

91  
26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES  
CAMPUS ARAGON

ANALISIS JURIDICO AL TRATAMIENTO  
PENITENCIARIO DE LOS ENFERMOS  
INFECTOCONTAGIOSOS CON EL SINDROME  
DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA  
(VIH). COMO GRUPO SOCIAL MARGINADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A  
CARLOS FLORES ALCANTAR

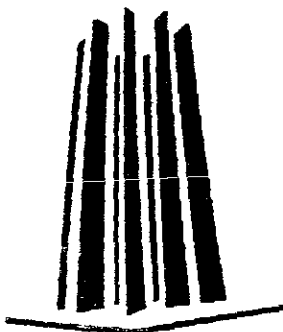
ASESOR:

DR. JUAN JOSE VIEYRA SALGADO

MEXICO

1999

236290



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

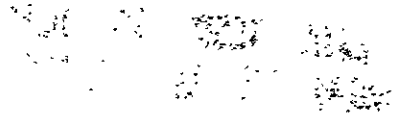


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**

**POR HABERME PERMITIDO CONOCER OTRA  
PERSPECTIVA DEL MUNDO REAL Y ASI PODER  
LLEVAR A CABO TAREAS CON  
SENCILLEZ Y HUMILDAD**

**A MI ASESOR**

**DR. JUAN JOSE VIEYRA SALGADO**

**POR CONSIDERARLO UNA PERSONA CON EL MAS ALTO  
SENTIDO DEL PROFESIONALISMO Y CALIDAD HUMANA**

**A MIS PADRES**

**CARLOS FLORES LOPEZ  
Y  
ESTHER ALCANTAR ZAMORA**

**POR TODO SU AMOR Y COMPRENSION  
EN LOS BUENOS Y MALOS MOMENTOS Y  
FUNDAR EN MI LOS MAS ALTOS VALORES  
Y DIGNIDAD DE UNA FAMILIA TAN BELLA  
COMO LA NUESTRA**

**A MIS HERMANOS**

**MARY, RICARDO, ESTHER Y ROSY**

**POR HABERME BRINDADO SIEMPRE SU  
APOYO, SU COMPRESION Y SU AMOR INCONDICIONAL**

**A MIS SOBRINOS**

**CARLOS Y GABRIELA**

**POR SER EL ANHELO E IMPULSO FUNDAMENTAL  
DE TODOS Y CADA UNO DE LOS INTEGRANTES  
DE LA FAMILIA FLORES ALCANTAR**

**AL C.P. PEDRO SAMPABLO PEREZ**

**POR SER UN PILAR FUNDAMENTAL DE APOYO  
Y AMISTAD INCONDICIONAL.**



**AL LIC. MARCO ANTONIO ALCANTAR ZAMORA**

**POR BRINDARME SU AMISTAD, APOYO  
Y AFECTO INCONDICIONAL EN TODO  
MOMENTO**

**A ALICIA EUGENIA CARVAJAL JIMENEZ**  
**POR SU COMPRENSION, INTELIGENCIA Y APOYO**  
**CON TODO MI AMOR**

**AL DR. JOSE CAMPOS ATONDO  
ING. FELIPE DUEÑAS DIAZ  
ANTR. AURELIANO R. BUZOIANU CURIEL**

**POR SU ALTO DESEMPEÑO PROFESIONAL  
Y APOYO INCONDICIONAL**

## INDICE

PAGINA No.

### INTRODUCCION

### CAPITULO I

<b>I. CONCEPTOS FUNDAMENTALES</b>	<b>1</b>
1.1. CONCEPTO DEL DELITO -----	1
1.2. ELEMENTOS DEL DELITO -----	1
1.2.1. CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD. -----	2
1.2.1.1. SUJETOS. -----	2
1.3. CONCEPTO DE PENA. -----	3
1.4. CONCEPTO DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO -----	4
1.5. CONCEPTO DE PENITENCIARIA -----	5
1.6. CONCEPTO DE CARCEL -----	5
1.7. CONCEPTO DE PRISION. -----	6
1.8. CONCEPTOS MEDICO LEGALES. -----	7
1.8.1. CONCEPTO DE VIRUS. -----	7
1.8.2. CONCEPTO DE LESION. -----	8
1.8.3. CONCEPTO DE INFECCION. -----	8
1.8.4. CONCEPTO DE TRATAMIENTO MEDICO. -----	9
1.8.5. CONCEPTO DE SIDA. -----	9

### CAPITULO II

<b>II. - EVOLUCION HISTORICA DEL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH), EN LOS CENTROS DE RECLUSION DE MEXICO. -----</b>	<b>11</b>
2.1 ANTIGÜEDAD. -----	11
2.2. EDAD MEDIA. -----	14
2.3. EPOCA MODERNA -----	17
2.3.1 PERIODO DE 1980- 1985. -----	18
2.3.2. PERIODO DE 1985 - 1990. -----	20
2.3.3. PERIODO DE 1990 - 1999 -----	21

### CAPITULO iii

<b>iii.- EL PROBLEMA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN EL CAMPO DEL DERECHO PENITENCIARIO. -----</b>	<b>24</b>
---	-----------

3.1. RELACION DEL VIH EN LA LEGISLACION MEXICANA -----	24
3.1.1. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS -----	24
3.1.1.1. REQUISITOS ESENCIALES PARA EL EXAMEN DE DETECCION DEL SIDA -----	30
3.1.1.2. TIPOS DE EXAMEN -----	30
3.1.2. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL. -----	30
3.1.2.1. DELITOS CONTRA LA SALUD. -----	30
3.1.2.2. DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL. -----	33
3.1.2.3. DELITO DE HOMICIDIO -----	34
3.1.2.4. LEGISLACION PENAL DEL SIDA EN OTROS PAISES ---	35
3.1.2.5. DELITOS AFINES -----	38
3.1.2.6. PERSONAS QUE DEBEN SER INFORMADAS -----	38
3.1.2.7. DELITO DE ABANDONO DE PERSONAS -----	39
3.1.3. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y LOS DERECHOS HUMANOS. -----	39
3.1.3.1. LOS DERECHOS HUMANOS -----	40
3.1.3.2. FASES DE LOS DERECHOS HUMANOS -----	40
3.1.3.3. LAS NACIONES UNIDAS Y LOS DERECHOS DEL HOMBRE 1945-1966 -----	41
3.1.3.4. LOS DERECHOS DE SOLIDARIDAD O DERECHOS DE LA TERCERA GENERACION 1966 A LA FECHA -----	43
3.1.3.5. ALCANCE DE LOS DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS -----	47
3.1.3.6. DERECHOS FUNDAMENTALES AFECTADAS POR LAS MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA -----	49
3.1.3.7. LA VIDA -----	50
3.1.3.8. EL AMBITO DE LA VIDA PRIVADA -----	51
3.1.3.9. LA LIBERTAD -----	55
3.1.3.10. LA SEGURIDAD -----	57
3.1.3.11. LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA SEGURIDAD EN LOS TEXTOS INTERNACIONALES -----	59
3.1.3.12. DERECHO A CIRCULAR LIBREMENTE -----	60
3.1.3.13. DERECHO A FUNDAR UNA FAMILIA -----	60
3.1.3.14. EXPERIMENTOS MEDICOS -----	60

3.1.3.15. DISCRIMINACION -----	61
3.1.3.16. RECOMENDACIONES ESPECIFICACIONES DE LA OMS -----	66
3.1.3.17. EL SIDA EN LAS CARCELES -----	76
3.1.3.18. EL SIDA EN EL SUMINISTRO SANGUINEO -----	77
3.1.3.19. EL SIDA Y CIERTAS SITUACIONES SOCIALES -----	78
3.1.3.20. EL SIDA Y OTRAS MEDIDAS DE SALUD PUBLICA -----	81
3.1.4. LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MINIMAS SOBRE READAPTACION SOCIAL DE SENTENCIADOS -----	81
3.1.5. REGLAMENTO DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL -----	82

## **CAPITULO IV**

<b>IV.- LA REALIDAD PENITENCIARIA QUE SE VIVE EN MEXICANO, POR LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DE INTERNOS INFECTOCONTAGIOSOS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. -----</b>	<b>85</b>
4.1. LA REALIDAD PENITENCIARIA QUE SE VIVE EN MEXICO, POR LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DE INTERNOS INFECTOCONTAGIOSOS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA-----	85
4.2. CLASIFICACION DEL SUJETO AL INGRESAR COMO INTERNO A CUALQUIER CENTRO DE READAPTACION SOCIAL. -----	86
4.2.1. LINEAMIENTOS QUE SIGUEN LAS AUTORIDADES PENITENCIARIAS PARA REALIZAR LA CLASIFICACION DEL INTERNO. -----	87
4.3. LA RELACION QUE TIENE EL INTERNO INFECTO-CONTAGIOSO CON EL DELITO QUE VA A EXPIRAR. -----	88
4.4. EL INTERNO Y EL SEXO. (VISITA CONYUGAL) -----	88
4.5. PERIODICIDAD DEL EXAMEN DE DETENCION Y TRATAMIENTO DEL VIH EN LOS CENTROS DE RECLUSION. -----	89
4.6.PROYECTO DE ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE INTERNOS CON VIH-SIDA EN PRISIONES DEL DISTRITO FEDERAL. -----	89
CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

## INTRODUCCION.

En México la modernización de las Instituciones políticas y jurídicas que se han materializado, obliga a que el sistema Penitenciario Nacional se transforme con ideas claras y caminos trazados que logren que la administración penitenciaria genere las respuestas idóneas y oportunas para elevar la eficiencia de todos aquellos recursos humanos, técnicos, científicos, financieros y materiales, para que los individuos privados de su libertad puedan retornar a la sociedad con el suficiente conocimiento y capacitación laboral para encontrar en sus núcleos de desarrollo las alternativas para su estabilización económica y social.

El objetivo primordial de esta investigación es concientizar a la sociedad de la necesidad que tienen los internos de los Centros de Readaptación Social, infectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), de ser aceptados y resocializados en el centro donde se encuentren, así como también a ser sujetos a un tratamiento penitenciario en igualdad de circunstancias a los demás internos, y en no permitir que dichos sujetos sean clasificado como grupo social marginado. Obviamente, que para obtener tal finalidad es necesario que se ejecuten prácticamente las condiciones básicas y optimas que señalan las Leyes.

Es importante señalar, que el Sistema Penitenciario Mexicano se manifiesta sensiblemente afectado en su postulado constitucional, te ordena que la justicia penal atienda siempre al respeto de los derechos del hombre y procuren la reintegración social del delincuente (Artículo 18 Constitucional). Refiriéndose al hombre en un sentido general y no abstracto como en la practica se presenta, se refiere a readaptar al individuo como infractor a la sociedad y no a clasificar o "etiquetar", a los internos como marginados por el hecho de padecer alguna enfermedad infectocontagiosa.

Seria un factor importante analizar el tratamiento que, en los Centros Penitenciarios se les brinda y que repercusiones trae aparejados son para

beneficio del interno afectado por el VIH o es asociado a cierto tipo de población, teniendo en cuenta su estado Psicológico, moral, económico, grado y dimensión de la sentencia a compurgar derivada de la comisión del delito.

Tomando también con consideración la falta de capacidad profesional de quienes se encargan de realizar los tratamientos a los internos.

El método de investigación utilizado es el científico, así como diversas técnicas de investigación documental, pero principalmente de capto, ya que el tema es propio a esta técnica.

Y el objetivo principal de esta investigación, de orden académico, es el obtener a cambio mi título de Licenciado en Derecho.



# CAPITULO

## I

### I. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- 1.1. CONCEPTO DEL DELITO
- 1.2. ELEMENTOS DEL DELITO
  - 1.2.1. CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD.
    - 1.2.1.1. SUJETOS.
- 1.3. CONCEPTO DE PENA.
- 1.4. CONCEPTO DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO
- 1.5. CONCEPTO DE PENITENCIARIA
- 1.6. CONCEPTO DE CARCEL
- 1.7. CONCEPTO DE PRISION.
- 1.8. CONCEPTOS MEDICO LEGALES.
  - 1.8.1. CONCEPTO DE VIRUS.
  - 1.8.2. CONCEPTO DE LESION.
  - 1.8.3. CONCEPTO DE INFECCION.
  - 1.8.4. CONCEPTO DE TRATAMIENTO MEDICO.
  - 1.8.5. CONCEPTO DE SIDA.

## **1.1. CONCEPTO DE DELITO.**

Analizando y teniendo como referencia el Código Penal vigente para el Distrito Federal, en materia del fuero común y para toda la República en materia del Fuero Federal, en su artículo 7o. al referir que el delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales, podemos observar que es un concepto un tanto limitado, ya que de acuerdo a diversidad de criterios doctrinarios, analizan dicho concepto y llegan a la conclusión que es muy concreto, por lo que la presente investigación pretende indicar los parámetros suficientes para poder llegar a una definición más exacta, esto es, al referimos al delito se debe tomar en consideración que la actividad de hacer o no hacer del sujeto, por lo que dicha actividad debe estar tipificada en la ley para poder así considerarla como delito, por lo que dicha actividad debe ser de manera directa, afectando siempre los derechos de otro individuo o a la propia sociedad y dicha afectación podría ser de manera inmediata o mediata.

De igual manera, si observamos la definición que nos da la escuela Clásica, es muy importante, ya que refiere que dicho acto u omisión deberán ser siempre externos, indistintamente de que sea positivo o negativo, pero en tanto que se encuentre tipificado se deberá considerar como delito y así también darle seguimiento con los órganos legalmente establecidos para su tramitación y en su caso su castigo, por lo que podemos concluir que el delito es la conducta externa realizada por un hombre, misma que se encuentra debidamente tipificada en la Legislación Penal Mexicana y una vez que se han reunido los elementos necesarios para su integración.

## **1.2.ELEMENTOS DEL DELITO.**

Una vez que ya ha sido debidamente definido el delito, podemos decir que se enuncian como elementos del delito, de acuerdo a la doctrina, los siguientes:

- a) Actividad.
- b) Tipicidad.
- c) Antijuricidad.
- d) Imputabilidad.

- e) Culpabilidad.
- f) Condicionalidad Objetiva.
- g) Punibilidad. <sup>1</sup>

Ahora bien, pueden ser definidos tales elementos, de la manera siguiente:

**a) LA ACTIVIDAD.-** Es la conducta que toma el sujeto, bien sea de actuar u omitirla. (Acto de acción u omisión).

**b) TIPICIDAD.-** Es definida como la adecuación de la conducta realizada por el sujeto, con la descripción hecha por la ley. El maestro *Celestino Porte Petit* refiere que la tipicidad puede ser resumida como NULLUM CRIMEN SINE TIPO.

**c) ANTIJURICIDAD.-** Es la conducta realizada por el sujeto, pero que es contraria y en ocasiones violatoria de un mandato contenido en las normas jurídicas.

**d) IMPUTABILIDAD.-** Es la capacidad que se le confiere al sujeto para entender el acto realizado y querer su ejecución, en el campo del derecho Penal. Lo que se fundamenta por el artículo 9o. del Código Penal vigente para el Distrito Federal, en materia del Fuero Común y para toda la república en materia del Fuero Federal: "Obra dolosamente, el que conociendo los elementos del tipo penal o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley, y obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría en virtud de la violación a un deber de cuidado que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales."

Por otro lado, podemos inferir que la imputabilidad marca el conjunto de condiciones de salud física y mental del autor de algún ilícito, que lo capacitan para responder por dichos actos.

