	0,01	0:0	0,00
1984	6	0,01	0:0	0,00
1985	29	0,04	14:1	6,09
1986	246	0,31	30:1	3,03
1987	518	0,64	11:1	8,01
1988	905	1,09	6:1	13,00
1989	1605	1,90	6:1	15,00
1990	2587	3,10	5:1	16,00
1991	3155	3,71	5:1	15,00
1992	3210	3,70	6:1	15,00
1993	5058	5,72	6:1	14,00
1994	4111	4,56	6:1	13,00
1995	4310	4,69	7:1	12,00
1996	4216	4,52	7:1	12,00
<b>1983-1997*</b>	<b>31897</b>	<b>3,87</b>	<b>6:1</b>	<b>13,90</b>

\* Tasa por 100,000 de habitantes

FUENTE: 1980-1989, Proyección programática realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1990, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990/INEGI.

1991-1995, Proyecciones del Centro de Estudios en Población y Salud/SSA.

CUADRO 2  
Casos de SIDA por Curso de Edad y Sexo  
México, hasta el 1° de julio de 1997

Grupo Etario	No. de casos reportados en el curso de edad		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo		No. de casos reportados en el curso de edad y sexo	
	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1-4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-9	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10-14	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
15-19	5	3	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2
20-24	11	18	17	31	17	31	17	31	17	31	17	31	17	31	17	31	17	31
25-29	10	14	20	27	18	26	18	26	18	26	18	26	18	26	18	26	18	26
30-34	30	14	68	18	111	70	132	104	24	138	53	159	103	29	152	76	178	101
35-39	181	12	343	208	352	182	338	27	311	318	152	30	357	265	83	333	202	131
40-44	150	15	185	254	25	279	150	20	170	244	41	291	428	42	688	338	38	384
45-49	113	18	128	187	33	220	108	18	122	170	244	41	291	428	42	688	338	38
50-54	68	9	78	136	20	156	68	9	108	148	21	156	101	25	124	31	38	307
55-59	21	3	24	36	4	45	25	18	42	14	21	162	113	11	123	1811	70	307
60-64	11	0	11	21	3	24	9	0	45	38	6	45	80	12	82	80	8	98
65-69	12	0	12	14	11	20	9	0	18	1	17	15	40	24	5	29	400	19
70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	678	68	788	1387	1189	1247	1046	849	7443	1782	2208	563	4917	2202	1277	1277	1277	1277

1. Fuente: Sistema Nacional de Casos de SIDA.

**CUADRO 3**  
**Distribución de Casos de SIDA Notificados en el 2° Semestre de 1992, 1996**  
**y 1997 por Región Geográfica,**  
**México, hasta el 1° julio de 1997**

REGION CENTRO						
D.F.	182	347	135	9200	888	28,9
SUBTOTAL	182	347	135	9200	888	28,9
REGION CENTRO ORIENTE						
MEXICO	96	126	38	4192	349	13,2
PUEBLA	42	118	39	1794	433	5,8
VERACRUZ	18	47	175	1367	201	4,3
MORELOS	10	35	25	759	589	2,4
GUANAJUATO	10	7	8	423	118	1,3
HIDALGO	5	8	12	289	156	0,9
TLAXCALA	1	2	8	248	367	0,8
QUERETARO	3	0	10	178	182	0,6
SUBTOTAL	185	341	215	9250	295	29,1
REGION CENTRO OCCIDENTE						
JALISCO	39	263	68	3713	705	11,7
MICHOACAN	32	39	28	954	279	3,0
GUERRERO	23	58	31	945	363	3,0
NAYARIT	6	4	15	398	484	1,3
SINALOA	49	2	2	376	155	1,2
SAN LUIS POTOSI	7	6	6	297	145	0,9
DURANGO	4	2	9	181	129	0,6
ZACATECAS	8	2	1	178	141	0,6
AGUASCALIENTES	8	6	8	133	189	0,4
COLIMA	2	0	4	88	206	0,3
SUBTOTAL	178	382	170	7263	356	22,8
REGION NORTE						
BAJA CALIFORNIA	26	48	64	1165	627	3,7
NUEVO LEÓN	34	7	14	889	278	2,8
TAMAULIPAS	21	19	34	543	237	1,7
COAHUILA	28	24	7	500	258	1,6
SONORA	4	24	21	400	219	1,3
CHIHUAHUA	42	3	0	284	126	0,9
BAJA CALIFORNIA SUR	4	6	18	153	467	0,5
SUBTOTAL	159	131	168	3934	297	12,4
REGION SUR						
YUCATAN	11	39	6	607	457	1,9
OAXACA	52	21	29	537	201	1,7
CHIAPAS	0	3	16	328	128	1,0
TABASCO	11	25	1	197	149	0,6
QUINTANA ROO	6	0	0	140	338	0,4
CAMPECHE	5	3	1	103	168	0,3
SUBTOTAL	85	91	63	1912	216	6,0
SUBTOTAL	789	1292	831	31559	374	99,2
EXTRANJERO	7	7	6	248		0,8
TOTAL	796	1299	837	31807	377	100,0

\* TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

**CUADRO 4**  
**Casos de SIDA en Adultos por Categoría de Transmisión y Sexo**  
 México, hasta el 1° de julio de 1997

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 1° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 2° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 3° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 4° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1° DE JULIO DE 1997			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1° DE JULIO DE 1997		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL									
Perinatales	228	0	228	228	0	228	228	0	228	228	0	228	228	0	228	892	0	892
Transfusión	177	0	177	176	0	176	88	0	88	245	0	245	221	0	221	221	0	221
Sexo Oral y de la Transmisión Sexual	142	42	184	228	81	307	129	20	149	240	88	328	287	101	388	388	77	465
Intravenosa	89	88	177	89	81	170	48	21	69	89	81	170	178	88	266	266	88	354
Uso de Drogas	28	28	56	22	20	42	12	12	24	44	22	66	28	22	50	24	25	49
Uso de Drogas y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual	11	4	15	4	0	4	0	0	0	17	3	20	9	0	9	1	0	1
Uso de Drogas y Transmisión Sexual	3	0	3	0	0	0	1	0	1	7	0	7	7	0	7	1	0	1
Uso de Drogas y Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual	4	0	4	0	1	1	1	0	1	7	1	8	8	1	9	9	0	9
Uso de Drogas y Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
SUBTOTAL DE LA CATEGORÍA "TRANSMISIÓN SEXUAL"	48	42	90	88	21	109	14	28	42	78	79	157	88	28	116	88	27	115
Uso de Drogas y Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual y Sexo Oral y de la Transmisión Sexual	6	0	6	2	0	2	0	0	0	17	0	17	7	0	7	1	0	1
SUBTOTAL	928	88	1016	888	82	970	488	48	536	888	288	1176	1178	128	1306	1088	288	1376
No Documentados	73	5	78	423	71	494	271	45	316	107	12	119	728	117	845	880	114	994
TOTAL	1001	93	1094	1311	153	1464	759	93	852	1285	140	1425	1916	245	2161	1968	402	2370