Por lo que podríamos decir que dentro de la imputabilidad debe hacerse referencia a los sujetos a quienes la propia ley considera imputables; "...son imputables quienes tienen desarrollada la mente y no padecen alguna anomalía psicológica que los imposibilite para entender y querer, es decir, los poseedores

---

<sup>1</sup> CASTELLANOS, Tena Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. 30a. Ed., Editorial Porrúa, S.A., México, 1991. p.275

al tiempo de la acción, del mínimo de salud y desarrollo psíquico exigidos por la Ley del Estado, pero sólo son responsables quienes habiendo ejecutado el hecho, están obligados, previa sentencia firme, a responder de él.<sup>2</sup>

**e) CULPABILIDAD.-** Es definida como la unión intelectual y moral que liga al sujeto como resultado de sus actos antijurídicos, por lo tanto, podríamos referir que la culpabilidad es un elemento interno en el sujeto activo del delito, es moral y subjetivo. Su ámbito de aplicabilidad estriba en los delitos clasificados en nuestra legislación como dolosos y no así en los delitos culposos. Como lo refiere el artículo 8o. del Código Penal vigente para el Distrito Federal, al señalar: “Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente”.

**f) PUNIBILIDAD.-** Es la pena que el Estado va a aplicar al sujeto ejecutor de cierta conducta, considerada por la ley como antijurídica, de igual forma podemos decir que la punibilidad es un merecimiento de penas, es la convicción estatal de imposición de sanciones si se llenan los supuestos exigidos por la Ley. Y es la aplicación de dichas penas por parte del Estado al infractor.

**g) CONDICIONALIDAD OBJETIVA.-** Se refiere al elemento o requisito extremo a la acción criminal que el legislador exige que se lleve a cabo a efecto de integrar la figura perseguible.

### **1.3. CONCEPTO DE PENA.**

Diversidad de autores han tratado de dar un concepto al término de pena, siendo unánimes la mayoría, al referir sus conceptos. Pero tomando en consideración las definiciones y elementos que cada uno otorga, podemos decir que se concibe a la pena como un castigo o sufrimiento que proviene de una limitación o privación de ciertos bienes jurídicos, como puede ser la libertad, el honor, las propiedades e inclusive la vida; éste castigo debe ser impuesto por el Estado (quien es el encargado de la conservación y preservación del orden jurídico), a través de los órganos dependientes de él y encargados para tal finalidad como son los tribunales; así mismo, dicho castigo debe derivar de algún

---

<sup>2</sup>Ibid. p. 217

procedimiento que haya sido instaurado contra la persona a quien se le va a aplicar la sanción, cubriendo todo los requisitos que la propia ley señale. Así mismo, dicho castigo debe ser de manera personal, es decir, al autor de un delito se le debe sancionar únicamente a él como autor y por haber intervenido en esos hechos, ya que no puede ser castigada ninguna persona por hechos que no haya cometido, es decir, que sean ajenos. Por lo tanto, podemos decir que para aplicar a algún infractor de la ley un castigo, éste debe estar fundamentado por la propia ley, como consecuencia jurídica de un hecho que de acuerdo con la misma ley, tenga el carácter de delito. La finalidad principal por la que el Estado crea o instituye la pena o castigo, es para conservar el buen orden jurídico en la sociedad. Así como es concebida a la pena como un castigo, que el Estado impone al infractor de la ley, para preservar el orden jurídico de la sociedad; así también dicho castigo influye en el delincuente creando en él, secuelas de tipo moral, en donde se le previene al sujeto que se aparte del delito y se readapte a la vida social. Por otro lado, con el castigo se crea, dentro de los ciudadanos pacíficos, la necesidad de respetar la ley. Por lo que dicha pena o castigo debe tener las siguientes características:

- a) Intimidatoria.
- b) Ejemplar.
- c) Correctiva.
- d) Eliminatoria.
- e) Justa.

#### **1.4. TRATAMIENTO PENITENCIARIO.**

Se entiende por tratamiento penitenciario, el que deriva de una función pública por medio de una autoridad, quien va a ser la encargada de ejecutar tal tratamiento, misma autoridad que deberá atender siempre al bien común, y en el caso específico del tratamiento penitenciario, deberá presentar tres características:

- 1.- Deberá estar legalmente preestablecido.

2.- No deberá vulnerar los derechos fundamentales del individuo a readaptar.

3.- Debe ser objeto de una investigación criminológica.

Por lo que basándose en éstos tres aspectos, el tratamiento penitenciario será el conjunto de elementos tanto humanos como materiales, normas y técnicas, que tendrán la finalidad de inducir un cambio en los factores que influyen en la personalidad delictiva de un individuo, con el objeto de hacer apto y productivo en su núcleo social, lo anterior, de acuerdo a los criterios de algunos juristas como Antonio Sánchez Galindo, Landecho, Gibbons y López Rey.

Así también debemos entender que no siempre un tratamiento penitenciario debe referirse a una actividad mediante la cual se le confina a un individuo con el objeto de privar de su libertad, ya que la intención de los tratamientos penitenciarios es llegar a una readaptación interactiva con la libertad y entendiendo que la reclusión deberá ser el último recurso por el cual se busque la readaptación del individuo. De igual manera se debe entender que para que el tratamiento presente un resultado satisfactorio, éste debe ser individualizado e integral, en el que se cuente con personal capacitado para la readaptación de un individuo, sin dejar a un lado a la víctima de la conducta antisocial, de igual manera, debe existir una faceta de tratamiento post-penal, con la cual se observara la efectividad o el avance del mismo.

Por último, el tratamiento debe ser obligatorio, ya que esto nos permitirá un mejor manejo del individuo para su apta resocialización.

### **1.5. CONCEPTO DE PENITENCIARIA.**

Se denomina como penitenciaría, al establecimiento público destinado a la ejecución de las penas de privación de la libertad. (diccionario de Derecho de Rafael de Pina y de Pina Vara).

### **1.6. CONCEPTO DE CARCEL.**

El dato común, es la investigación que hacen de un cierto modo al considerar a la cárcel como una institución aislada y separada del contexto social.

La Cárcel y las demás instituciones de confinamiento, son lugares cerrados y por lo tanto, están aislados y separados de la sociedad libre; pero ésta separación resulta más aparente que real, ya que la cárcel no hace más que manifestar o llevar al paroxismo modelos sociales o económicos de organización que se intentan imponer o que ya existen en la sociedad.

En otros países, la cárcel, por sus deficiencias organizativas bien conocidas, nunca ha sido un modelo de control disciplinar y mucho menos un adiestramiento para el trabajo productivo, sino por el contrario, un modelo de desgobierno y anarquía, incluso en el ámbito administrativo y de control.

No podemos hablar del penitenciarismo en el mundo como un hecho aislado, ya que el penitenciarismo surge como consecuencia de una remota idea, como era el castigar, es dar una ejecución a acciones coactivas o coercitivas, de ahí que la palabra cárcel provenga de la palabra latina "coercendo", que significa "restringir, coartar."<sup>3</sup>

Cabe hacer mención que la cárcel, en vez de alejar al delincuente primario del delito crea reincidencia, especializa al delincuente, al profesional de las modalidades astutas y organizadas del delito. Por esto a nuestras cárceles las designó el maestro Raúl Carrancá y Trujillo: "Catedrales del Miedo y Universidades del Delito".

### **1.7. CONCEPTO DE PRISION.**

La idea de un encierro penal es explícitamente criticada por muchos reformadores, ya que es incapaz de responder a la especificidad de los delitos, es inútil en la sociedad, perjudicial, costoso, mantiene a los condenados en la ociosidad, multiplica sus vicios. Además, porque el cumplimiento de tal pena es difícil de controlar y se corre el peligro de exponer a los detenidos a la arbitrariedad de sus guardianes, porque el oficio de privar a un hombre de su libertad y de vigilarlo es un ejercicio de tiranía. La prisión es la oscuridad, la violencia, la sospecha, se opone a la técnica de pena-efecto, pena-representación, pena-función general, pena-signo y discurso. "Es un lugar de

---

<sup>3</sup> Ibid. p 317

tinieblas, donde el ojo del ciudadano no puede contar las víctimas, donde, por consiguiente, su nombre está perdido para el ejemplo".<sup>4</sup>

Por otro lado, en lo que respecta a nuestra legislación, el "Código Penal para el Distrito federal en materia del Fuero Común, y para toda la república, en materia del Fuero Federal, señala en su artículo 24, el cual a la letra dice: " Las penas y medidas de seguridad son:

I.- La prisión..."

Por lo que dicho artículo contempla a la prisión, como una medida de seguridad que el mismo Estado impone a los infractores de la ley, por su parte el artículo 25 de la referida reglamentación, la define, al señalar: " La prisión consiste en la privación de la libertad corporal y su duración será de 3 días a 40 años, con excepción de lo previsto por el artículo 315 bis., 320, 32 y 366 en que el límite máximo de la pena será de 50 años, y se extinguirá en las Colonias Penitenciarias, establecimientos o lugares que al efecto señalen las leyes o el órgano ejecutor de las sanciones penales, ajustándose a la resolución judicial respectiva.

En toda pena de prisión que imponga una sentencia, se computará el tiempo de la detención."

Una vez que se han analizado indistintamente la conceptualización de varios autores respecto a éste punto, encontramos que es nuestra legislación la que delimita con precisión el significado del término.

## **1.8. CONCEPTOS MEDICO-LEGALES.**

### **1.8.1. CONCEPTO DE VIRUS.**

En latín significa jugo, humor, veneno. Microbio invisible al microscopio ordinario, ya que mide menos de 0.2 micras. Es el microorganismo más pequeño que se conoce. El virus es una cápsula de proteína que contiene material genético; es un microorganismo intracelular obligado, pues requiere del aparato genético de su huésped para reproducirse, matando a la célula en el proceso

---

<sup>4</sup> Ibid. p 325



transformándola en célula cancerosa. Los virus son causantes de enfermedades como viruela, poliomielitis, sarampión, varicela, gripe y SIDA. Algunos virus causan enfermedad y luego aparenta desaparecer permaneciendo latentes para después manifestarse otra vez, casi siempre en forma más severa.

### **1.8.2. CONCEPTO DE LESION.**

Se entiende por lesión cualquier cambio anormal en un tejido causado por enfermedad, toda vez que no solamente se comprenden las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa. Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 288 del Código Penal vigente para el Distrito Federal y conceptualización médico legal.

### **1.8.3. CONCEPTO DE INFECCION.**

“Condición en la cual el cuerpo o parte de él, se encuentra invadido por un agente infeccioso como un hongo, bacteria o virus. Esto es, es una enfermedad causada por la invasión del organismo por microorganismos patógenos.”<sup>5</sup>

En lo que respecta a la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), la infección comienza cuando el virus encuentra a una célula CD4; entonces la glucoproteína de la superficie del VIH se une estrechamente al receptor CD4 en la superficie de la célula, las membranas del virus y las células se fusionan con la intervención de otra glucoproteína de la superficie del virus, para que las proteínas, enzimas y el corazón viral que contiene el RNA del VIH, sean introducidas en la célula, ahora infectada, a lo cual le secunda una infección aguda, que en el caso del VIH se refiere a la que ocurre cuando el virus penetra al organismo, infectando un gran número de células CD4, y replicándose rápidamente. Durante ésta Infección Primaria, la sangre contiene muchas partículas virales que se diseminan a todo el cuerpo, sembrándose en varios órganos, particularmente en los tejidos linfoides.

---

<sup>5</sup> CASTELLANOS Tena Fernando Ob. Cit. p 183

#### **1.8.4. CONCEPTO DE TRATAMIENTO MEDICO.**

Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir y en el caso del VIH retrasar el padecimiento. Hasta la fecha no existe un tratamiento que cure el SIDA, sin embargo, hay fármacos para controlar su avance.

#### **1.8.5. CONCEPTO DE SIDA.**

Al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida se le ha definido como el conjunto de síntomas que se presentan, independientemente de las causas que lo provoquen. En el caso del SIDA, en realidad hablamos de un conjunto de síndromes, como el síndrome de inmunodeficiencia respiratoria, síndrome de mala absorción intestinal, síndrome de meníngeo y otros más, habitualmente con predominio de uno de ellos, Inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente el organismo contra el ataque de microorganismos. Adquirida significa que no se transmite por herencia, no es congénita y tampoco aparece por el envejecimiento, sino que se obtiene por alguna de las tres formas de transmisión, que son: vía sanguínea, sexual y perinatal. Este virus puede penetrar en el organismo por los mecanismos arriba señalados, atacando a un grupo de células llamadas CD4, las cuales tienen como misión precisamente organizar la defensa del organismo contra la invasión de cualquier antígeno; el virus las parasita empleando para ello la transcriptasa inversa, lo que le permite transcribir su código genético, conteniendo en su ARN, al ADN de la célula, obligándola de ésta manera a que en lugar de reproducirse así misma, reproduzca virus. A su vez éstos virus nuevos llamados "viriones", atacan más células, repitiéndose el ciclo hasta que el número de células CD4, baja tanto que hace muy difícil o imposible la defensa contra otros invasores. Esto provoca la aparición de nuevas enfermedades llamadas "infecciones oportunistas", muchas de las cuales, en condiciones normales, conviven sin peligro con el organismo humano en el que se hospedan; pero aprovechan la oportunidad provocada por la destrucción de las defensas para aparecer como enfermedades graves que incluso llevan al paciente a la

muerte. En estricto sentido el SIDA es el último estadio de la enfermedad provocada por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en el que aparecen una serie de infecciones en los pulmones, cerebro, ojos y otros órganos pérdida de peso, diarrea, y un tipo de cáncer llamado sarcoma de kaposí. De acuerdo con la definición Oficial publicada por los CDC, de Estados Unidos, una persona recibe un diagnóstico de SIDA cuando tiene una cuenta de CD4 menor a 200 o cuando aparecen ciertas infecciones oportunistas. Actualmente se considera de gran importancia la cuantificación de la carga viral como un indicador del avance y pronóstico de la enfermedad, así como para la administración y control de tratamientos. Entre la transmisión y el desarrollo de la enfermedad pueden transcurrir más de 10 años, el promedio de vida para una persona con diagnóstico de SIDA es de dos años. \*

---

\* Información proporcionada por la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A. C.

## CAPITULO

### II

#### **II. – EVOLUCION HISTORICA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH), EN LOS CENTROS DE RECLUSION DE MEXICO.**

##### **2.1 ANTIGÜEDAD.**

##### **2.2. EDAD MEDIA.**

##### **2.3. EPOCA MODERNA**

###### **2.3.1 PERIODO DE 1980- 1985.**

###### **2.3.2. PERIODO DE 1985 – 1990.**

###### **2.3.3. PERIODO DE 1990 – 1999**

## **II.- EVOLUCION HISTORICA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH), EN LOS CENTROS DE RECLUSION EN MEXICO.**

### **2.1. ANTIGÜEDAD.**

Es preciso conocer la evolución de la Cárcel en México, para comprender el actual sistema penitenciario.

Nuestro sistema penitenciario se conformó de influencias extranjeras, pero también contiene testimonios de nuestra propia cultura. Cada país refleja en sus sistema de cárceles su propio desarrollo, sus costumbres, sus fallas, sus ambiciones. Es necesario por ello, conocer la situación penitenciaria de nuestros antepasados para comprender y transformar la nuestra.

En el pueblo de los Aztecas, la idea de la justicia era uno de los principios más arraigados, se establecía que el daño causado debía ser restituido, por esto era innecesario recurrir al encarcelamiento.

Los delitos en el derecho azteca se castigaban hasta con la pena de muerte, destierro, penas infames, pérdida de la nobleza, destitución de empleo, esclavitud, demolición de las propiedades y confiscación de bienes.