**CUADRO 5**  
**Categoría de Transmisión en Casos de SIDA Pediátricos**  
 México, hasta el 1° de julio de 1997

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 1° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 2° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 3° TRIMESTRE DE 1997			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1° DE JULIO DE 1997												
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	1993			1994			1995			MASC.	FEM.	TOTAL	
Perinatales	7	0	13	4	5	9	2	3	5	12	12	24	7	7	14	8	13	19	207	31	183	238
Transfusión	1	3	4	4	0	4	2	1	3	3	5	8	8	0	8	4	2	6	88	23	81	74
Membrado	2	0	2	2	0	2	0	0	0	6	0	6	2	0	2	1	0	1	85	21	4	0
SUBTOTAL	3	3	6	6	0	6	2	1	3	6	6	14	6	0	6	6	2	7	182	43.5	81	24.1
Transmisión Sexual	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	8	2.2	0	0
Periconcepcionales	3	0	3	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	4	1.0	0	0
SUBTOTAL	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	0	1	12	3.2	0	0
SUBTOTAL	11	0	20	10	6	16	4	6	10	22	18	40	19	8	27	12	15	27	402	100.0	253	100.0
No Documentados	0	1	1	7	5	12	5	3	8	5	2	7	12	5	16	6	7	13	77.8	79.6	78.4	78.4
TOTAL	11	10	21	17	11	28	9	9	18	27	20	47	27	14	41	18	22	40	817	100.0	318	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

CUADRO 6  
Casos Acumulados de SIDA en Hombres por Categoría de Transmisión y Entidad Federativa.  
México, hasta el 1° de Julio de 1997

ENTIDAD	HOMOSEXUAL		BIBEDUAL		HETEROSEXUAL		TRANSMISIÓN		HEMOLÍCICO		OROSILLV.		DORALIA		EXP.OCUP.		HOMOSEXUALV.		PRIMARIA		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
AGS	32	26.4	30	24.8	30	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	20	18.3	0	0.0	121	100.0	
B.C.	240	23.6	170	18.8	125	12.4	4	3.2	2	0.2	37	3.7	4	0.4	0	0.0	27	1.2	12	1.2	381	26.7	
B.C.S.	44	31.4	36	26.7	23	18.4	3	2.1	1	0.7	3	2.1	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7	28	20.0	
CAMPICHE	22	25.8	18	22.1	18	22.1	7	2.3	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.2	21	24.4	
COAHUILA	155	34.0	128	27.8	78	18.7	7	1.5	13	2.9	3	0.7	0	0.0	0	0.0	3	0.7	1	0.2	172	15.8	
COLIMA	28	26.7	14	17.7	15	22.8	1	1.3	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	20.3	
CHAMPAS	55	20.7	47	17.7	118	43.8	11	4.1	2	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	34	12.8	
CHIHUAHUA	72	27.6	68	26.1	32	12.3	14	5.4	0	0.0	3	1.1	2	0.8	0	0.0	3	1.1	1	0.4	68	25.3	
C.F.	237	25.8	1258	15.4	1006	12.1	273	2.7	65	0.8	12	0.1	74	0.9	2	0.0	14	0.2	37	0.4	2831	34.3	
DURANGO	47	27.5	48	28.1	43	25.1	5	2.9	2	1.2	3	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.6	0	0.0	22	12.8	
GUANAJUATO	34	22.8	86	24.2	84	23.8	21	5.9	5	1.4	1	0.3	2	0.6	0	0.0	2	0.6	0	0.0	68	18.4	
GUERRERO	240	29.1	182	23.3	186	22.5	29	3.5	10	1.2	5	0.8	4	0.5	0	0.0	13	1.6	4	0.5	142	17.2	
HIDALGO	38	17.2	37	18.3	50	22.0	7	3.1	5	2.2	5	2.2	1	0.4	0	0.0	1	0.4	2	0.8	80	26.2	
JALISCO	835	21.5	498	18.0	451	15.3	179	6.1	40	1.4	28	0.9	42	1.4	0	0.0	41	1.4	35	1.2	1005	34.0	
MEXICO	227	20.8	468	13.4	537	15.3	131	3.7	44	1.3	13	0.4	81	2.3	0	0.0	7	0.2	38	1.0	1458	41.7	
MICHOCAN	211	25.3	195	23.8	272	32.8	35	4.2	10	1.2	8	1.1	5	0.4	0	0.0	10	1.2	5	0.6	77	8.3	
MORFIO:	138	23.4	138	23.8	145	25.0	28	5.0	4	0.7	3	0.5	17	2.8	0	0.0	6	1.0	7	1.2	88	18.8	
NAYARIT	86	24.0	83	24.1	85	24.7	19	4.8	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0	8	1.8	4	1.2	36	11.8	
QUEROTEON	313	31.5	214	25.7	113	13.5	15	1.8	10	1.2	4	0.5	7	0.2	0	0.0	11	1.3	3	0.4	148	17.8	
QUAACA	112	25.8	119	25.3	122	25.8	18	3.8	2	0.4	0	0.0	1	0.2	0	0.0	3	0.8	4	0.8	88	18.8	
QUEBLA	290	19.4	258	18.3	584	44.3	78	5.8	10	0.7	6	0.4	40	4.7	0	0.0	5	0.4	16	1.3	48	3.1	
QUERETARO	41	29.9	29	18.5	39	24.8	6	3.8	1	0.6	4	2.5	0	0.0	0	0.0	1	0.6	1	0.6	28	18.5	
QUERO	44	38.1	34	27.8	18	14.6	5	4.1	0	0.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.3	15	12.2	
SAN LUIS POTOSI	73	28.5	80	31.3	51	19.8	7	2.7	1	0.4	1	0.4	2	0.8	0	0.0	4	1.6	5	2.0	32	12.3	
SINALOA	85	26.7	88	30.8	60	18.9	15	4.7	3	0.8	6	1.9	1	0.3	0	0.0	3	0.8	1	0.3	48	14.3	
SONORA	91	27.4	84	23.5	52	14.5	18	4.5	3	0.8	16	4.5	0	0.0	0	0.0	18	5.3	0	0.0	70	19.9	
TABASCO	112	25.8	217	38	20.7	12	8.9	4	2.3	1	0.6	1	0.6	0	0.0	1	0.6	0	0.0	3	2.1		
TAMAUPLAS	112	22.9	81	18.9	84	17.5	11	2.3	3	0.6	5	1.0	1	0.2	0	0.0	3	0.6	2	0.4	171	26.9	
TLAXCALA	37	14.7	24	13.0	80	43.5	10	5.4	4	2.2	1	0.5	5	2.7	0	0.0	0	0.0	3	1.6	30	18.3	
VERACRUZ	298	24.4	245	20.0	227	18.0	71	1.7	5	0.4	2	0.2	4	0.3	1	0.1	3	0.2	10	0.8	408	33.2	
YUCATAN	238	42.8	184	33.5	50	9.1	16	5	0.8	2	0.4	1	0.2	0	0.0	4	0.7	5	0.8	4	0.6	54	9.8
ZACATECAS	33	29.6	27	13.8	46	28.8	7	4.4	0	0.0	3	2.2	1	0.6	0	0.0	2	1.3	1	0.6	4	2.7	
ZARAGOZA	58	24.3	41	17.8	41	17.8	8	3.5	0	0.0	5	1.9	1	0.4	0	0.0	7	3.0	1	0.4	70	30.4	
TOTAL	2427	22.1	3112	18.7	4851	17.9	987	3.8	258	0.8	188	0.7	318	1.2	4	0.0	303	0.7	2897	6.8	10778	27.8	