La pena tenía como objeto principal el de afligir, la tortura misma, el suplicio. Por esto los delitos se dividían en leves y graves. Los leves se castigaban correccionalmente, por lo general con azotes o golpes de palos; y los graves eran contra las personas, ataque a la propiedad, al orden público o a la moral, y la desobediencia a ciertas leyes preceptivas.

La imposición y ejecución penal fue considerada como una actitud exclusiva del Estado, con el objeto de eliminar la venganza privada.

En el pueblo azteca no existía la prisión como pena ya que rechazaban la idea de que el hombre más útil a la sociedad fuera una carga para la misma.

Sin embargo, en ésta cultura si podemos distinguir cuatro penas menores, por ejemplo: recluir a los deudores que se rehusaban a pagar un crédito.

2.- El Cauhacalli. También se le denominaba Petracalli y se trataba de una jaula hecha de madera, muy estrecha, y vigilada rigurosamente. Aquí permanecían los

delinquentes que eran responsables de haber cometido delitos graves y eran sentenciados a la pena capital.

3.- El Malcalli. Esta cárcel era especial para los delitos de los cautivos de guerra. A estos presos se les trataba de manera diferente con respecto a los de otras cárceles, ya que se les alimentaba abundantemente y se les daba un buen trato.

4.- El Petlalco. Consistía en una galera grande formada por una jaula larga de maderos gruesos. Se abría por arriba por medio de una compuerta por donde entraban los reos por faltas leves, quienes permanecían encerrados hasta que se determinara su situación jurídica.

Lo común de éstas cuatro formas de prisión es que ninguna sirve para compurgar una pena, sino que es un lugar de custodia donde permanece el preso hasta el momento en que se le aplica la pena.

Por lo tanto, en el Imperio Azteca, aunque existe la prisión no se utiliza como pena. Los castigos son más bien regidos por la Ley del Talión y autorizados y supervisados por el Estado.

Por lo que se refiere a la aparición del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, en ese tiempo, aunque existían las cárceles no se contaba con alguna estadística acerca de personas que estuvieran infectadas, ya que como se ha referido, la cárcel no fue utilizada como pena, por lo tanto no existía tanta convivencia entre personas sujetas al procedimiento penal, por lo tanto, no se contaba con el registro de enfermedades que fueran derivadas de tal situación. Y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida podría decirse que aún no había aparecido.

El pueblo Maya se encontraba en pleno período de venganza privada, similar al Azteca; si embargo, utilizaba una represión menos brutal, con un nivel superior de principios morales, lo cual enriquecía las alternativas de libertad en vez de la pena de muerte, logrando con esto un avance importante en la humanización de su derecho penal.

Los Mayas no tenían cárceles bien construidas por el poco interés que les representaba en su comodidad según sus leyes y costumbres, ya que debido a la sumaria averiguación y rápido castigo de los delinquentes les era de muy poca utilidad.

Así, tampoco dentro de ésta cultura encontramos en la prisión un lugar de castigo, sino que al igual que en los Aztecas, se trataba tan sólo de un lugar de retención antes de que llegara el momento de surgir la penal a la que había sido condenado.

Por lo que respecta en dicho pueblo a la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, tampoco se conocía dicha enfermedad, en el derecho penitenciario, toda vez que como ya ha quedado establecido. la cárcel era sólo un medio de retención y no constituía en sí, una medida de castigo, por lo tanto, los delincuentes que eran reclusos, provisionalmente, para después aplicárseles su sanción, sólo era por un período corto de tiempo y la convivencia que se suscitaba entre ellos era solamente eventual, así como, las cárceles eran higiénicas y no daba lugar a la propagación de enfermedad o infección alguna causada por el encierro o por la construcción de dichos lugares.

Por lo que respecta a la época Colonial, ésta se distinguió de otras debido a la consolidación de un orden social y político derivado de una legislación que hizo posible el sostenimiento de una sociedad compuesta de mestizos, mulatos, negros libres, esclavos, criollos y españoles.

En materia jurídica, a pesar de la recopilación hecha en 1596 de las leyes Indias, se seguían aplicando el fuero real, las partidas, las ordenanzas de Castilla y Bilbao; la nueva y novísima recopilación.

Fue hasta el año de 1680, cuando aparece publicada en Madrid la recopilación de Leyes de los Reinos de las Indias, mandadas publicar por el Rey Carlos II. Esta recopilación estaba compuesta por libros que se subdividían en varios títulos cada uno. en el libro VII, título VI, Ley XVI, aparece ya la privación de la libertad reglamentada como pena, y no como medida de custodia preventiva en la que el prisionero sólo esperaba el momento del sacrificio o del castigo, según el caso.

Esta recopilación de leyes fue el primer antecedente de una reglamentación carcelaria propiamente dicha. Esta va a ser ligada al Derecho Penal, y que sin autoridades ordenadoras no habría autoridades ejecutoras de las sanciones, es decir, que el ámbito de ejecución de penas se da en la medida del ámbito penal.

El régimen penitenciario encuentra una base importante en la partida VII, título 29, Ley 15. En ésta se declara que el lugar donde los presos deberán ser conducidos será la cárcel pública y no se autoriza a los particulares tener puestos de prisión, detención o arresto, que pudiesen constituir cárceles privadas.

Dentro de ésta Legislación se consideraron diversos aspectos entre ellos los siguientes: se ordenó la construcción de cárceles en todas las ciudades; se procuró un buen trato para los presos; se prohibió a los carceleros utilizar a los indios y tratar a los presos, se prohibió detener a los pobres por incumplimiento en el pago de sus obligaciones y quitarles sus prendas. También se enunciaron ciertos principios como la separación de reos por secos, la necesaria existencia de un libro de registro y la prohibición de juegos de azar en el interior de las cárceles.

Como transcurso de los años, además de las cárceles proliferaron los presidios fundados sobre todo en la región norte del país. Estos también sirvieron como fortalezas militares de avanzada para ensanchar la conquista. Existieron, entre otros, los presidios de Baja California y Texas. Igualmente se conocieron las fortalezas, prisiones del tipo de San Juan de Ulúa y Perote, (ver anexos números 1, 2, 3, 4, y 5), las cuales se utilizaban para tal fin después de la Independencia de México.

Por lo tanto, podemos decir que respecto a la proliferación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, no se contaba con datos acerca de la existencia en las diversas cárceles, en virtud de que debido a la construcción de éstas que se realizó en la época, las condiciones higiénicas eran saludables y estables, el trato a las personas que se encontraban en ellas era obligatoriamente el adecuado para ello, por lo tanto, aún no se tenían registros de la existencia de enfermo alguno a causa de dicha enfermedad.

## **2.2. EDAD MEDIA**

En el año de 1571, concretamente el 2 de noviembre, el Rey Felipe II ordenó el establecimiento del Tribunal de la Santa Inquisición en la Nueva España. Este Tribunal se caracterizó por el principio del secreto, ya que todas las



actividades que realizaba no podían ser reveladas por persona alguna, ni siquiera tratándose del mismo reo de su familiar, lo que hacía imposible que el acusado pudiera defenderse, ya que no enteraba de la causa del juicio que le era seguido. Este tribunal obtenía las confesiones y testimonios a través del tormento que se realizaba en nombre de Dios, utilizando como medios los cordeles, el agua, el hambre, la garrocha, el bracero y la plancha caliente.

Diversos autores coinciden en afirmar que es durante ésta época y por iniciativa del Derecho Canónico cuando nace la cárcel para castigar, la cárcel como "pena". "La prisión hace al reo expiar su crimen". Se tiene entendido que los autores que firman esto están en lo correcto, ya que los individuos enviados a prisión vivían en una pequeña celda con muros gruesos y sin comunicación alguna con el resto de los internos. De ésta forma se pensaba ayudar a los individuos a lograr la meditación y la penitencia con claro sentido religioso.

La historia nos dice que desde el establecimiento de la Santa Inquisición en la Nueva España y hasta su supresión el 10 de junio de 1820, una sola casa albergó sus instalaciones, siendo en 1569 cuando se reconstruyó dicho edificio, agregándole una capilla. Posteriormente a finales del siglo XVI, a lado de éste edificio se inauguró la Cárcel Perpetua, a la que se le denominó así por haberse establecido en ella calabozos de la Santa Inquisición, donde eran encerrados los herejes condenados a cadena perpetua. Existían, además, dos cárceles más: La Cárcel Secreta y la Cárcel de Ropería, respecto a la primera Gustavo Malo Camacho, nos dice: "En la cárcel secreta del Tribunal, en el patio llamado de los naranjos y debajo de la serie de los calabozos que se encontraban en la parte sur, hay una bóveda subterránea que han visto algunas personas y que, según dicen, se prolongaba hasta el extinguido Colegio de San Pedro y de San Pablo... En el patio que fue huerto del Colegio de San Gregorio, hoy escuela correccional, existe la entrada de una bóveda, ¿qué objeto tuvieron éstos subterráneos?, lo ignoramos. Algunos llenos de pavor, lo hacen teatro de escenas misteriosas y otros, con desenfado, dicen que son restos de los primitivos edificios que se hundieron. "6"

---

<sup>6</sup> MALO, Camacho Gustavo. Historia de la Cárcel en México. INACIPE, México. 1979, p. 63.

Estas cárceles eran lugares de hacinamiento, los calabozos eran sucios y en ellos había demasiada gente, lo mismo indios que españoles, negros o mulatos. En estos sitios los presos eran víctimas de las ratas, el calor, la basura. Y aunque era obligatorio para los internos realizar el aseo del lugar donde se encontraban, podían compararse privilegios por medio de las "patentes". Los presos no trabajaban, por lo tanto, reinaba la ociosidad y su única actividad consistía en dedicarse al juego.

"En la cárcel de la Acordada, se utilizaron cadenas, grillos, esposas, azotes y muchas veces el tormento; en suma, el aislamiento de la soledad del edificio, la presencia continua del verdugo, y el aparato imponente de las guardias, inspiraba tristeza y terror. No había clasificación de los presos, éstos se hallaban entregados al estado natural."<sup>7</sup>

En los dormitorios había generalmente 150 personas; los detenidos se levantaban temprano y permanecían todo el día en el ocio, en éstos lugares había poca ventilación, sin una buena fuente de luz, eran mal aseados y sucios. Existían dos departamentos, uno par los hombres y otro para las mujeres.

Podemos claramente apreciar como durante éste período, más que ningún otro, comienza a proliferar la institución que priva de la libertad. Nos es posible confirmar muchos de los vicios actuales de la prisión que existen desde sus inicios. Por esto debemos volver a los orígenes de la prisión y establecer de donde parte el error.

Por lo que respecta a la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en esta época se empiezan a dar los primeros casos, pero no son conocidos como síndrome, sino en la época se tiene la idea de que es fiebre y viruela, derivada de la falta de higiene, el estado de hacinamiento y la promiscuidad que en algunas veces resultaba, no obstante a la existencia de los departamento que existían y que dividían a los internos por sexos. Pero no son considerados como enfermos de virus de inmunodeficiencia humana, sino consecuencia de los estragos que hacían las infecciones que proliferaban debido al estado en que se encontraban las cárceles de la época, asimismo, no eran conocidos como

---

<sup>7</sup> MORA, Mora Juan Jesus Diagnóstico de las Prisiones en México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991, p. 32.

síndrome de inmunodeficiencia humana, en virtud de los conocimientos escasos que al respecto tenían los médicos de la época.

### **2.3. EPOCA MODERNA.**

La historia del SIDA es breve pero intensa. en 1977-78, se dieron los primeros casos de SIDA ocurridos probablemente en los Estados Unidos, Haití y Africa. En 1979 en Europa se observa por vez primera en Africanos el sarcoma agresivo de kaposi, una forma de cáncer cutáneo poco común, y otras infecciones raras.

El síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció en nuestro país hace casi tres lustros. Desde entonces, la epidemia ha logrado afectar profundamente a nuestra sociedad, tanto por el daño causado a los individuos, a grupos específicos de la población y a la sociedad en su conjunto, como por las características para combatirla.

Al inicio de la epidemia, los esfuerzos en su contra fueron limitados, por un lado, al ámbito gubernamental y a los proveedores de servicios médicos y, por el otro, a la acción firme y decidida de organizaciones no gubernamentales incluyendo a las de base comunitaria.

De hecho, lo que inicialmente se había contemplado como una enfermedad de interés biomédico, restringida a algunos grupos poblacionales, pronto se convirtió en un grave problema de salud pública y ahora se visualiza como un problema con profundas raíces sociales.

Si bien los gobiernos de los países tienen la obligación de brindar un combate frontal y decidido en contra del SIDA, tanto en cuanto a prevención como en atención a los afectados, estas actividades no son exclusivamente de la acción estatal. Es necesario, ya ha quedado claro, que se amplifique la respuesta que estamos construyendo en contra del SIDA. Los esfuerzos, para ser efectivos, deben promoverse en todos los ámbitos.

El nuevo enfoque del programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) es entonces una respuesta mundial al reclamo global del trabajo intersectorial en la lucha contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud

(que aún retienen un muy importante papel a desarrollar en el tema), al ONUSIDA que es un programa conjunto de seis agencias de las Naciones Unidas que le dan sustento financiero mancomunadamente.

En estos casi quince años se ha avanzado enormemente en el conocimiento del SIDA a nivel mundial, sin duda con mayor velocidad que en cualquier otra enfermedad. También se ha incrementado el número de instituciones y organizaciones, gubernamentales o no, que se abocan a su combate. Existe un gran número de individuos que se han empeñado en la lucha contra este mal, no sólo combatiendo la rápida difusión del virus de la inmunodeficiencia humana, sino la ignorancia y el prejuicio, típicos de los padecimientos nuevos de los procesos asociados a la sexualidad.

La documentación de la historia del SIDA en México es una empresa de 1º grado de dificultad, dado el gran número de individuos e instituciones que ha participado en esta lucha.

### **2.3.1. PERIODO DE 1980 - 1985.**

No obstante las siglas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida eran desconocidas hasta 1981, cuando un grupo de médicos de la Ciudad de los Angeles, advirtió que algunos jóvenes del sexo masculino homosexuales presentaban una serie de enfermedades desconocidas (sobre todo formas raras de neumonía y sarcoma de kaposi). Este hecho llamó la atención por su coincidencia temporal y por ser el agente causal inocuo en personas inmunocompetentes. Los pacientes habían tenido fiebre, fatiga y malestar y varios meses antes de la neumonía. Al momento de su hospitalización, los pacientes tenían además otras enfermedades oportunistas, encontrándose todos con Inmunodeficiencia celular severa, y ninguno se conocía entre sí.

Meses más tarde, aparecieron casos de sarcoma de kaposi y más de neumonía en jóvenes homosexuales de los estados de Nueva York y California. A partir de entonces, el Centro para el Control de las enfermedades (CDC) de Estados Unidos de Norte América organizó un equipo de trabajo encargado exclusivamente de la vigilancia e investigación epidemiológica de este nuevo

brote se enfermedades oportunistas raras y se sospecha el vínculo con la transfusión sexual.

Para mediados de septiembre de 1982, el CDC había detectado 593 casos de lo que, para entonces se decidió llamar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); se inicia la vigilancia epidemiológica Oficina de Estados Unidos de Norte América y Europa.

Entre 1982-1983 se relaciona al SIDA con las transfusiones de sangre, el uso de drogas intravenosas y con el uso de agujas hipodérmicas e infección congénita.

En mayo de 1983, Luz Montaigne y colaboradores, en el Instituto Pasteur de Francia, y, un año más tarde, Roberto Gallo y colaboradores, en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, identificaron y aislaron separadamente el retrovirus, considerando como agente causal del SIDA. Un retrovirus con afinidad para los Linfocitos, Células T, (que desencadenan el sistema inmunológico), que con el tiempo mata a dichas células, lo que permite que el cuerpo sea invadido por infecciones oportunistas.