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Casos Acumulados de SIDA en Mujeres por Categorías de Transmisión y Entidad Federativa.

México, hasta el 1° de julio de 1997

ENTIDAD	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DROG. I.V.		DOM. REM.		EXP. OCUP.		HOMODROGLV.		PERINATAL		NO DOCUM.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No.	%
AGS	5	41.7	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	25.0	12	100.0
B C	52	33.5	35	22.6	5	3.2	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	12	7.7	50	32.3
B C S	6	46.2	2	15.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	36.5
CAMPECHE	6	35.3	4	23.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	41.2	17	100.0
COAHUILA	23	52.3	12	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.5	7	15.9
COLIMA	2	22.2	4	44.4	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	11.1
CHAPAS	24	38.7	16	25.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	6.1	17	27.4	62	100.0
CHIHUAHUA	8	34.8	9	39.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.3	5	21.7	23	100.0
D F	260	30.2	217	25.2	5	0.6	10	1.2	0	0.0	0	0.0	31	3.6	338	39.3	861	100.0
DURANGO	7	70.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	10	100.0
GUANAJUATO	31	46.3	16	23.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	7.5	15	22.4	67	100.0
GUERRERO	77	64.2	27	22.5	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.3	11	9.2	120	100.0
HIDALGO	25	40.3	10	16.1	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6	25	40.3	62	100.0
JALISCO	136	17.9	352	46.3	2	0.3	5	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	3.7	238	31.3
MEXICO	176	25.5	156	22.6	3	0.4	23	3.3	3	0.4	0	0.0	0	0.0	28	4.1	300	43.5
MICHOACAN	68	53.5	38	29.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	5.5	14	11.0	127	100.0
MORELOS	80	44.9	60	33.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	7.3	25	14.0	178	100.0
MAYARIT	20	29.9	34	50.7	0	0.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0	3	4.5	9	13.4	67	100.0
NUEVO LEON	31	56.4	10	19.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.5	11	20.0	55	100.0
OAXACA	29	43.9	16	24.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.5	18	27.3	66	100.0
PUEBLA	246	54.6	164	36.1	4	0.9	6	1.3	0	0.0	0	0.0	11	2.4	21	4.6	454	100.0
QUERETARO	7	33.3	6	26.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	38.1	21	100.0
Q ROO	7	38.9	3	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.6	7	36.9	18	100.0
SAN LUIS POTOSI	19	46.3	11	26.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.9	9	22.0	41	100.0
SINALOA	14	24.1	20	34.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	12.1	17	28.3	58	100.0
SONORA	20	47.6	9	21.4	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	28.6
TABASCO	14	60.9	4	17.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.3	4	17.4	23	100.0
TAMAULIPAS	30	48.4	7	11.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6	24	38.7	62	100.0
TLAXCALA	34	53.1	14	21.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	7.8	11	17.2	64	100.0
VERACRUZ	61	42.4	21	14.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	3.5	57	39.6	144	100.0
YUCATAN	29	50.9	9	15.6	1	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.3	15	26.3	57	100.0
ZACATECAS	3	15.8	9	47.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	6	31.6	19	100.0
EXTRANJERO	7	38.9	3	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	44.4
TOTAL	1559	35.3	1303	29.5	22	0.5	48	1.1	4	0.1	0	0.0	183	4.1	1300	29.4	4419	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

CUADRO 8  
Casos Acumulados de SIDA en Hombres por Grupo de Edad y Categoría de Transmisión  
México, hasta el 1° de julio de 1997

GRUPO ETARIO	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DOR. REN.		EXP. OCUP.		PERIBATAL		DROGAS		NO DOCUMENT.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1-4	1	0.7	0	0.0	2	1.4	38	10.0	7	4.9	0	0.0	0	0.0	48	12.8
5-9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	27.9	36	31.5	0	0.0	0	0.0	67	17.5
10-14	0	0.0	0	0.0	1	0.3	32	27.8	44	37.8	0	0.0	0	0.0	77	19.6
subtotal	1	0.7	0	0.0	2	1.4	69	60.2	87	76.2	0	0.0	0	0.0	158	40.3
15-19	132	32.4	63	15.8	88	16.7	34	8.9	38	8.8	4	1.0	0	0.0	213	54.2
20-24	880	51.7	613	18.1	881	16.7	80	3.4	35	1.1	27	1.0	23	0.8	1458	36.3
25-29	1742	31.1	1082	19.3	875	17.4	154	2.8	32	0.8	86	1.0	86	1.2	2983	74.8
30-34	1706	29.8	1048	18.1	1022	17.8	130	2.7	24	0.4	53	0.9	76	1.3	2990	74.8
35-39	1180	27.1	625	18.1	776	18.1	108	2.8	15	0.4	22	0.5	86	1.8	2131	53.5
40-44	733	26.8	886	20.0	823	18.5	86	3.5	14	0.5	9	0.3	29	1.0	1751	43.7
45-49	423	22.1	387	30.4	388	18.1	81	4.2	3	0.2	2	0.1	23	1.2	819	20.4
50-54	284	21.3	230	30.1	241	19.4	36	4.4	8	0.5	5	0.4	18	1.5	586	14.7
55-59	150	18.7	136	18.8	167	30.9	47	5.9	3	0.2	7	0.2	6	0.7	354	8.8
60-64	78	18.7	66	12.2	100	22.9	28	8.2	1	0.2	2	0.4	2	0.4	177	4.4
65 - MAS	30	12.8	30	12.8	31	20.3	38	10.0	7	2.5	7	0.5	1	0.3	113	2.8
subtotal	7384	57.6	6824	19.1	6829	12.9	688	9.6	129	0.7	314	3.8	8	0.3	12737	32.0
DESC	134	28.2	78	15.2	82	16.0	1	2.1	8	1.2	7	0.8	2	0.4	200	5.0
TOTAL	9827	27.4	8112	23.7	8911	17.8	897	8.6	200	0.9	638	0.7	319	1.2	13039	32.8

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

CUADRO 9  
Casos Acumulados de SIDA en Mujeres por Grupo de Edad y Categoría de Transmisión  
México, hasta el 1° de julio de 1997

GRUPO ETARIO	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DOR. REN.		EXP. OCUP.		PERIBATAL		DROGAS		NO DOCUMENT.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<1	2	1.9	3	2.9	0	0.0	0	0.0	85	81.0	0	0.0	15	14.3	105	100.0
1-4	1	0.9	18	16.4	0	0.0	0	0.0	76	69.1	0	0.0	15	13.8	110	100.0
5-9	4	8.2	19	29.2	0	0.0	0	0.0	19	29.2	0	0.0	23	35.4	65	100.0
10-14	2	5.3	21	55.3	0	0.0	0	0.0	3	7.9	0	0.0	12	31.8	38	100.0
subtotal	9	8.8	61	19.2	0	0.0	0	0.0	183	87.8	0	0.0	65	26.4	318	100.0
15-19	58	49.2	26	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.4	30	25.4	118	100.0
20-24	246	48.0	119	23.2	5	1.0	0	0.0	0	0.0	3	0.6	140	27.3	513	100.0
25-29	315	43.6	190	26.3	5	0.7	2	0.3	0	0.0	5	0.7	206	28.5	723	100.0
30-34	324	40.4	236	29.5	14	1.7	0	0.0	0	0.0	5	0.6	222	27.7	801	100.0
35-39	214	34.1	214	34.1	12	1.9	1	0.2	0	0.0	4	0.6	183	29.1	628	100.0
40-44	126	28.6	168	37.8	3	0.7	1	0.2	0	0.0	0	0.0	145	32.6	445	100.0
45-49	84	27.4	108	35.2	6	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	109	35.5	307	100.0
50-54	63	29.6	73	34.3	2	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	75	35.2	213	100.0
55-59	51	42.1	38	31.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32	26.4	121	100.0
60-64	23	32.4	27	38.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21	29.6	71	100.0
65 - MAS	17	22.1	31	40.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	37.7	77	100.0
subtotal	1623	37.9	1230	30.8	47	1.2	4	0.1	8	0.8	21	0.8	1192	29.7	4017	100.0
DESC	27	32.1	12	14.3	1	1.2	0	0.0	0	0.0	1	1.2	43	51.2	84	100.0
TOTAL	1890	35.3	1353	29.8	48	1.1	4	0.1	183	4.1	22	0.8	1300	29.4	4419	100.0

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

**A N E X O 3**  
**DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE S.I.D.A.**  
**VIGENTE EN COLOMBIA**

## DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE EL SIDA

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO NUMERO 559  
Del 22 de febrero de 1991

Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

El Presidente de la República de Colombia

En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 120, numeral 3o. de la Constitución Política, y el artículo 1o. del Decreto 1050 de 1968,

### CONSIDERANDO:

Que de conformidad con la Ley 09 de 1979, la salud es un bien de interés público.

Que de acuerdo con la Ley 10 de 1990, la prestación de los servicios de salud en todos los niveles es un servicio público a cargo de la nación, el cual es administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas.

Que el artículo 1o. de la Ley 10 de 1990 faculta al Estado para que dentro de los términos del artículo 32 de la Constitución Política intervenga en el servicio público de salud, a fin de determinar los derechos y deberes de los habitantes del territorio en relación con el servicio público de salud.

Que corresponde a la Dirección Nacional del Sistema de Salud dictar las normas científicas y técnicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades e instituciones del Sistema de Salud, al igual que reglamentar la atención en casos de enfermedades transmisibles y los procedimientos para su prevención y control.

Que teniendo en cuenta que ha surgido una nueva enfermedad transmisible de carácter mor-

tal, causada por el virus denominado de Inmunodeficiencia Humana (HIV), para la cual no existe en la actualidad tratamiento curativo ni se ha desarrollado vacuna alguna y que, por su particular forma de transmisión, constituye una grave amenaza para la salud pública, se hacen necesarias las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Que por su carácter de enfermedad infecciosa, transmisible y mortal, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), suscitan en la sociedad un problema de múltiples facetas que afecta, entre otras, instituciones como la medicina, la familia, el trabajo y la ética.

Que es necesario establecer el punto de equilibrio entre los derechos y deberes de las personas sanas como infectadas, asintomáticas o enfermas, entre los individuos y las instituciones, entre los trabajadores y los empleadores, y entre el bienestar público y el individual.

Que por lo anteriormente expuesto se hace necesario expedir una reglamentación que regule las conductas y acciones que las personas naturales y jurídicas, así como las instituciones públicas y privadas deben seguir para la prevención y control de la epidemia por el HIV, al igual que señale los procedimientos para propender por la eficacia de las mismas.