Cada uno lo llamó de manera distinta:

"Los investigadores Franceses lo denominaron VIRUS RELACIONADO CON LA LINFOADENOPATIA (LAV), y los investigadores estadounidenses lo llamaron VIRUS-III LINFOTROPICO DE CELULAS T-HUMANAS (HTLV-III) y RETROVIRUS RELACIONADO CON EL SIDA (ARV)."<sup>8</sup>

Para 1985, se había desarrollado una prueba de seropositividad llamada ELISA para detectar anticuerpos que el cuerpo humano produce generalmente entre tres semanas y seis meses después de haber sido infectado por el virus o haber estado en contacto con este. Se inicia en Estados Unidos de América el análisis de sangre donada, así como las primeras pruebas de medicamentos antivirales.

El crecimiento acelerado del SIDA en México, también se ha documentado. Este crecimiento ha implicado además de una carga a los sistemas de salud en el país, un costo social de severas proporciones. La epidemia ha crecido constantemente desde 1983, cuando se diagnosticó el primer caso de SIDA, es

---

<sup>8</sup> LUNA G. y L. Nieto. SIDA diagnóstico y tratamiento. Editorial Galo, México, 1995. págs. 270-284.

así que para Agosto de 1985, existían 68 casos registrados en los Hospitales de la República Mexicana.

### **2.3.2. PERIODO DE 1985-1990.**

En Mayo de 1986, el Comité Internacional sobre taxomanía del virus. de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó denominar al virus del SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH. El Comité eligió el término porque identifica al grupo afectado "el ser humano" y describe el efecto principal del virus: la inmunodeficiencia".<sup>9</sup>

En este mismo año la Organización Mundial de la Salud, recomienda una estrategia mundial para el control del SIDA y es así como varios gobiernos inician campañas nacionales de divulgación.

Es también en 1986, cuando se aisló un virus muy parecido al VIH, pero con diferencias genéticas bien definida, en África Occidental. "...Actualmente éste se conoce como Virus de Inmunodeficiencia Humana - 2, para diferenciarlo del primero."<sup>10</sup>

En el transcurso de 1987 se iniciaron en Francia y Estados Unidos, los primeros ensayos de inocuidad de posibles candidatos de vacunas contra el SIDA, pero a pesar de que ha habido amplias investigaciones en todo el mundo, aún no existe una cura para el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. Un tratamiento muy activo de infecciones incipientes parece retardar el desarrollo de éstas y por lo menos un medicamento el AXT, el cual sirve para suprimir la multiplicación del virus, el cual es conocido como el primer antiretroviral.

Es poco probable que se encuentre un cura eficaz dentro de los próximos tres años o más, o que se produzca una vacuna en menos de diez. Tanto las características como los puntos débiles de la prueba para detectar la infección por el VIH y la falta de tratamiento ya han afectado, como era natural, las políticas y respuestas jurídicas respecto del SIDA. En el mes de Marzo de 1987 había 344

---

<sup>9</sup> Ibidem. p. 324

<sup>10</sup> Gaceta Médica de México, Vol. 132., suplemento número I, México, 1996, págs. 125-131.

## CAPITULO

### III

#### **III.- EL PROBLEMA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN EL CAMPO DEL DERECHO PENITENCIARIO.**

##### **3.1. RELACION DEL VIH EN LA LEGISLACION MEXICANA**

###### **3.1.1. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

###### **3.1.1.1. REQUISITOS ESENCIALES PARA EL EXAMEN DE DETECCION DEL SIDA**

###### **3.1.1.2. TIPOS DE EXAMEN**

###### **3.1.2. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL.**

###### **3.1.2.1. DELITOS CONTRA LA SALUD.**

###### **3.1.2.2. DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL.**

###### **3.1.2.3. DELITO DE HOMICIDIO**

###### **3.1.2.4. LEGISLACION PENAL DEL SIDA EN OTROS PAISES**

###### **3.1.2.5. DELITOS AFINES**

###### **3.1.2.6. PERSONAS QUE DEBEN SER INFORMADAS**

###### **3.1.2.7. DELITO DE ABANDONO DE PERSONAS**

###### **3.1.3. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y LOS DERECHOS HUMANOS.**

###### **3.1.3.1. LOS DERECHOS HUMANOS**

- 3.1.3.2. FASES DE LOS DERECHOS HUMANOS
- 3.1.3.3. LAS NACIONES UNIDAS Y LOS DERECHOS DEL HOMBRE 1945-1966
- 3.1.3.4. LOS DERECHOS DE SOLIDARIDAD O DERECHOS DE LA TERCERA GENERACION 1966 A LA FECHA
- 3.1.3.5. ALCANCE DE LOS DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS
- 3.1.3.6. DERECHOS FUNDAMENTALES AFECTADAS POR LAS MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA
- 3.1.3.7. LA VIDA
- 3.1.3.8. EL AMBITO DE LA VIDA PRIVADA
- 3.1.3.9. LA LIBERTAD
- 3.1.3.10. LA SEGURIDAD
- 3.1.3.11. LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA SEGURIDAD EN LOS TEXTOS INTERNACIONALES
- 3.1.3.12. DERECHO A CIRCULAR LIBREMENTE
- 3.1.3.13. EXPERIMENTOS MEDICOS
- 3.1.3.14. DISCRIMINACION
- 3.1.3.15. RECOMENDACIONES ESPECIFICACIONES DE LA OMS
- 3.1.3.16. EL SIDA EN LAS CARCELES
- 3.1.3.17. EL SIDA EN EL SUMINISTRO SANGUINEO
- 3.1.3.18. EL SIDA Y CIERTAS SITUACIONES SOCIALES
- 3.1.3.19. EL SIDA Y OTRAS MEDIDAS DE SALUD PUBLICA
- 3.1.4. LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MINIMAS SOBRE READAPTACION SOCIAL DE SENTENCIADOS
- 3.1.5. REGLAMENTO DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL
- 3.4. COPIA Y TRADUCCION DE FAX ENVIADO POR LOS INTERNOS QUE PADECEN VIH EN LA CARCEL DE SANTA MARTA ACATITLA



casos acumulados, notificados ante las autoridades sanitarias; para fines de 1988 esta cifra se había elevado a 1,837 pacientes en forma acumulada.\*

### **2.3.3. PERIODO DE 1990-1997.**

En la actualidad, la enfermedad por el VIH-1 muestra una distribución mundial, los casos notificados diariamente en más de 164 países (según datos de la Organización Mundial de la Salud), se incrementan constantemente, y las cifras que proporcionemos hoy serán obsoletas mañana. Las estimaciones de los casos que aparecerán en el año 2000 resaltan la gravedad del problema. Se debe hacer hincapié en dos aspectos: a partir de las cifras obtenidas en 1992, es imposible desglosar los datos por sexo y forma de transmisión a nivel mundial, ya que lo anterior es variable según el país del que provenga la información; y, por lo tanto, en la actualidad como en los próximos años, el número de infecciones adquiridas por transmisión heterosexual se incrementará notablemente, hasta que la relación de varones/mujeres sea equitativa en todo el planeta y no solo en zonas específicas.

El panorama de la epidemia en el ámbito nacional no es halagador: hasta mediados de 1994 se habían notificado en el país un total de 18,560 casos. Si bien la incidencia se redujo en ese año, en 1993 la tasa de ataque alcanzó la cifra de 58.5 por un millón de habitantes\*

La epidemia ha sufrido cambios en diversos aspectos: la transmisión por transfusión sanguínea ha disminuido hasta un 8.3% de los casos acumulados, mientras que el contagio por vía heterosexual tiende a incrementarse y alcanza el 34.9% de los casos. Por otra parte, los registros oficiales indican que en el 46.9% de los casos de la forma de transmisión es desconocida, lo que representa un incremento notable para esta categoría. Lo anterior se debe a que, en la actualidad, la mayoría de los casos son captados por medio del Certificado de Defunción, donde el dato anterior no es registrado. Puede suponerse que una gran proporción de estos casos se contagiaba por contacto sexual, ya sea homosexual o heterosexual. Otro aspecto importante es que cada día aumenta el

---

\* Información proporcionada por CONASIDA.

número de casos provenientes del medio rural, ya que en cuatro años (1990 a 1994) éstos crecieron 211%. A pesar de lo anterior, más de la mitad de los casos convergerán en pocas entidades federativas: las que tiene una alta concentración de habitantes de zonas urbanas, como el Distrito Federal y los Estados de México, Veracruz y Jalisco.

Para el 31 de mayo de 1996 la cifra se ha elevado a 27,455 casos registrados, y se estima que pudieran llegar a ser hasta 40,000 los casos reales del SIDA, los llamados seropositivos asintomáticos.

Al 1o. de octubre de 1997 se habían notificado, de manera acumulada, 29,195 casos de SIDA. Sin embargo, considerando el subregistro y el retraso en la notificación, se estima que el número real sea de poco más de 41,000 desde el principio de la epidemia. De éstos han fallecido cerca del 56%.

Por lo que respecta a los Centros de Reclusión, y en específico a la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, en el Distrito Federal actualmente se consideraba con un área de aislamiento, en donde de acuerdo a las facultades que la ley le confiere, la población que debe albergar se refiere a sentenciados y ejecutoriados, pero debido a que en los Reclusorios del Distrito Federal se albergaban mínimos de población VIH, actualmente la Penitenciaría es considerada como una área en donde alberga a enfermos de SIDA, bien sean sentenciados o procesados, y se encuentran ubicados en el edificio que era destinado a Visita Intima, y actualmente hasta el mes de febrero de 1998, manejaban una estadística que es considerada como mínima en comparación a las cifras que se han manejado a nivel general de la población del país, por datos que se obtuvieron del Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.), se maneja que el índice total de enfermos de VIH estriba en 43 internos, de los cuales un 10% son heterosexuales y un 70% son homosexuales y la actividad principal a la que se dedican es a ser estilistas e inclusive a prostituirse, existe un 20% que tiene una pareja, y sólo hay un interno, que es quien antes de ingresar al Centro de Reclusión, había tenido operaciones para acrecentar al busto, así mismo, inyecciones de aceite mineral para incrementar el tamaño de la cadera, dicho

---

\* Información proporcionada por CONASIDA

sujeto es el único en la penitenciaría que tiene mayor semejanza con una mujer, es portador del VIH desde el año de 1992, por lo tanto, podemos decir que a nivel de Centros de Readaptación Social en el Distrito Federal, los índices poblacionales y los cuales están infectados del VIH, es mínima en comparación con las estadísticas de la población en general. \*

---

\* Información proporcionada por el C. LIC. ALFREDO ALONSO VILLANUEVA, JEFE DEL CENTRO DE OBSERVACION Y CLASIFICACION DE LA PENITENCIARIA DE SANTA MARTHA ACAITTLA, EN EL DISTRITO FEDERAL. Febrero de 1998.

### **III. EL PROBLEMA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EN EL CAMPO DEL DERECHO PENITENCIARIO.**

#### **3.1. RELACION DEL VIH EN LA LEGISLACION MEXICANA**

##### **3.1.1. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**

El presente tema resulta a mi parecer muy delicado, la aparición del SIDA produjo un nuevo fenómeno social, ya que antes a los llamados grupos de riesgo se les toleraba o aceptaba luego después de muchos años para la liberación de los tabúes de la sociedad y en cierta medida, de haber sido reprimidos, empezaron a ser incluidos en todo tipo de actividades sociales sin restricciones o limitaciones provenientes de sus peculiares comportamientos sexuales.

Hoy día estos mismos grupos son rechazados y marginados no sólo por la sociedad, sino que dentro de los grupos que ellos mismos integran se presentan posiciones de exclusión, debido a esto sufren cotidianamente violaciones a sus garantías individuales, las cuales les son negadas en muchas circunstancias, lógicamente sin un fundamento en la ley.

En nuestros días, la mayoría de los sistemas políticos admiten en forma oficial una doctrina sobre los Derechos Humanos. Por este motivo, estos derechos aparecen en casi todos los textos constitucionales actuales, lo que no debe interpretarse como una prueba irrefutable de su efectiva realización, pues "es la nuestra una época de nuevas aspiraciones, nuevas naciones y nuevas constituciones. Es también una época en que las declaraciones constitucionales de derechos y libertades tanto las nuevas como las antiguas son constantemente violadas".

Es sí como ha llegado a ser Nota característica del Derecho Constitucional, la fijación de garantías, de orden jurisdiccional y procesal que completen la declaración de los derechos humanos y promueven la efectiva realización de los mismos. Nuestra ley Suprema ve a las garantías individuales como aquellos derechos subjetivos públicos o bien con los derechos que tiene todo gobernado, los cuales le son otorgados por esta.

A quienes padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o bien son portadores del VIH, le son constantemente violadas las siguientes garantías:

1) El derecho a la educación art. 30. constitucional en el que destacaríamos que todo ciudadano tiene derecho a la educación impartida por el Estado entendiéndose a este como: Federación, Estados, Municipios, de forma gratuita y por lo tanto son discriminación alguna por el tema que nos compete, ya que en ninguna de sus doce fracciones este artículo menciona que por enfermedad dicho derecho sea o tenga que ser vetado.

Entonces nos cuestionaremos el porque a muchos niños hemofílicos, una vez detectados como posibles portadores del VIH, les han sido cerradas las puertas de muchas de las escuelas tanto públicas como privadas, y más aún si se ha comprobado científicamente que el VIH, no se transmite por el contacto casual o cotidiano, como podría ser tomarse de la mano, compartir cubiertos, nadar en albercas públicas etc.

2) el derecho a la protección de la salud, art. 4o. Constitucional, en donde se destaca el acceso a los servicios de salud que muchas veces al enfermo de SIDA, o portador del VIH, sin saber si va a llegar a desarrollar o no la enfermedad, les es negado dándolos como desahuciados, dejándolos morir en sus hogares.

Yo pregunto ¿Sí aún el moribundo goza de el Derecho a la protección de la salud? El enfermo de SIDA, sin haber caído en el cuadro clínico del moribundo, o siendo simplemente portador del VIH, también tendría que gozar que ese mismo derecho aunque fuera tomado como un moribundo en potencia.

Esta actitud de negar atención médica a los enfermos de SIDA, (que es tipificada por nuestras leyes como delito) se debe a diversos factores:

- a) Los enfermos de SIDA son considerados un gasto inútil, porque tarde o temprano van a morir.
- b) Los profesionales de la salud, se niegan a atender a los enfermos de SIDA por miedo al contagio.
- c) No se les otorga la entrada a los centros de salud, por no contar con la infraestructura necesaria para tomar todas las medidas de prevención.

3) Derecho a la información y libre manifestación de las ideas. Art. 6o. Constitucional.

Este derecho en ocasiones les ha sido violado a los enfermos de SIDA o portadores del VIH por simples tabúes de la sociedad, en donde por estos, se ha generado una desinformación sobre las campañas de educación u Prevención del VIH y SIDA.

4) Derecho a la libertad de tránsito Art. 11 Constitucional.

Este derecho ha sido violado para los enfermos de SIDA, no en nuestro, pero sí en otros de América por citar algunos ejemplos pondríamos en primer lugar el caso de Cuba, en donde al enfermo de SIDA ó aquellas personas con resultados positivos en la prueba de detección del VIH, se les impone el ingreso a un centro de cuarentena.

Las personas aisladas pueden visitar a la familiar y amigos a intervalos de varias semanas, pero solo bajo supervisión de un acompañante de salud.