## DECRETA:

### CAPITULO I DEL CAMPO DE APLICACION, DE LAS DISPOSICIONES GENERALES Y DE LAS DEFINICIONES

**Artículo 1o.** Las disposiciones contempladas en el presente Decreto se aplicarán a todas las personas sanas o enfermas, así como a las instituciones públicas y privadas, que de alguna manera, estén vinculadas o deban vincularse a la prevención y demás acciones relacionadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

**Artículo 2o.** Para los efectos del presente Decreto adoptanse las siguientes definiciones:

**Aislamiento:** Medida preventiva o de seguridad mediante la cual una persona enferma es sometida a controles especiales destinados a evi-

tar el agravamiento de su estado o a que pueda llegar a afectar la salud de las demás.

**Asintomático:** Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) quien no presenta síntomas ni signos de enfermedad.

**Atención Integral:** Conjunto de servicios preventivo-asistenciales que se prestan a una persona para satisfacer las necesidades que su condición de salud requiera.

**Autocuidado:** Observancia del conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, destinadas a prevenir la infección por HIV en un individuo o comunidad, o a mantener conductas apropiadas en personas ya infectadas con miras a la disminución del impacto de la misma.

**Caso de SIDA:** Cada una de las personas infectadas por HIV quien presente signos y síntomas asociados directamente con dicha infección.

**Conductas de riesgo:** Comportamiento del individuo quien por la inobservancia del autocuidado incrementa sus posibilidades de infectarse con el HIV.

**Confidencialidad:** Entiendase por confidencialidad la reserva que deben mantener todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud con respecto al estado de salud de un individuo, cuando lo conozcan por razón de sospecha de la infección por HIV, estudio o atención de la enfermedad.

**Consejera:** Conjunto de actividades llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación y asesoría a los pacientes, su familia y comunidad, en lo relacionado con la infección por el HIV y el SIDA. Basada en el riesgo pretende identificar y atender aquellos comportamientos que constituyan factores que afectan las actitudes de las personas y grupos mencionados o representen un riesgo potencial para los demás.

**Contagio:** Transmisión de la infección por HIV a un individuo susceptible, mediante contacto directo o indirecto.

**Contaminación:** Es la presencia del HIV en personas, objetos o productos.

**Discriminación:** Actitudes o prácticas mediante las cuales se afecta el desarrollo de las actividades normales de una persona o grupo de personas dentro de su contexto social, familiar, laboral o asistencial, o se les rechaza o excluye, por la sospecha o confirmación de estar infectadas por HIV.

**Equipo de salud:** Grupo interdisciplinario de trabajadores de la salud, cuyas actividades están orientadas a la prevención, atención, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud del individuo y la comunidad.

**Infección por el HIV:** Es la replicación del HIV en un individuo, con la consiguiente respuesta inmune.

**Infectado:** Individuo con prueba serológica positiva específica para HIV.

**Inmunodeficiencia:** Falla del sistema inmunológico de un individuo para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas.

**Material biológico:** Todo tejido o secreción de origen humano o animal susceptible de contaminarse o causar contaminación.

**Medidas universales de bioseguridad:** Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o contaminación causado por agentes físicos, químicos o biológicos.

**Prevención:** Adopción de medidas adecuadas tendientes a evitar los riesgos de daño, contaminación o contagio.

**Prueba diagnóstica presuntiva:** Examen serológico que indica posible infección por el HIV en un individuo, y cuyo resultado, en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de laboratorio.

**Prueba diagnóstica confirmatoria:** Examen serológico de alta especificidad que comprueba la infección por el HIV.

**Prueba diagnóstica aceptada:** Examen serológico aprobado y autorizado por el Instituto Nacional de Salud con base en estudios de sensibilidad, especificidad, reproducibilidad y concordancia, para su utilización con fines diagnósticos, de tamizaje o de investigación.

**Prueba diagnóstica indiscriminada:** Es el examen serológico practicado a un individuo, grupo o comunidad, sin tener en cuenta criterios de orden clínico o epidemiológico.

**Seropositivo:** Individuo con prueba diagnóstica confirmatoria positiva para infección por HIV.

**Sexo seguro:** Conjunto de precauciones que un individuo adopta en relación con su sexualidad para prevenir el riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual y en especial la causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** Conjunto de síntomas y signos generados

por el compromiso del sistema inmunitario de un individuo como consecuencia de la infección por el HIV.

**Transmisibilidad:** Proceso por el cual el agente etiológico de una enfermedad puede pasar de un individuo infectado a uno susceptible, a través de un vehículo.

## CAPITULO II DEL DIAGNOSTICO Y LA ATENCION INTEGRAL

**Artículo 3o.** El diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un acto propio del ejercicio de la medicina.

**Artículo 4o.** Es procedente practicar pruebas de apoyo para el diagnóstico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), en los siguientes casos:

a) En presencia de antecedentes epidemiológicos al respecto, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Capítulo V de este Decreto.

b) Cuando exista sospecha clínica de infección por HIV.

c) Para los fines preventivos que el Comité Ejecutivo Nacional de Lucha contra el SIDA señale.

d) Por petición del interesado.

**Artículo 5o.** Las pruebas presuntiva y confirmatoria de infección por el HIV, se realizarán en laboratorios oficiales y privados que cumplan los requisitos y las normas de calidad establecidos por la Red Nacional de Laboratorios.

**Artículo 6o.** El resultado de la prueba para diagnóstico de infección por HIV deberá ser entregado al paciente por el médico tratante o, por delegación de este, a través de un profesional de la salud debidamente entrenado en consejería.

**Artículo 7o.** Para todos los fines legales considerase que una persona infectada por HIV, mientras permanezca asintomática, no tiene la condición de enfermo. Cuando sea del caso, esta situación deberá ser probada mediante dictamen médico especializado.

**Artículo 8o.** Ningún trabajador de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la

atención que requiera un infectado por el HIV o un enfermo de SIDA, según asignación de responsabilidades por niveles de atención so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales que regulen el ejercicio de las profesiones y las prescripciones del presente Decreto.

**Artículo 9o.** Las instituciones de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continua al equipo de salud que forme parte de su planta de personal y al nivel subsiguiente inmediatamente inferior, con el fin de mantener conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos, y poder garantizar una motivación suficiente para el manejo adecuado de la patología a que se refiere el presente Decreto.

**Artículo 10.** La atención a los infectados por el HIV y los enfermos de SIDA, de acuerdo con el criterio médico y con sujeción a las normas técnico-administrativas expedidas por el Ministerio de Salud, será de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario.

**Parágrafo.** La familia y la comunidad participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas infectadas por HIV asintomáticas y cuando sea posible en la recuperación de personas enfermas de SIDA, así como en el proceso de bien morir de personas en estado terminal.

### CAPITULO III DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO

**Artículo 11.** La prevención en su mas amplia acepción constituye la medida mas importante para el control de la infección por el HIV; por tanto, las acciones que en relacion al SIDA su tomen deben propender prioritariamente a ella.

**Artículo 12.** La prevención en la lucha contra el SIDA deberá ser impulsada por todas las instancias, organizaciones, instituciones y sectores de la Nación, de carácter público y privado.

**Artículo 13.** El Ministerio de Comunicaciones adoptará los mecanismos necesarios para que a través del Instituto Nacional de Radio y Televisión, la Radiodifusora Nacional y demás medios masivos de comunicación se emitan mensajes de

orientación a la comunidad para prevenir la infección por el HIV y el SIDA.

**Artículo 14.** Los miembros de la comunidad tienen el deber de velar, mediante el autocuidado, por la conservación de su salud a fin de evitar la infección por el HIV; a su vez, el de concurrir a la protección de las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención.

**Artículo 15.** El Ministerio de Salud, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados, expedirá las Normas para la prevención primaria, secundaria y terciaria, de la infección por el HIV y el SIDA.

**Artículo 16.** El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud, a través de los planteles educativos, impartirá educación sexual, acorde con el respectivo nivel y con énfasis en actitudes responsables, a niños de preescolar y estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de los docentes de las diferentes áreas.

**Artículo 17.** Para los fines del presente Decreto, el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, a través de los establecimientos educativos, impartirá información sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención, a estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de docentes.

**Artículo 18.** El Ministerio de Salud en coordinación con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) desarrollara acciones tendientes a la formación de multiplicadores de información y educación sobre los diferentes aspectos de la prevención, en la comunidad, especialmente en los grupos específicos con comportamientos de riesgo.

**Artículo 19.** De conformidad con la Ley 09 de 1979 y el Decreto 1562 de 1984, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector, están obligadas a notificar los casos de enfermos de SIDA y los de infectados por el HIV, so pena de ser sancionados de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de

medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El procedimiento de notificación deberá garantizar la confidencialidad.

**Artículo 20.** La notificación de los infectados por el HIV y de los casos de SIDA, deberá hacerse conjeción a las disposiciones contempladas en el presente Decreto y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida el Ministerio de Salud.

**Artículo 21.** La información epidemiológica en relación con la infección por el HIV es de carácter confidencial. El secreto profesional no podrá invocarse como impedimento para suministrar dicha información en los casos previstos en las disposiciones legales y reglamentarias.

**Artículo 22.** La exigencia de pruebas serológicas para determinar la infección por el HIV, queda prohibida como requisito obligatorio en las siguientes circunstancias: a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos o sociales. b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma.

La contravención a esta norma acarrea las sanciones previstas en el presente Decreto.

**Artículo 23.** Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), so pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

**Artículo 24.** Las instituciones de salud asistenciales, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), deberán acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud.

**Artículo 25.** Las instituciones de salud y demás que manipulen material biológico de origen humano, facilitarán a sus trabajadores los medios y elementos oficialmente recomendados para asegurar las medidas de bioseguridad.

**Artículo 26.** Los bancos de sangre y hemoderivados deberán realizar a las unidades de sangre conadas, las pruebas serológicas específicas para detección de la infección por el HIV, so pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

**Artículo 27.** Considérase el uso del condón como una medida de carácter preventivo de la infección por HIV. En consecuencia, las droguerías y supermercados o similares, así como los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones.

**Artículo 28.** Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado sobre su estado de salud cuando lo considere conveniente, considérase la carnetización o certificación obligatoria al respecto, como una medida inequívoca y discriminatoria. En consecuencia, prohibase la exigencia de carnés o certificados con referencia a Enfermedades de Transmisión Sexual, incluida la infección por HIV.

#### CAPITULO IV DE LA INVESTIGACION

**Artículo 29.** En desarrollo del artículo 54 de la Ley 23 de 1981, la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada en casos de SIDA, mientras no existan disposiciones legales específicas sobre la materia, se sujetara a la Declaración de Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial.

**Artículo 30.** El Ministerio de Salud a través de sus organismos o comisiones especializadas estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el HIV y el SIDA.

#### CAPITULO V DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES

**Artículo 31.** Las personas y entidades de carácter público y privado que prestan servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las

personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y a los enfermos de SIDA, o con posibilidades de estarlo, de acuerdo con el nivel de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción al presente Decreto y a las normas técnico-administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud.

**Artículo 32.** Los integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad.

De igual manera, se observará tal disposición con personas con conducta sexual de riesgo cuyo estado no sea seropositivo.

**Artículo 33.** Por razones de carácter sanitario, cuando la persona tenga la condición de infectado asintomático, el médico tratante, en los casos en que considere la existencia de peligro inminente de contagio, podrá informar de su estado de salud al cónyuge, compañero permanente o pareja sexual permanente, para su respectivo estudio diagnóstico, previo consentimiento informado de estos. Así mismo, cuando el médico lo considere pertinente le informará a las personas que estén expuestas al riesgo, para que asuman las medidas de protección correspondientes.

**Artículo 34.** En cumplimiento del artículo 18 de la Ley 23 de 1981, cuando la condición del paciente infectado por el HIV sea grave por cualquier causa, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados.

**Artículo 35.** Los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o su relación de riesgo con respecto al mismo.

**Artículo 36.** Las personas infectadas por el HIV o que hayan desarrollado el SIDA y conozcan tal situación, con el objeto de contribuir a evitar la propagación de la epidemia, deberán informar dicha situación a su médico tratante o al equipo de salud ante el cual soliciten algún servicio asistencial.