En EUA, las legislaturas estatales en número cada vez mayor han promulgado estatutos que permiten ese control.

El aislamiento prescrito por la ley de salud pública para quiénes padecen la enfermedad o muestran un patrón de conducta determinado cuestiona la idea misma de libertad de tránsito porque puede ser impuesto contra su voluntad a una persona con plena capacidad civil sin la protección procesal que ordinariamente tienen quiénes afrontan la posibilidad de una condena penal. Al igual que con la sanción penal, el estado restringe la libertad de tránsito de quiénes aísla aplicándoles la ley de salud pública por precaución por el bienestar de otros. Pero a diferencia de la sanción penal que siempre es por un período limitado, las medidas de aislamiento suelen tomarse sin ningún plazo. Desde el punto de vista de la salud pública, la principal preocupación no es lo que ha hecho una persona en el pasado, sino lo que hará en el futuro. La meta es la prevención, no la imposición de cargos o disuaciones.\*

---

\* Boletín de la oficina Somataria Panamericana. Vol. 108. Núm. 6 Mayo y Junio.

5) Derecho a la libertad de prensa y a la libertad de imprenta Art. 7 Constitucional. Estos derechos conferidos por nuestra ley fundamental a todo gobernado, de escribir y publicar escritos sobre cualquier materia y hacer uso de la libertad de imprenta, dice el mismo artículo no tendrán más límites que el respeto a la vida privada, a la moral y a la paz pública.

Sin embargo, le son constantemente violados a los enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Portadores del VIH, estos derechos, publicados sus casos, sin consentimiento propio, afectándoles su vida tanto social, laboral y privada.

Violando también el derecho fundamental de la confidencialidad de cual hablaremos en el capítulo 3 del presente trabajo.

6) Derecho a la garantía de audiencia y a la garantía legalidad. Art. 144 Art. 16 Constitucionales.

a) La garantía de audiencia, constituye una de las más importantes dentro de cualquier régimen jurídico, ya que implica la principal defensa de que dispone todo gobernado frente a actos del poder Público que tienden a privarlo de sus más caros derechos y preciados intereses esta garantía de audiencia establecida en el Art. 14 Constitucional está contenida en una fórmula compleja integrando 5 bienes jurídicamente tutelados:

- La vida, traducida como el estado existencial del sujeto. Tutelando la existencia misma del gobernado frente a actos de autoridad que pretenda hacer de ella objetos de privación.

- La propiedad, visto como el derecho real por excelencia, esta protegido en la citada garantía en cuanto a los 3 derechos subjetivos fundamentales que de ella se derivan: el uso, el disfrute y el de disposición.

- La libertad, esta se preserva por la garantía de audiencia como o facultad genérica natural del individuo consistente en la formación y realización de fines vitales y en la selección de medios tendientes a conseguirlos; y como facultad natural ostenta variados aspectos, constitutivos cada uno de ellos de facultades o libertades específicas, podemos concluir que la mencionada preservación constitucional se extiende a todas estas sin contraerse a la mera libertad física,

en donde respecto al tema que nos compete dicha libertad física no tendrá por ningún motivo que ser violada frente a los enfermos de SIDA o portadores del VIH, que muchas veces sin respeto a la misma, son sujetos a experimentación y sometidos a exámenes obligatorios.

- La posesión, el problema de su preservación mediante la garantía de audiencia ha sido solucionado en forma análoga que la cuestión precedente, atenderá a la propiedad. Más se podría decir que la posesión es un poder de hecho ejercido sobre una cosa por una persona, pero para que ese poder pueda considerarse como posesión, se requiere que quien lo desempeña pueda ejercitar todos, alguno o algunos de los derechos normalmente atribuibles a la propiedad.

- Los derechos; es a través de éstos como la garantía de audiencia adquiere gran alcance tutelar en beneficio del gobernado, pues dentro de su connotación se comprende cualquier derecho subjetivo, sea real o personal.

Entendiendo como Derecho Subjetivo, a la facultad concedida o preservada por la norma jurídica objetiva, viendo a ésta como la fuente de los mismos.<sup>11n</sup>

O bien tomando la definición de Recaséns Siches, el derecho subjetivo (stricto sensu) es aquella situación en que una persona se halla en una relación jurídica, en virtud de la cual se le atribuye por la norma la facultad de exigir de otra persona el cumplimiento de cierto deber jurídico

Respecto al tema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el paciente al ser diagnosticado como portador del VIH o paciente con SIDA tendrá en todo momento el derecho a exigir los Derechos Subjetivos que nuestra norma fundamental contiene, sin que se vean mermados por su padecimiento o enfermedad y a exigir como deber jurídico el ser respetado sin restricción alguna.

b) La Garantía de legalidad pone a l persona a salvo de todo acto de mera afectación a su esfera de derecho que no sólo sea arbitrario, es decir, que no esté basado en norma legal alguna sino contrario a cualquier precepto, independientemente de la jerarquía o naturaleza del ordenamiento a que este pertenezca. Cuando se trate de actos de mera afectación de índole materialmente administrativa y no de privación en sentido estricto, ni de actos

---

<sup>11</sup> Burgoa Ignacio "Las Garantías Individuales" 12 Ed. Edit. Porrúa S.A. México 1988. P. 541.



jurisdiccionales penales o civiles, las garantías condicionantes son las consagradas en la Primera parte del artículo 16 Constitucional, que contempla actos de molestia, condicionado por las garantías que dicho precepto contiene, afecta a la persona jurídica en caso de que restrinja la capacidad de ejercicio, es decir la capacidad imputable al individuo, consistente en adquirir derechos y contraer obligaciones.

La exigencia de fundar legalmente todo acto de molestia impone a las autoridades diversas obligaciones, que se traducen en las siguientes condiciones: La exigencia de fundar legalmente todo acto de molestia impone a las autoridades diversas obligaciones, que se traducen en las siguientes condiciones:

I.- En que el órgano del Estado del que tal acto provenga, esté investido con facultades expresamente consignados en la norma jurídica (ley o reglamento) para emitirlo.

II.- En que el propio acto se prevea en dicha norma.

III.- En que su sentido y alcance se ajusten a las disposiciones normativas que lo rijan.

IV.- En que el citado acto se contenga o derive de un mandamiento escrito, en cuyo texto se expresen los preceptos específicos que lo apoyen.<sup>12</sup>

Cuando el artículo 16 de nuestra ley suprema previene que nadie puede ser molestado en su persona, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad competente que funde y motive causa legal de procedimiento se trata de que la autoridad justifique legalmente sus proveídos haciendo ver que son arbitrarios, sin embargo, respecto a los enfermos de SIDA o portadores del VIH, se han cometido en contra de estos actos de autoridad infundados y arbitrarios.. En el caso de la comunidad homosexual se les han cerrado centros de reunión sin ninguna justificación y averiguación previa acusándolos de ser portadores del VIH y transmisores de éste. Podría decir que mientras estos grupos acaten todas las medidas de prevención, que la ley contemplaba, aun siendo portadores del VIH, no podrán ser molestados por su padecimiento o enfermedad, sino tan solo por actos que no incumben a ésta.

---

<sup>12</sup> Ibid. p. 597

### **3.1.1.1 Requisitos del Examen de Detección del VIH y SIDA.**

Los requisitos que debe reunir el examen de detección del VIH, podrían enumerarse en los siguientes:

- 1) Consentimiento del paciente
- 2) Conocimiento de causa
- 3) Confidencialidad

Implicado que el personal de salud deberá ser informado sobre los alcances y efectos de los mismos requisitos, y las medidas a tomar en caso de resultados positivos dependiendo el caso de que se trate.

### **3.1.1.2. Tipos de Examen:**

Se conocen hasta ahora 3 tipos de examen que son realizados por el personal de salud para la detección del VIH.

El primero es el examen obligatorio, que en nuestro país se ha aplicado únicamente para empleados del ejército el segundo es el examen condicional, este se ha establecido para tener ciertas prestaciones de servicios, por ejemplo: para la licencia matrimonial, para la compra de un seguro, éste último en ciertos casos.

## **3.1.2. CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUNY PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL.**

### **3.1.2.1. Delitos contra la Salud.**

Este tipo de delitos tutelan y protegen al bien Jurídico salud de la puesta en peligro. Esto hace comprensible las formas de delito contra la salud que no afectan a nadie, pero si ponen en peligro a todos, como la mera posesión de estupefacientes. Como se menciona en el primer capítulo del título séptimo del libro segundo de nuestro código penal. En donde considero no es este el lugar para ocuparnos de tales delitos que siendo de la máxima importancia, no son motivo de tensión en este trabajo.

A los que si nos referimos son a los delitos específicos de peligro, como el de contagio de ciertas y específicas enfermedades en que nos requieren los delitos que exista el contagio, sino la simple posibilidad de que se de la exposición al peligro del bien jurídico que hemos denominado "salud".

A estos se refieren el capítulo segundo del título séptimo del libro segundo de nuestro código penal, que corresponde al rubro "Del Peligro de Contagio". Me refiero al art. 199 bis, que después de ser reformado por el diario oficial del 21 de enero de 1991 establece lo siguiente:

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

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

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

Fue necesaria la reforma a este artículo ya que desde 1940, que fue adicionado al título séptimo del libro segundo, no había sido reformado debido a que las circunstancias padecidas en relación con esta figura típica eran totalmente adecuables a esta, además es lógico asumir que el legislador no tenía en mente la tipificación del SIDA dentro de este delito, debido a que el SIDA es una enfermedad reciente que en 1940 no se conocía.

La reforma consistió en abrir un poco más al tipo de peligro de contagio, ya que inicialmente el artículo 199 bis tan sólo reconocía al delito de peligro de contagio si se trataba de sífilis o de una mal venéreo.

Como se observa, de no haberse hecho la reforma el SIDA, hubiera quedado totalmente fuera dentro del tipo por las siguientes razones:

1) El tipo legal estaba referido a dos clases únicas de enfermedades sífilis o mal venéreo. El SIDA no está considerado como un mal venéreo, por lo que no se podría asimilar como tal ya que si así se hiciera, caería en la aplicación analógica

de la Ley penal, que se encuentra expresamente prohibida por el artículo 14 de nuestra Constitución, el cual dice en su tercer párrafo:

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

2) Un mal venéreo, está relacionado siempre con la actividad sexual, tal como se desprende de la interpretación gramatical de la expresión "venérea", y de la clasificación de las enfermedades hechas por la Organización Mundial de la Salud. Hay que recordar que el SIDA no solo se contagia por contacto sexual, sino también ocurre por transfusiones de sangre, o por compartir agujas contaminadas etc., obviamente si se pretendía incluir el peligro de contagio del SIDA en el art. 199 bis, antes de su reforma, hubieran quedado fuera muchos casos, con lo cual no se habría resuelto el problema de la prevención que interesa.

Ahora bien, en mi concepción y como anteriormente fue mencionado, aún observo dentro del derecho penal ó bien dentro de la reforma hecha al art. 199 bis, que no se encuentra una perfecta adecuación entre el tipo penal y el SIDA, esto aunado a lo siguiente:

El delito de peligro de contagio previene que la enfermedad se encuentre en periodo infectante. En el caso del SIDA, el virus se conserva indefinidamente en el cuerpo humano por lo que se podría decir que no existe periodo infectante ó por lo menos aún no se ha determinado. Los últimos estudios realizados, aun no saben si existe un periodo dentro del VIH, de riesgo de contagio, de lo que resulta imposible que el enfermo tenga tal conocimiento.

Entonces retomando al art. 199 bis, para que se de el delito en cuestión, se requiere de un doble conocimiento: el del mal que se sufre y el del periodo infectante todo lo cual equivale que en el caso del SIDA, siempre faltará uno de los requisitos de cognoscibilidad, lo que trae como consecuencia la permanente insatisfacción del tipo.

Cualquier interpretación legal que se haga de la enfermedad, será cuestionable a mi punto de vista, ya que los mismos principios médicos relacionados con el

SIDA aún no se encuentran suficientemente conocidos y valorados. Por estas razones y por lo anteriormente expuesto se podría decir que el peligro de contagio del SIDA no tiene exactamente cabida en la descripción del delito, por lo que significa que el bien jurídico salud, en su aspecto amplio no está protegido del riesgo o peligro de contagio que sí tiene en otros casos.

### **3.1.2.2. Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal.**

Con lo que se lleva expuesto. Se puede afirmar que la ley protege a la salud, como bien social y jurídico de elevada importancia considerándola como un bien general y abstracto y también individual y concreto. Esta es la razón por la que en nuestra ley penal existen los tipos de delitos contra la salud, englobando a la salud colectiva y además, también tenemos los delitos ó tipos (título decimonoveno), correspondiente a los delitos contra la vida y la integridad corporal, o sea los tipos de lesiones y de homicidio con sus respectivas variantes (salud personal), de los cuales nos ocuparemos en el presente tema.

El título décimo noveno, capítulo I el libro segundo del código penal, bajo el rubro específico de "lesiones en su artículo 288, dice que:

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

Haciendo un planteamiento concreto, se podría afirmar que la cuestión se reduce a saber si el tipo de lesiones, con base en la idea general de que es lesión, toda alteración de la salud, permite recoger los casos de contagio del SIDA, sea cual fuere su medio de transmisión.

Para nuestra ley considero que no resulta tan complicado, él poder asimilar el problema del tipo de lesiones a la transmisión del padecimiento que nos ocupa, ya que el concepto de lesión que se maneja (toda alteración de la salud) es muy amplio, además de que con esta idea no existe limitación a las formas dolosa y culposa de presentación del tipo subjetivo. Además al decir que la alteración de la salud es constitutivo del delito "si los efectos son producidos por una causa

externa” parece no tener mayor dificultad ya que todas las formas de transmisión del VIH conocidas tienen una causa externa.

En realidad, si aceptamos que la ley nacional, en lo relativo a la forma de presentación de las lesiones, permite el comportamiento doloso igual que el culposo y aun el preterintencional, y dada la amplitud del concepto de la “alteración de la salud”, el caso que nos ocupa puede ser tratado como lesión.

Sin embargo, el principio de legalidad que hemos venido manejando exige que haya una perfecta adecuación entre el caso concreto y la hipótesis normativa, que es abstracta, al mismo tiempo que prohíbe aplicar la ley penal por analogía y aun por mayoría de razón.

Si sostenemos que el tipo de lesiones, tal como está descrito actualmente en el artículo 288, permite tratar bajo ese rubro los contagios del SIDA es obvio que hemos de tratar una cuestión de más fondo para apoyar nuestro criterio. El punto a estudiar es si existe o no analogía en estos casos. Si la respuesta es afirmativa, estaremos en cambio, si es negativa, podremos ratificar que la ley nacional puede tratar los casos que nos ocupan como constitutivos de lesiones.

### **3.1.2.3. Delito del Homicidio.**

El SIDA es una enfermedad que lleva a la persona contagiada a la muerte. Se podría considerar como homicidio si tomamos en cuenta la definición que nos da el artículo 302 del Código Penal:

“Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a alguien.”

Pero si analizamos lo que expresa el capítulo 303 en su fracción primera y segunda nos daremos cuenta de que esto no es cierto debido a que el SIDA no causa la muerte directamente sino que la causan las infecciones que atacan al organismo y lo encuentran indefenso para poder contrarrestarlos; además que la muerte se produce mucho tiempo después de haber contraído la enfermedad en algunos casos.

Artículo 303: “Para la aplicación de las sanciones que corresponden al que infrinja el artículo anterior, no tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres siguientes circunstancias”:

I. Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión el órgano u órganos interesados, algunas de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pueda cambiarse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios.