**Artículo 37.** La práctica de pruebas serológicas para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) en encuestas a grupos con comportamientos de riesgo o población en general, sólo podrá efectuarse previo consentimiento del encuestado o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine y nunca con fines discriminatorios.

**Artículo 38.** Las personas privadas de libertad no podrán ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), salvo para fines probatorios en un proceso judicial o por orden de autoridad sanitaria competente.

**Artículo 39.** A las personas infectadas y a los hijos de madres o padres infectados, estén infectados o no por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), no podrá negárseles, por tal causa, su ingreso y permanencia a los centros educativos, públicos o privados, ni serán discriminados por ningún motivo.

## CAPITULO VI DE LOS MECANISMOS DE ORGANIZACION Y COORDINACION

**Artículo 40.** Para efectos de darle una estructura organizativa al Programa de Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se establecen instancias y mecanismos de coordinación, los cuales se enuncian en los artículos siguientes.

**Artículo 41.** Créase con carácter permanente el Consejo Nacional de SIDA.

**Parágrafo:** El Consejo a que se refiere este artículo estará adscrito al Despacho del Ministro de Salud.

**Artículo 42.** El Consejo Nacional de SIDA tendrá por objeto promover y respaldar las acciones que se llevan a cabo en el país para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y asesorar al Ministerio de Salud en la toma de decisiones sobre la materia.

**Artículo 43.** El Consejo Nacional de SIDA estará integrado de la siguiente manera:

- El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá;

El Ministro de Educación o su delegado;

El Ministro de Trabajo o su delegado;

- El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o su delegado;

- El Director del Instituto Nacional de Salud;

- El representante de la OPS/OMS para Colombia;

- Dos representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, constituidas legalmente, seleccionados por el Ministro de Salud.

- El coordinador del Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y el SIDA, quien será el Secretario Ejecutivo.

**Parágrafo.** El Consejo podrá invitar a sus reuniones, cuando así lo estime necesario, a representantes de otras entidades de los sectores público y privado, o a consultores especiales.

**Artículo 44.** Son funciones del Consejo Nacional SIDA las siguientes:

- Proponer la política general para el desarrollo del Programa de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA, en aspectos éticos, jurídicos, laborales, internacionales, financieros y de movilización social, información masiva y educación sexual.

- Recomendar el establecimiento de mecanismos para asegurar la participación intersectorial en las actividades del Programa

- Evaluar el desarrollo del Programa Nacional de Prevención y control de la infección por el HIV y del SIDA y sugerir ajustes necesarios.

- Apoyar la consecución de fuentes de financiación nacional e internacional.

- Prestar la asesoría que se le solicite para la preparación de acuerdos o convenios internacionales.

- Aprobar los mecanismos de coordinación necesaria con los Programas Nacionales de los países de la subregión Andina.

- Dictar su propio reglamento interno.

- Las demás que los sectores participantes consideren pertinentes en desarrollo de este Decreto.

**Artículo 45.** El Consejo Nacional de SIDA se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses y extraordinariamente a solicitud de su presidente.

**Artículo 46.** Créase con carácter permanente el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA.

**Artículo 47.** El Comité a que hace referencia el artículo anterior, estará integrado así:

- El Director General Técnico, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Subdirector de Control de Patologías, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Subdirector de Recursos Humanos del Sector, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Jefe de la Oficina de Participación e Integración Social, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Jefe de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud, o su delegado.

- El coordinador de la Red Nacional de Bancos de Sangre del Instituto Nacional de Salud.

- Un representante de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de lucha contra el SIDA, constituidas legalmente, escogido por el Ministro de Salud.

- Un representante de los Comités Seccionales, que para tal efecto se crearan, escogido por el Ministro de Salud.

- Un coordinador general.

**Parágrafo.** Actuara como coordinador general del Comité a que hace referencia este artículo, el funcionario que determine el Ministro de Salud, previa consideración de una lista de profesionales sugerida por dicho Comité.

**Artículo 48.** Son funciones del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA, las siguientes:

- Dirigir el desarrollo de las estrategias para la prevención y control de la infección por el HIV y el SIDA, de acuerdo a la dinámica de la enfermedad.

- Promover la participación de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y de la empresa en las actividades del Programa.

- Adoptar con las modificaciones a que haya lugar, las directrices y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS emanadas del Programa Global sobre el SIDA.

- Elaborar y dirigir la ejecución del Plan Na

cional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA.

- Dictar su propio reglamento interno.
- Emitir concepto previo para que el Ministro de Salud señale la estructura y funciones de los comités departamentales, intendenciales, comisariales, distritales y municipales.

Realizar control de gestión de planes y programas.

Presentar informes periódicos su gestión al Consejo Nacional y al Ministro de Salud.

- Conceptuar sobre proyectos de investigación que se sometan a su consideración.

- Las demás que los miembros consideren pertinentes.

**Artículo 49.** Para el desempeño de las funciones del coordinador general del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA, se requiere:

- Ser médico con especialización en cualquiera de las siguientes áreas: Salud Pública, Administración en Salud, Epidemiología, Intelectología, Inmunología, Hematología, Medicina Interna, o Psiquiatría, y tener experiencia en el manejo de la problemática del SIDA.

**Artículo 50.** Son funciones del coordinador del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA, las siguientes:

- Desempeñar la secretaría ejecutiva del Consejo Nacional de SIDA

- Convocar y presidir el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por HIV y del SIDA.

- Servir de enlace entre el Consejo Nacional de SIDA y el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la Infección por el HIV y del SIDA.

- Orientar todas las acciones del Comité Ejecutivo.

- Tramitar ante los estamentos superiores los documentos pertinentes.

- Cumplir y hacer cumplir el reglamento interno.

**Artículo 51.** Créanse con carácter permanente los comités departamentales, intendenciales, comisariales, distritales y municipales, de Lucha contra el SIDA.

**Artículo 52.** El Ministerio de Salud, oído el concepto del Comité Ejecutivo Nacional de Lucha contra el

SIDA, señalará la estructura y funciones de los Comités a que se refiere el artículo anterior.

## CAPITULO VII DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SANCIONES

**Artículo 53.** Las personas que después de haber sido informadas de estar infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), realicen deliberadamente prácticas mediante las cuales puedan contaminar a otras personas, o donen sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, podrán ser denunciadas para que se investigue la existencia de los delitos de propagación de epidemia o violación de medidas sanitarias señalados en el Código Penal. Su reclusión, si fueren condenadas, deberá hacerse en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica y siquiátrica.