II. Que la muerte del ofendido se verifique dentro de los sesenta días contados desde que fue lesionado”.

En el caso de la fracción primera la forma de actuar del SIDA se podría equiparar al siguiente ejemplo:

Dos ladrones asaltan a una persona y para que el asaltado no los siga lo dejan desnudo en el bosque. Dos horas más tarde el asaltado muere de pulmonía.

en el ejemplo anterior lo que mató a la persona asaltada no fue el hecho de quitarle la ropa, sino lo que lo mató fue el frío que lo encontró indefenso y le causó pulmonía. Si ese día no hubiere frío dicha persona no hubiera muerto.

En la fracción segunda de este artículo también es muy clara la razón por la que el contagio en caso de SIDA no se podría considerar como homicidio ya que cuando una persona contrae la enfermedad pasan dos o tres años para que esta muera, o muchas veces en el caso de los seropositivos, se ha dado el caso en que no llegan a desarrollar la enfermedad, siendo únicamente transmisores o bien si la llegasen a desarrollar son sobre lapsos de tiempo de 12 a 15 años.

#### **3.1.2.4. Legislación Penal del SIDA en otros países**

El SIDA es y será por mucho tiempo una epidemia mundial que en menor o mayor grado a llegado a extenderse por varios países del mundo. Hasta el 30 de Junio de 1991 se han reportado a la Organización Mundial de la Salud 334, 216 casos de SIDA en el mundo. Ante este problema varios países han venido tomando medidas para controlar esta epidemia. \*

Los países africanos son los más afectados por esta enfermedad, y sin embargo son los que menos medidas han tomado para enfrentar esta epidemia. en la mayoría de los países africanos, por falta de recursos económicos, la Organización Mundial de la Salud ha tenido que intervenir con ayuda económica

y médica. en algunos países con Uganda, la mayor vía de contagio es la sexual, por lo que actualmente existen campañas en las que se regalan preservativos y se les informa acerca de las maneras en que pueden prevenir el contagio. Sin embargo, esto no ha sido suficiente. <sup>13</sup>

En los países europeos como Francia e Inglaterra, en donde la incidencia de SIDA es menor que en los países africanos, pero que también tiene un nivel muy considerable, las principales estrategias han sido las campañas publicitarias.

En Francia, que es el tercer país más contaminado, la principal campaña ha sido en contra del contagio por vía sexual, y por la utilización de drogas intravenosas. Se ha legalizado una campaña de preservativos y la publicidad acerca del SIDA es muy fuerte en toda Francia. También se ha legalizado la venta de jeringuillas esterilizadas para que los drogadictos no continúen infectándose entre sí.\*

Estados Unidos es el país que concentra el mayor número de casos e SIDA (60.57%) es por esto que algunos Estados han tomado medidas punitivas como en el caso de Idaho, Florida y Louisiana.

En Idaho por decreto de 24 de marzo de 1986 se creó la siguiente ley:

"It is unlawful for anyone infected with one or more of these diseases and when such person has been informed that he may communicate this disease to another person through sexual intercourse, to have sexual intercourse with any other person, unless such other person has been informed of the presence of the sexually transmissible disease".\*

En Louisiana el 9 de julio de 1987 fue autorizada la siguiente ley:

"No person shall intentionally expose another to any acquired immunity deficiency syndrome (AIDS) virus through sexual contact without the knowing and lawful consent of the victim.

Whoever commits the crime of intentional exposure of AIDS virus shall be fined for not more than five thousand dollars, imprisoned with or without hard labor for not more than 10 years, or both"

---

\* Acta Resumida Provisional de la Décima Sexta Sesión de la Organización Mundial de la Salud (18 de enero de 1990)

<sup>13</sup> Alain Pompidou. "La Lucha Contra el SIDA en Francia", Salud Mundial (Marzo 1988. Págs. 19-20.

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 342

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 347



Otros países también han incluido al SIDA dentro de sus Códigos Penales, sobre todo los del bloque socialista donde la incidencia de casos de SIDA es menor que en otros países.

El dos de diciembre de 1987 el Ministerio de Justicia de la República Socialista de Checoslovaquia estableció una lista de enfermedades transmisibles. En dicha lista se incluyó al SIDA con lo que esta enfermedad llena los objetivos de los artículos 189 y 190 del Código Penal Checoslovaco que expresan los siguiente:

Artículo 189: Any person who intentionally occasions or aggravates a danger of introduction or spread of an infectious human disease, shall be liable to a sentence of up to three years imprisonment or to correctional measures.”

Artículo 190: Any person who negligently occasions or aggravates a danger of the introduction or spread of an infectious human disease, shall be liable to a sentence of up to one year imprisonment, to correctional measures or to a fine.”\*

En la República Socialista China fue promulgada una Ley por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Seguridad Pública, la Comisión de Educación Estatal, la Administración Nacional Turística, La Administración Civil de Aviación de China, y la Oficina Nacional para Extranjeros Expertos. Esta ley en su sección 29 especifica:

“Cualquier persona que propague el SIDA o cause un riesgo significativo de su propagación, como resultado a la violación de esta ley, es culpable de una ofensa criminal y será sujeto a un procedimiento penal.”\*

En la Unión Soviética por un decreto del 31 de agosto de 1987 del Presidium del RSFSR (Russian Soviet Federative Socialist Republic) Soviet Supremo reformó el Código Penal del RSFSR y otros textos legislativos introduciendo una nueva sección la 115 bis que establece la infección por el SIDA.\*

Con lo expuesto anteriormente cabe destacar las medidas tomadas acerca de un problema de Salud que afecta a todo el mundo por un grupo pequeño de países, esto con el propósito de parar este mal que ya a costado a la humanidad un gran número de vidas humanas y que estas medidas han sido adoptadas por los

---

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 347

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 348

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 350

países que tienen la menor incidencia de casos de SIDA actualmente en el mundo.

Esto es un ejemplo sobre como otros países han logrado legislar penalmente al SIDA, aún y con los obstáculos que las características de esta enfermedad presentan.

### **3.1.2.5. Delitos Afines**

Delito de revelación de secretos. Existen otros delitos previstos en el código penal que han sido relacionados con el VIH y SIDA. Dentro de estos está el art. 210 en el rubro genérico de le tipo revelación de secretos el cual dice:

Se aplicará multa de cinco a cincuenta pesos o prisión de dos meses a un año al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin su consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revela algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto. \*

En este caso si fuera dentro de los parámetros que dice la ley, de quiénes deben ser informados en caso de que la prueba aun sujeto resulte positiva, no caerá en la hipótesis que prevé el art. 210, pero de no ser así, el Servidor Público o la persona a cargo del enfermo estará incurriendo en el delito de revelación de secretos.

### **3.1.2.6 Personas que deben ser informadas**

Se ha establecido mediante principios generales que enmarca la Organización Mundial de la salud que en atención al SIDA deberán ser informadas:

- a) la persona infectada
- b) la autoridad sanitaria
- c) los trabajadores de la salud que atienden al paciente
- d) los compañeros sexuales de las personas infectadas
- e) las personas que hayan estado en riesgo del contagio
- f) la Organización Mundial de la Salud para sus datos estadísticos por país.

---

\* Internacional Digest of Health Legislation, vol. 39, No. 1 (1988). p. 354

### **3.1.2.7 Delito de Abandono de Personas**

Un último aspecto que hay que tratar, es el que proviene de la negativa a proporcionar atención médica y paramédica a pacientes del SIDA, o AIDS.

En todos los lugares donde se han presentado casos numerosos de víctimas de padecimiento, se han dado una reacción parecida entre los médicos y demás personal hospitalario, en el sentido de evitar en lo posible el trato y el contacto con tales paciente.

Esto ha propiciado que los pacientes se vean desatendidos y discriminados por quienes tienen la obligación de proporcionarles ayuda, auxilio y tratamiento. El fenómeno se ha presentado con actitudes vejatorias para el enfermo, quien sobre su enfermedad tiene aún que soportar los efectos negativos de tales comportamientos.

No hay duda de que ciertos casos pueden caer en el tipo de abandono de personas que contiene el artículo 335, y que dice así:

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

Cabe, además, la posibilidad de que se cause una lesión o la muerte por el abandono sufrido, en cuyo caso estos resultados serán tenidos, para efecto de la pena, como causados con premeditación.

Cuando el paciente sea tratado en la forma antes expuesta en uno de los hospitales o centros de salud que sean de la administración pública o de un organismo descentralizado o una paraestatal, es claro que quienes ahí laboran tienen el carácter de servidor público, con lo que tal conducta puede caer en la figura del abuso de autoridad (artículo 215, fracción II), cometido por medio de vejaciones a las personas. En otros casos, si varios servidores públicos toman la decisión de no proporcionar el servicio al que legalmente están obligados, pueden caer en la figura de la coalición de servidores públicos.

### **3.1.3. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, TRATADOS INTERNACIONALES Y LOS DERECHOS HUMANOS.**

### **3.1.3.1 Los Derechos Humanos**

Los derechos del hombre son derechos universales o propiedades de los seres humanos por el solo hecho de ser personas, por poseer una naturaleza humana y sin distinción de época, lugar, color, sexo, origen, ni medio ambiente.<sup>14</sup> Son algo que toda persona posee.

Se llaman derechos humanos aquellos derechos fundamentales a los que todo hombre deberá tener acceso en virtud puramente de su calidad de ser humano.<sup>15</sup>

Los derechos humanos constituyen en la actualidad un fenómeno cultural inmerso en un proceso histórico que se ha ido transformando y enriqueciendo, para lograr el bienestar y el desarrollo de los seres humanos tomando con base la dignidad del hombre.

### **3.1.3.2. Fases de los Derechos Humanos.**

La violación constante de los derechos humanos a llevado a diferentes luchas por la defensa de los derechos del hombre reconociéndose tres fases principales:

a).- Los Derechos Civiles y Políticos:

Desde la Revolución francesa hasta la Primera Guerra Mundial, y abarca los derechos civiles y políticos, llamados también de la 1a. Generación. Cada hombre nació con un doble derecho. Primeramente la libertad para su persona y en segundo lugar el de heredar al igual que sus hermanos los bienes de sus padres.<sup>16</sup>

b).- Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Desde la Constitución de Querétaro, hasta la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas, la Revolución Industrial y al desarrollo del liberalismo económico significó una profunda transformación de sistema de vida y en especial de las condiciones de trabajo para las grandes mayorías.

---

<sup>14</sup> Soveron Acevedo Guillermo y Col Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. 6ª Ed. Edit. Porrúa P. 1547

<sup>15</sup> Ibid. P. 1547.

La Sociedad Civil reclamó la incorporación de nuevos derechos que asegurarán al individuo una vida garantizada económica y socialmente.

Estos nuevos derechos llamados de la 2a. generación representan las demandas socioeconómicas reclamadas al esta liberal. A diferencia de los derechos y garantías individual fruto de la 1a. generación, los derechos sociales se orientan a regular la relación ente trabajadores y patronos y entre éstos y el Estado.

### **3.1.3.3. Las Naciones Unidas y los Derechos del Hombre. 1945-1966**

El tercer periodo de evolución de los derechos humanos nace con la construcción del sistema de Naciones Unidad hasta la aprobación por la propia entidad de tres pactos fundamentales.

- a) Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de Diciembre de 1948
- b) El pacto sobre derechos económicos, sociales y culturales (16 de Diciembre 1966)
- c) El pacto de Derechos Civiles y Políticos completado por un protocolo facultativo de la misma fecha.

La aprobación de la declaración mundial marca el inicio d esta tercer etapa en la evolución del derecho internacional de los derechos humanos o lo que podríamos denominar sistema Institucional de los Derechos Humanos bajo el mandato de las Naciones Unidas

El Sistema Institucional de los Derechos Humanos (1945-1966) incorpora además tratados que amplían los principios de la declaración de 1948.

Entre ellos, la oficina en Internacional del trabajo (OIT), la UNESCO, la Convención Europea de Derechos Humanos de 4 de noviembre de 1950 y la Convención Americana sobre Derechos Humanos del 22 de Noviembre 1969, varias disposiciones de l Corte de las Naciones Unidad se refieren a la protección y fomento de los Derechos Humanos y libertades fundamentales.

En especial, el propósito de la organización por el desarrollo y respecto de estos derechos sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión (artículo 1o. párrafo 3o.), los artículo 55 y 56 destinados a promover el respeto universal por los

---

<sup>16</sup> Sepúlveda Amor Jaime, SIDA, Ciencia y Sociedad en México p. 25 Fondo de Cultura Económica 1989.

derechos humanos sentaron las bases jurisdiccionales para su posterior promoción y desarrollo cristalizado con la declaración Universal y los pactos universales de 1966.

Pacto de los Derechos Civiles y Políticos (16 de diciembre de 1966).

Amplia la protección y promoción de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en los siguientes aspectos:

- a) La posibilidad de presentar un recurso efectivo ante la violación, incluso para autoridades oficiales, de los derechos establecidos es este pacto.
- b) Este pacto protege el derecho a la vida, la libertad, la seguridad, la vida privada, el derecho a un juicio imparcial, la protección contra una detención arbitraria, la libertad de pensamiento, conciencia y religión a celebrar reuniones pacíficas y libertad de asociación.

El Protocolo Facultativo del Pacto de Derechos Civiles y Políticos otorga a las nacionales de los Estados partes, el derecho a presentar sus quejas ante el Comité de Derechos Humanos creado por los pactos de 1966, luego de agotados los recursos internos de que se dispongan.

En este mismo sentido, se pronuncia el artículo 26 de la Convención Europea de Derechos Humanos (4 de nov. d 1950) y la Convención Americana sobre Derechos suscrita a San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.

Los Derechos Humanos constituyen una preocupación universal, y por tanto, no es posible el principio de jurisdicción doméstica de los Estados contemplados en el artículo 2, párrafo 7o. de la Carta de las Naciones Unidas.

El Sistema Institucional de los Derechos Humanos de las Naciones Unidad constituye el esquema global de protección y esta constituido por:

La Asamblea General, El Consejo Económico y Social, la Comisión de Derechos Humanos (ARTÍCULO 68), La Subcomisión para la Prevención de la discriminación y Protección de las Minorías, la comisión de la Condición Jurídicas y Social de la Mujer, el comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial.

Colaboraran:

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia y la Secretaría.

#### **3.1.3.4. Los Derechos de Solidaridad o Derechos de la Tercera Generación, 1966 a la fecha.**

Los derechos del hombre de la tercera generación son derechos colectivos, el derecho al desarrollo a la paz, al medio ambiente sano, a la ecología, son producto de los reclamos de la comunidad internacional de Estados, naciones por mejorar las condiciones de vida de los países.

Los derechos de la tercera generación son derechos colectivos, comunitarios, solidarios \*

Las Naciones Unidas desde el ámbito internacional refuerzan la esfera de protección y de acción específica de promoción de los Derechos Humanos para que el hombre del siglo XX arribe a una vida digna y libre.