**Artículo 54.** El incumplimiento de las disposiciones del presente Decreto dará lugar a la aplicación de las siguientes sanciones previstas en la Ley 10 de 1990, las cuales serán impuestas por las autoridades competentes en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia:

- a) Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales.

- b) Intervención de la gestión administrativa o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis meses.

- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las entidades privadas que presten servicios de salud.

- d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

**Parágrafo.** Las sanciones previstas en este artículo se aplicarán sin perjuicio de las que contemple el régimen de inspección y vigilancia que corresponde a las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar.

**Artículo 55.** El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva de conformidad con los artículos 576 y 591 de la Ley 09 de 1979, en cuanto fuere pertinente.

**Parágrafo.** Las medidas de seguridad y preventivas a que se refiere el presente artículo se aplican observando las disposiciones sobre la materia vistas en el Capítulo V del Decreto 1562 de 1934 en cuanto a Vigilancia, Control Epidemiológico y Medidas de Seguridad.

**Artículo 56.** El denunciante deberá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le requieran. En todo caso, al instaurarse una denuncia deberá presentarse, por lo menos, una prueba humana que le sirva de apoyo.

**Artículo 57.** Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente, acompañándole copia de los documentos que corresponda.

**Artículo 58.** La existencia de un proceso penal de otra índole no dará lugar a suspensión del proceso sancionatorio.

**Artículo 59.** Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones que puedan constituir infracción a las disposiciones aquí señaladas.

**Artículo 60.** Para la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse diligencias tales como visitas, toma de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular y, en general, las que se consideren conducentes.

**Artículo 61.** Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley sanitaria no lo considera como violación, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a declararlo así y ordenará cesar todo procedimiento contra el presunto infractor.

Esta providencia deberá notificarse personalmente al presunto infractor.

**Artículo 62.** Realizadas las anteriores diligencias se pondrán en conocimiento del presunto infractor los cargos que se formulan, mediante notificación

personal. El presunto infractor podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

**Artículo 63.** Si no fuere posible hacer la notificación por no encontrarse el representante legal o la persona jurídicamente capaz, se dejará una citación escrita con un empleado o dependiente que se encuentre en el establecimiento, o institución prestadora de servicios de salud, para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes. Si no lo hace se fijará un edicto en la Secretaría de la entidad sanitaria competente durante diez (10) días calendario, al vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

**Artículo 64.** Dentro de los diez (10) días siguientes al de la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, podrá presentar sus descargos por escrito y aportar las pruebas o solicitar la práctica de las pruebas de aquellas que considere pertinentes.

**Artículo 65.** La autoridad competente decretará, a costa del interesado, la práctica de las pruebas que considere conducentes, las que se llevarán a efecto dentro de un término máximo de treinta (30) días, el cual podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente fijado si en el plazo inicial no se hubieren podido practicar las decretadas.

**Artículo 66.** Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de diez (10) días posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha calificación.

**Artículo 67.** Se consideran circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes:

- a) Reincidir en la comisión de la misma falta;
- b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos, con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida coacción;
- c) Cometer la falta para ocultar otra;
- d) Renuir la responsabilidad o atribuirse la a otro u otros;
- e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta;
- f) Preparar o remeditadamente la infracción y sus modalidades.

**Artículo 68.** Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción, las siguientes:

- a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;
- b) La ignorancia invencible;
- c) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;
- d) Procurar por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

**Artículo 69.** Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las medidas sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare el presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

**Parágrafo.** El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, dentro de los términos previstos en el mismo, incurrirá en causal de mala conducta.

**Artículo 70.** Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria, y deberá notificarse personalmente al afectado, dentro del término de los cinco (5) días posteriores a su expedición.

En el texto de la notificación se indicarán los recursos que legalmente proceden contra las decisiones, las autoridades ante quienes deben interponerse y el procedimiento para hacerlo.

Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo.

**Artículo 71.** Contra la providencia que imponga una sanción pueden interponerse los recursos de reposición y de apelación dentro de los cinco (5) días siguientes al de la notificación, de conformidad con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo.

**Parágrafo.** De conformidad con el artículo 40. de la Ley 45 de 1946, el recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo.

**Artículo 72.** Los recursos de reposición y de apelación se presentarán ante la misma autoridad que expidió la providencia.

Contra las providencias expedidas por el Mi-

nisterio de Salud, sólo procede el recurso de reposición.

**Artículo 73.** Cuando como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encuentre que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad sanitaria, deberán remitirse a ésta las diligencias adelantadas, para lo pertinente.

**Artículo 74.** Cuando sea del caso iniciar o adelantar un procedimiento sancionatorio, una práctica de pruebas o una investigación de competencia del Ministerio de Salud, éste podrá comisionar a las Direcciones Seccionales y Locales del Sistema de Salud para que adelanten la investigación o el procedimiento, pero la sanción o exoneración será decidida por el Ministerio de Salud. Igualmente cuando se deban practicar pruebas fuera del territorio de una Dirección Seccional o Local de Salud, el Jefe de la misma podrá comisionar al de otra Dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos para las diligencias.

**Artículo 75.** Cuando una entidad oficial distinta a las que integran el Sistema de Salud tenga pruebas en relación con conducta, hechos u omisiones que esté investigando una autoridad sanitaria, tales pruebas deberán ser puestas a disposición de la misma, de oficio, o por requerimiento de ésta, para que formen parte de la investigación.

**Artículo 76.** La autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades oficiales que no formen parte del Sistema de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria.

**Artículo 77.** Cuando una sanción se imponga por un período de tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia y se computará, para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventivo.

**Artículo 78.** El presente Decreto rige a partir de su publicación.

Publiquese y cumplase.

Dado en Bogotá, a 22 de febrero de 1991.

**CESAR GAVIRIA TRUJILLO**  
Presidente de la República

**FRANCISCO POSADA DE LA PEÑA**  
Ministro de Trabajo

**JAIME GIRALDO ANGEL**  
Ministro de Justicia

**CAMILO GONZALEZ POSSO**  
Ministro de Salud

**ALFONSO VALDIVIESO SARMIENTO**  
Ministro de Educación

**ALBERTO CASAS SANTAMARIA**  
Ministro de Comunicaciones