Los textos internacionales sobre derechos humanos analizados en este documento son de dos tipos jurídicos diferentes: La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Res. 217-III del 10-XII-48) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948. Estos instrumentos son declaraciones de principio con una fuerza moral innegable, que, a través de la costumbre y el uso, se han llegado a considerar parte del derecho internacional, a pesar de no ser "Tratados". Ambas fueron adoptadas como resoluciones en respuesta a la mención de los derechos humanos en sus documentos constitucionales respectivos. Pero, debido a que no se les considera Tratado, no existen disposiciones para su ratificación mediante acto separado fuera del contexto de las Naciones Unidas o la Organización de Estados Americanos, respectivamente. No existen ni derechos ni restricciones y no es aplicable el derecho ordinario nacional e internacional de Tratados. Además no se ha establecido ningún medio jurídico para el cumplimiento de sus respectivas disposiciones. Nadie tiene el

---

\* Véase Diario Oficial de la Federación del 22 de mayo de 1986. p. 5.

derecho de entablar juicio, o una causa de demanda internacional, basándose exclusivamente a una violación del texto de estas declaraciones.<sup>\*</sup>

Sin embargo, debido a que dichas declaraciones fueron adoptadas en foros internacionales, los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos tienen la responsabilidad de hacer cumplir los principios de derechos humanos de las Declaraciones en sus leyes y en la práctica. Su validez fue inmediata, no fue necesario esperar hasta que un cierto número de estados las ratificara para entrar en vigencia. Como resultado, casi inmediatamente después de la adopción de las Declaraciones, los Estados, como miembros de la organización resolvente, se vieron obligados a presentar, a solicitud, informes sobre la puesta en práctica de las disposiciones contenidas en las respectivas declaraciones. Las comisiones de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos basan sus actividades en estas Declaraciones. Si una de las comisiones de derechos humanos recibe una queja formal sobre alguna violación sistemática de derechos humanos, esta comisión puede llevar a cabo una investigación y preparar un informe. La Asamblea general puede solicitar un informe de las Comisiones de Derechos Humanos y también, las Comisiones mismas, tienen cierta autoridad de emprender investigaciones. El Estado en cuestión probablemente responderá al informe y, aunque quizás no se apliquen sanciones estrictamente jurídicas, el oprobio resultante podría ser sumamente eficaz. Como resultado, los Estados que no cumplen con su obligación de respetar los derechos humanos estipulados en las Declaraciones y de regirse por ellas, pueden ser criticados por la comunidad internacional por no haberse adherido a las normas de las Declaraciones.

De hecho, la Declaración Universal de Derechos Humanos ha trascendido la condición jurídica limitada y dudosa de una Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, convirtiéndose en una declaración realmente internacional y mundialmente aceptada sobre el respecto básico al que tiene derecho todo ser humano. La Declaración Americana ha llegado a tener el mismo

---

<sup>\*</sup> Véase Diario Oficial de la Federación del 27 de mayo de 1987, p. 8.



significado dentro de su Región. Las normas que se estipulan en estos documentos son válidas para todos los Países Miembros de la organización resolvente. Además, las Declaraciones también han llegado a formar parte del derecho internacional tradicional, estableciendo así una norma para la conducta de las naciones civilizadas.

Los otros instrumentos analizados aquí: El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 1966 (Resolución 2,200 XXI) entró en vigor el 23 de marzo de 1976, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 (Resolución 2.200-XXI), la Convención de Derechos Humanos, 22 de noviembre de 1969, entró en vigor el 8 de julio de 1978, 1, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, firmada en Roma el 4 de noviembre de 1953, la Carta Social Europea, adoptada en Turín el 18 de octubre de 1961, entró en vigor el 26 de febrero de 1965, y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul, adoptada el 27 de junio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya, (16) constituyen Tratados multilaterales firmados y ratificados oficialmente por los Estados, de acuerdo con los requisitos constitucionales nacionales de ratificación. Una vez ratificados, los Tratados, dentro de los países que los ratifican, tendrán la validez acordada a los Tratados por el derecho internacional de Tratados, según se aplica en dichos países de acuerdo con las disposiciones constitucionales nacionales para los Tratados. En virtud del principio de Pacta Sunt Servanda (uno de los principios más importante del derecho internacional), los Estados que aceptan un Tratado están obligados a cumplir en buena fe con las condiciones de dicho Tratado, y esta es la premisa básica del derecho internacional de los Tratados. Los mecanismos internacionales de cumplimiento para violaciones alegadas no son uniformes y se establecerán en el contexto del Tratado mismo. Según se señaló anteriormente, los mecanismos nacionales de cumplimiento se ajustarán a las disposiciones del Tratado y a los requisitos que

acompañan la condición de nacional constitucional otorgada a los Tratados y deberán cumplir con el principio de Pacta Sunt Servanda \*

La mayoría de las constituciones establecen que los Tratados predominarán, aunque en la práctica esto no siempre significa que las disposiciones del Tratado prevalecerán en un tribunal de ley. Algunos Tratados son "Tratados de auto ejecución" que no requieren legislación nacional para entra en vigencia en los países que los ratifican. Por otro lado, también existen Tratados que requieren tanto ratificación como legislación nacional para poder ser aplicados en los tribunales nacionales. En resumen, el que estos Tratados se conviertan en ley y se hagan cumplir en un tribunal dependerá de la práctica nacional y ésta no es uniforme. Por lo general, las disposiciones constitucionales sobre los derechos humanos, incluidas en todas las Constituciones políticas del mundo, tendrán una mayor prioridad que el texto internacional. Pero las Convenciones internacionales, al igual que las Declaraciones, pueden utilizarse con evidencia, incluso cuando no determinan las normas en base de las cuales se resuelve un caso.

Los mecanismos de cumplimiento para estos Tratados varían. Los Pactos Internacionales, al igual que las Declaraciones, consideran que la notificación internacional a la Comisión de las Naciones Unidas de Derechos Humanos en su mecanismo de cumplimiento. Para hacer cumplir los Tratados regionales de derecho humanos, por otro lado, no depende exclusivamente de los informes internacionales. El Convenio Europeo y la Convención Americana también establecen Cortes de Derechos Humanos, sobre todo el tribunal Europeo ya ha tomado conocimiento de varios casos. Toda persona que desee presentar una queja ante estos Tribunales para protestar una violación de sus derechos humanos debe, en primer lugar, "agotar todos los remedios nacionales" o sea recurrir a métricas jurídicas dentro del sistema nacional de tribunales antes de presentar un reclamo ante los tribunales de derecho humanos.

Este tipo de razonamientos legalísticos y la importancia que se da a los procedimientos es de gran interés para los juristas, pero no sirve de guía a las

---

\* Véase Diario Oficial de la Federación del 27 de mayo de 1987, p. 11

autoridades normativas. Pero en realidad, el tema de los mecanismos de cumplimiento y la pregunta sobre si existen o no medidas de cumplimiento jurídicos para los documentos de derechos humanos no viene al caso. Después de todo, sea cual sea su validez en un tribunal local, las Declaraciones y los Tratados en última instancia establecen una obligación moral para los Estados una "obligación imperfecta" de establecer leyes que se adhieran a dichos principios. La misma responsabilidad moral inevitablemente también es válida para las organizaciones internacionales, gobernadas por el derecho internacional y creadas en virtud de los Tratados multilaterales diseñados para defender y proteger los derechos humanos.

#### **3.1.3.5. Alcance de los Documentos Internacionales sobre Derechos Humanos**

Los documentos internacionales sobre derechos humanos rigen las actividades de los Estado, aunque, como se señaló anteriormente, en su capacidad de instrumentos del derecho internacional también son pertinentes para la comunidad de las organizaciones internacionales, gobernadas por el derecho internacional. Cabe anotar, sin embargo, que las normas de los textos internacionales sobre derechos humanos, al igual que sus contrapartes constitucionales nacionales, se refieren a las acciones de los gobiernos y los funcionarios públicos y no de los ciudadanos privados. Están diseñadas para proteger a estos últimos del abuso del poder internacional (sobre todo aquellos sobre derechos sociales, económicos y culturales) también tiene como objetivo asesorar a los gobiernos respecto de cómo ejercer su poder político, para fomentar el desarrollo de sus ciudadanos, en lugar de sólo protegerlos. Cabe reiterar, sin embargo, que los principios estipulados en estos documentos se refieren a las actividades públicas de los Estados: sus leyes, reglamentaciones, actos ejecutivos y procedimientos jurídicos, en todos los niveles.

Los principios de los textos internacionales sobre derechos humanos son precisamente esos principios, normas que rigen la política y los procedimientos. Por lo general no buscan establecer en detalle el lenguaje prescriptivo a

incorporarse en los estatutos, para o las reglamentaciones. Se trata de declaraciones generales, para las cuales los textos iniciales de 1948 son un muy buen ejemplo. Los pactos y las convenciones posteriores, aunque un poco más específicos, siguen siendo más bien declaraciones de principio o de metas relativamente generalizadas.

Todos los textos de derechos humanos incorporan políticas del orden más alto. Establecen una escala de justicia. Deciden cuales son los valores sociales. Instruyen a los Estados respecto de cómo “lograr un equilibrio de sus intereses”: individuo versus individuo, individuo versus sociedad, grupos de individuos versus otros grupos, grupos de individuos versus sociedad (trátese o no de personas jurídicas) y, en algunas teorías jurídicas, clase versus clase.

Esta condición de los textos de derechos humanos es decir, como declaraciones por excelencia de los valores sociales es, hasta cierto punto, el mejor ejemplo de la función de la ley como instrumento de la política pública. Todas las leyes, estén relacionadas con los derechos humanos o no, reflejan los valores sociales. Muchas constituyen una decisión política respecto al peso que tienen ciertas libertades de importancia similar. Pero las leyes pueden hacer más que simplemente reflejar un equilibrio de los valores sociales actuales. También pueden impactar sobre los valores sociales al incentivar o desincentivar un comportamiento justo. Las leyes no solamente reflejan la dinámica social sino que participan en ella. Este aspecto político de la ley no siempre es obvio. Sobre todo cuando se trata de la salud pública, sin embargo, es importante reconocer este aspecto político de la ley, ya que esta última puede reflejar políticas que varían legítimamente de un ambiente cultural a otro.

El concepto más común que se tiene del derecho es que las leyes más allá de meras decisiones políticas, que crean responsabilidades, obligaciones, derechos y privilegios jurídicos. El incumplimiento de estos deberes jurídicos tiene consecuencia también jurídicas. Las leyes establecen además las organizaciones y los procedimientos necesarios para hacer cumplir la ley. Pero lo más importante es la decisión política inicial: el establecimiento de un sistema de valores.

### **3.1.3.6. Derechos Humanos Fundamentales Afectados por las Medidas de Prevención y Control del SIDA.**

En el ámbito de los derechos humanos internacionales, la principal pregunta de política o decisión básica de equilibrio de intereses es decir, el sistema de valores oscila entre el control social y la libertad del individuo. En este sentido, se torna evidente una cierta jerarquía en los derechos humanos: la vida, la libertad y la seguridad tienen la prioridad más alta. Estos valores son sagrados en el contexto de la dignidad humana, que es el fundamento de los derechos humanos. El Estado puede privar a una persona de la vida, la libertad y la seguridad únicamente para proteger la sociedad en su totalidad (en casos de emergencias públicas, delitos). Estas libertades corporales son del orden más alto, y las constituciones y muchos sistemas jurídicos nacionales reflejan esta prioridad. La condición sacrosanta de las peticiones de derechos de hábeas corpus (que libera al cuerpo), por ejemplo, refleja este valor. Es posible que los intereses de la sociedad requieran una privación de la vida, la libertad o la seguridad, aunque únicamente bajo condiciones extremas.

Dentro de este conjunto sobresaliente de valores, existe una cierta jerarquía entre la vida, la libertad y la seguridad, lo que refleja un entendimiento de lo que significa la pérdida de uno de ellos. La vida, obviamente, es el valor principal. Es legítimo privar a un individuo de la vida para proteger la integridad nacional (en tiempo de guerra) y la estructura de la sociedad (en caso de delitos graves). La libertad ocupa un segundo lugar en la escala de valores: un delito menor o gravamen social puede justificar la privación legítima de la libertad. En tercer lugar está la seguridad: una sospecha razonable de que se ha cometido un delito, por ejemplo, puede justificar una violación limitada de la seguridad personal.

Las libertades intelectuales libertad de palabra, de religión, de libre reunión, etc. aunque de suma importancia, están sujetas en mayor grado al respecto por los demás y por lo tanto pueden reglamentarse de manera menos estricta.

Para poder justificar estas privaciones limitadas de los derechos humanos básicos, deben cumplirse ciertos criterios. La privación debe fundarse en una ley ya existente. No debe ser arbitraria. Debe constituir la alternativa menos

restrictiva (a menos que el objetivo sea el castigo). Debe ir precedida de un comportamiento nocivo para la sociedad u otros individuos. No debe ser discriminatoria. Debe ser justa.

Los textos de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos que se mencionan a continuación tienen en común todos estos conceptos. Este análisis breve ayudará a explicar el razonamiento en el que se basan las disposiciones y aclarar la obligación del público de respetar los derechos humanos en la lucha contra el SIDA. ¿Cuales son las medidas médicas de prevención y control del VIH que podrían afectar estos valores básicos) ¿Desde el punto de vista teórico, que tipo de relación existe entre la vida, la libertad la seguridad y las medidas de salud pública para combatir el SIDA? ¿En qué medida deberá restringirse la reacción del público para respetar estos valores básicos?

### **3.1.3.7. La vida**

El derecho del ser humano a la vida podría verse afectado de diversas formas como resultado de las medidas públicas adoptadas para prevenir o controlar el SIDA. Es inconcebible que el Estado pueda privar a una persona de la vida únicamente por haber sido infectado por una enfermedad. Esto constituirá una violación flagrante de los derechos humanos más sagrados. Ningún estado ha considerado tal política y probablemente no exista sociedad civilizada que siquiera lo sugeriría. Sin embargo, hay otras maneras en que el derecho a la vida podría restringir u orientar las actividades Estatales en la lucha contra el SIDA. Naturalmente, ningún Estado puede garantizar la vida o la salud. Pero una de las justificaciones clásicas para la existencia de un Estado, y la adhesión a las políticas del Estado, es su responsabilidad de proteger la salud pública. Este es el poder policial del Estado, comúnmente ejercido al nivel más local. Por consiguiente, las actividades dirigidas hacia la preservación de la vida son de importancia esencial en el derecho individual a la vida se ha considerado idéntico al derecho a la protección de la salud y la responsabilidad concomitante del Estado de proteger la salud pública; Por consiguiente, podría considerarse que la existencia del derecho a la vida obliga al Estado a tomar las médicas necesarias

para prevenir la propagación de la infección por el VIH y la enfermedad mortal del SIDA. en última instancia, se podría dar por sentado el derecho del público de ser debidamente informado sobre las posibles consecuencias nefastas para la salud e incluso mortales de ciertos tipos de comportamiento. De manera similar, en base a este derecho, podría llegarse a la conclusión de que el Estado tiene la responsabilidad de reglamentar y purificar el suministro sanguíneo.

En segundo lugar, el derecho a la vida podría verse afectado por la transmisión perinatal del SIDA. En muchos países, el aborto se considera una violación del derecho a la vida y la Declaración Americana, que protege la vida desde el momento de la concepción, parece apoyar a este criterio. Por otro lado, también hay muchos países que permiten el aborto, basándose en una definición diferente de la "vida", en el respeto de la privacidad de la madre o en razones de salud, como en el caso del aborto terapéutico. Si una mujer embarazada ha sido infectada por el VIH y desea interrumpir el embarazo para evitar la posibilidad de traer al mundo un niño condenado a sufrir, muchos países le permitirían esta opción. Se considera legítima una inquietud respecto de la calidad de la vida.

En tercer lugar, la preocupación inversa respecto de la calidad de vida, comúnmente llamada el "derecho a morir", se ha convertido en un tema de interés cada vez mayor en muchos países. La fase IV del SIDA bien podría justificar la eutanasia pasiva (remoción de respiradores y/o alimentación artificial), en virtud de las definiciones que permiten la remoción de todo apoyo de las funciones vitales en instancias en que no hay esperanza de recuperación.

Finalmente, si se clasificase de delito, o se "criminalizara", la transmisión (probablemente intencional) del VIH, como ya ha ocurrido en varios Estados, la pregunta sobre si sería adecuada la pena de muerte como castigo tocaría, una vez más el tema del derecho a la vida. Para cumplir con los requisitos de los derechos humanos, el castigo tendría que adherirse a la tradición del derecho penal del país en cuestión.

#### **3.1.3.8. El Ambito de la Vida Privada.**

La idea que se tiene de la vida privada "de una persona a otra, de un grupo a otro, de una sociedad a otra, varía también, igualmente, en función de

edades, tradiciones y culturas diferentes". Es una verificación que realizan muchos estudiosos.

El factor social y cultural tiene gran peso. Hay categorías sociales con tradiciones particularmente austeras, que tienden a extender el ámbito de sus actos privados, y, en cambio, hay grupos que hasta podrían verse complacidos por una publicidad para ellos muy difícil de alcanzar, aun a costa de la exhibición de hechos íntimos suyos.

También influyen las costumbres y el carácter de los diversos países. Jescjeck, por ejemplo, atribuye a los países anglosajones una natural repugnancia para admitir que se franquee el muro de su vida privada.

No hay duda que en las actuales sociedades de masas y de enorme aglomeraciones humanas se producen situaciones y contactos que dentro de ambientes más recogidos y tradicionales podrían ser objeto de reparo y aun de rechazo, pero que las circunstancias existen y la imposibilidad de alterarlas llevan, naturalmente, a apreciar con más benevolencia.

Debe considerarse también la situación especial de ciertas personas que por sus actividades políticas, artísticas o deportivas han adquirido una gran notoriedad pública, porque con respecto a ellas no rigen las reglas comúnmente aplicadas a los demás individuos.

También es preciso admitir que la noción general de vida privada queda determinada, en cierta medida, por los diferentes regímenes sociales, políticos y económicos que existen en el mundo. Estos responden a concepciones diversas del hombre y de la sociedad y se basan en modelos ideológicos discrepantes, que conducen a una apreciación diversa de lo que han de ser las relaciones de un ser humano con otro y de lo que deben ser las relaciones del individuo con la sociedad. \*

En tanto se piensa que el derecho de propiedad privada es una especie de prolongación de la personalidad de quien es su titular, recibirá aquél un trato que procure exteriorizar el gran respeto que se le reconoce, lo que podrá conducir a que se le transfieran reservas y secretos que son propios de la persona.

---

\* Véase Diario Oficial de la federación del 27 de mayo de 1987, p.11



W. Wagner recomienda entender que ha habido un atentado en contra de la vida privada solamente si una persona normal, de sentimientos ordinarios, hubiera considerado, de hallarse en el caso del ofendido, que se ha cometido un atentado en contra de su derecho. Pero a su juicio, la respuesta ha de ser afirmativa, sin ninguna duda, en aquellos casos en que fueron sobrepasados "los límites de la decencia".

Pero por viable y relativo que sea el concepto y aun cuando sea necesario, para enmarcarlo, considerar diversos factores, muy cambiantes, entre cuales tienen gran relieve los patrones culturales que rigen en el medio en que se desenvuelve el sujeto, no puede rechazarse la posibilidad de alcanzar una cierta delimitación de él mediante la selección de manifestaciones y aspectos que en un momento histórico determinado y en un ambiente también determinado se consideran generalmente como propios de una esfera humana que debe quedar fuera del conocimiento de los demás.

Solamente buscando aquello que *hic et nunc*, dentro de nuestro medio y de nuestra cultura actual, ha de considerarse como claramente perteneciente a la vida privada del individuo, podremos sortear el escollo de trabajar con un objeto fluctuante, ligado a hechos contingentes, cuya apreciación se hace siempre desde bases cargadas de subjetividad, y que por ello se presenta, para su consideración científica, como huidizo y casi inaprehensible.

Es cierto que quedará fuera de nuestro material de trabajo, dentro de la elaboración jurídica que intentamos, una gama relativamente amplia de fenómenos que, atendidas ciertas especiales situaciones o circunstancias, correspondería incorporar también a la zona de la vida privada. Sin embargo, el hecho de que ellos no puedan ser considerados como tal sino mediante un completo examen de la situación particular, nos impide considerarlos dentro de la formulación general de principios, salvo en la forma negativa de puntualizar que no pueden excluirse a prioridad del ámbito de la vida privada otros casos que quedan fuera de los que señalaremos como indiscutibles.

Conforme a este criterio, presentamos a continuación diversas actividades, situaciones y fenómenos que hoy y aquí pueden declararse pertenecientes a la vida privada. Será un recuento empírico, que tiene en consideración indicaciones de la doctrina, que agrega elementos nuevos y que excluye lo que no podemos tener como objeto del derecho a la vida privada. Ellos son:

- a) Ideas y creencias religiosas, filosóficas, mágicas y políticas que el individuo desee sustraer al conocimiento ajeno;
- b) Aspectos concernientes a la vida amorosa y sexual;
- c) Aspectos no conocidos por extraños de la vida familiar, especialmente los de índole embarazosa para el individuo o para el grupo;
- d) Defectos o anomalías físicos o psíquicos no ostensibles;
- e) Comportamiento del sujeto que no es conocido de los extraños y que de ser conocido originaría o desmejoraría la apreciación que éstos hacen de aquél.
- f) Afecciones de la salud cuyo conocimiento menoscabe el juicio que para fines sociales o profesionales formulan los demás del sujeto;
- g) Contenido de comunicaciones escritas y orales de tipo personal, esto es, dirigidas únicamente para el conocimiento de una o más personas determinadas;
- h) La vida pasada del sujeto, en cuanto pueda ser motivo de bochorno para éste;
- y) Orígenes familiares que lastimen la posición social y, en igual caso, cuestiones concernientes a la filiación y a los actos de estado civil;
- j) El cumplimiento de las funciones fisiológicas de excreción, y hechos o actos relativos al propio cuerpo que son tenidos por repugnantes o socialmente inaceptables (ruidos corporales, intromisión de dedos en cavidades naturales, etc)
- k) Momentos penosos de extremo abatimiento, y
- l) En general, todo dato, hecho o actividad personal no conocidos por otros, cuyo conocimiento por terceros produzca turbación moral o psíquica al afectado (desnudez, embarazo prematrimonial)

Con lo anterior hemos tratado de presentar la más amplia gama de hechos, relaciones y fenómenos que normalmente un sujeto tiene el derecho de ocultar al

conocimiento de los demás. Hemos de ver, infra, que el derecho a la vida privada está integrado también por la tranquilidad o la quietud que todo individuo busca para sí en determinados momentos. Por cierto que eso no se incluya dentro de lo que él quisiera mantener secreto para los demás.

Al analizar las diferentes situaciones, actividades y fenómenos que integran el derecho a la vida privada del hombre, nos encontramos con un grave problema para los pacientes con SIDA a seropositivos, vemos que al existir la obligatoriedad de dar conocimiento oportunamente de los casos de SIDA en el país, se está violando la mayor parte de los preceptos que corresponden a la vida privada.

Como se ha dicho anteriormente los derechos humanos como tal deben partir del respecto a la dignidad del hombre. Luego entonces, si le es violado el ámbito de su vida privada (social, sexual y familiar pasado etc.) al enfermo de SIDA se le están negando el derecho a gozar de los derechos fundamentales del hombre.

### **3.1.3.9. La Libertad**

Las preocupaciones sobre la libertad son múltiples respecto de cualquier medida de salud pública y sobre todo cuando se ve afectado el comportamiento humano íntimo. La inquietud más obvia en este sentido se relacionaría a la privación total de la libertad mediante el arresto, la condena o la detención. Tanto el arresto como la detención podrían relacionarse con la enfermedad del SIDA. En algunos países ya se han adoptado medidas para clasificar de delito la transmisión intencional del VIH y se encuentran en proceso varios enjuiciamientos. Aquí se trata de una privación de la libertad relacionada con el comportamiento. Si la privación radica en una ley penal que concuerda con la tradición penal nacional y las condenas se ejecutan con el debido respeto por los derechos del acusado y de acuerdo con el debido procedimiento legal (de acuerdo con lo escrito en los textos sobre derechos humanos y las disposiciones constitucionales nacionales), sería difícil argumentar que estas condenas violan los derechos humanos. Pero las condiciones son estrictas y, por lo tanto, difíciles de cumplir. En estos casos la obtención de evidencia de intención y de causa es

un problema de difícil solución, y probablemente eficaz para proteger a las sociedades de la propagación del VIH.

La detención mediante la cuarentena o el aislamiento de ciudadanos o extranjeros en el país levanta una profunda inquietud respecto de la privación de la libertad. Después de todo, la detención no está directamente relacionada con un cierto comportamiento peligroso por la sociedad, sino con la posibilidad de que ocurra tal comportamiento. Si existen razones concretas para suponer que el individuo mostrará un comportamiento peligroso para los demás, y están protegidos sus derechos a un debido procedimiento legal, la detención preventiva podría constituir una solución aceptable y justificada. Si, por otro lado, la detención se basa simplemente en la condición de tener SIDA o estar infectado con el VIH, la detención parecería no adherirse a la fuerte preferencia por la libertad inherente en los derechos humanos. Aparentemente, no se ha considerado seriamente como una medida de control del VIH la cuarentena de los grupos de alto riesgo, aún sin seropositividad, lo cual es comparable con la obligación de observar los derechos humanos. Al parecer, en la mayoría de los países tampoco se ha recomendado el paso siguiente, es decir, el aislamiento de todo individuo infectado con el VIH, independientemente de sus circunstancias personales, exclusivamente para proteger la salud pública. Si esto llegara a ponerse en práctica, plantearía serias preguntas de derechos humanos. La única excepción a una prohibición del aislamiento general, podría permitirse en situaciones en que el individuo infectado con el VIH es aislado para su propia protección, como en el caso de aquellos que se encuentran en un medio ambiente institucional, en el que el comportamiento de los demás podría ponerlos en peligro, como por ejemplo, en prisión o, en ciertos casos, en un sanatorio u hospital mental. Pero incluso estos casos plantean serias preguntas sobre la violación del derecho a la libertad personal por razones de consideración social. Para ser fiel a los principios de los derechos humanos, deberá evitarse cualquier decisión arbitraria o discriminatoria que resulte en una pérdida adicional de libertad.

También pueden ocurrir casos de detención como resultado de la infección por el VIH en el ámbito de la inmigración o deportación. Aún no está claro cómo se pondrán en práctica a nivel mundial las medidas necesarias para realizar pruebas de detección del VIH en ciertos viajeros internacionales, tema que se tratará a continuación. ¿Se detendrá a los individuos VIH-positivos antes de deportarlos? ¿Será prolongada la detención? ¿Cabe la posibilidad de que la detención sea arbitraria?

Es necesario encontrar respuestas a estas preguntas, teniendo en cuenta la fuerte tendencia a favor de la libertad del individuo, que es la piedra angular de los derechos humanos. Cualquier decisión de restringir la libertad del individuo se basa en la premisa de que la pérdida de la libertad es justificada cuando se trata de una medida de salud pública. Dado tanto el largo período latente de la infección por el VIH como los medios de transmisión, esta premisa es sumamente dudosa.

El derecho a la libertad también abarca otras libertades mencionadas en los textos internacionales sobre derechos humanos y detalladas a continuación: el derecho a circular libremente (derecho de movilidad), a contraer matrimonio (derecho a fundar una familia) y a someterse voluntariamente a experimentos médicos (experimentación médica).

### **3.1.3.10 La Seguridad**

La Seguridad se refiere a la dignidad e incluye el derecho a la privacidad. Obviamente, los derechos de privacidad están en peligro de ser violados por las pruebas de control del SIDA. Las pruebas y los exámenes selectivos obligatorios, sobre todo cuando no existe un potencial verídico para la transmisión o cuando este es limitado, bien podría considerarse una violación del derecho de la privacidad. Las razones de salud pública que impulsan este tipo de pruebas deberían evaluarse cuidadosamente en función de los riesgos de propagación de la infección y de la eficacia de las pruebas. Los exámenes selectivos masivos tendrían que basarse en un sistema de valores que coloca los intereses de la sociedad en ambientes especializados, tales como hospitales y prisiones,

también deberán tener en cuenta los riesgos y propósitos, aunque en estos lugares bien podría tratarse de equilibrar los intereses de un individuo versus los de otro. El interés cada vez mayor en instituir por ejemplo en el caso de pilotos comerciales por los posibles efectos neurológicos de la infección por el VIH, plantea la pregunta de que si se debiese aguardar la manifestación de los síntomas, según parece ser la posición de la OMS.

Una vez que se ha realizado la prueba de detección, surge otro tema relacionado con la privacidad: el secreto profesional. El carácter confidencial de los registros médicos constituye un principio básico de la ética médica que se remota al juramento hipocrático. Es esencial que el paciente sea sincero con el médico, para permitir así un tratamiento adecuado. Por lo general, se considera que el derecho del individuo a información confidencial tiene mayor peso que los intereses de la sociedad. Los informes epidemiológicos, por ejemplo, se recopilan de manera anónima. En ciertas circunstancias, sin embargo, se requiere la notificación de nombres en casos específicos de infecciones por el VIH (en lugares donde la ley exige la notificación de enfermedades infecciosas o venéreas, esta leyes pueden aplicarse en el caso de la infección por el VIH o el SIDA). El rastreo de contactos ha constituido, durante muchos años, una medida común de salud pública para luchar contra las enfermedades de transmisión sexual, aunque por lo general el proceso es confidencial, es decir, no se revela el nombre de la persona que posiblemente haya transmitido la infección, y se requiere, preferiblemente, el consentimiento de la persona infectada para contactar a la pareja expuesta. En tal situación, los intereses en juego por lo general son individuo versus individuo o secreto profesional versus a saber.

Existe cierta inquietud de que la ejecución de pruebas anónimas de muestras aleatorias de sangre, sin notificar al paciente, de resultados positivos confirmados, posiblemente violen el derecho del paciente a saber. Abundan las preguntas: ¿Los empleados del servicio de emergencia y de atención de la salud, sobre todo aquellos encargados de procedimientos invasores, tiene la responsabilidad de informar a sus hospitales, a los demás empleado o a sus pacientes? ¿Tiene acaso la responsabilidad de dejar su trabajo?

Para tomar este tipo de decisiones es de importancia crítica una evaluación del riesgo de infección, la gravedad del riesgo y el propósito de la revelación. Otra pregunta de igual importancia es: ¿Quién tiene la responsabilidad de informar al paciente? Estas preguntas presentan problemas serios para los cónyuges, las parejas sexuales conocidas, el persona de emergencia, los empleados de la salud, el individuo, etc. Cualquier revelación de información confidencial deberá limitarse únicamente a aquellas personas que se considere tiene derecho a saber, y parece no haber consenso respecto de quiénes podrían ser estas personas. En los Estados Unidos, donde estos temas han atraído mucha atención debido al gran número de casos del SIDA, al parecer aún no se ha llegado a un consenso. Algunos estados prohíben la revelación de los resultados de la prueba excepto a la persona que se somete a ella, otros exigen la revelación a las autoridades de salud, el personal de emergencia y las funerarias. Otro asunto relacionado con el derecho de privacidad es la pregunta del asesoramiento, la necesidad de explicar el significado de la seropositividad y seronegatividad, las posibles consecuencias médicas y el peligro de la propagación de la infección.

Un tema similar, que requiere una decisión entre la necesidad de mantener el secreto profesional y otros aspectos, es el deseo de proteger al individuo infectado contra peligros tales como exposición a enfermedades contagiosas (en hospitales, colegios, etc.) Parecería lógico que en este caso el individuo debería tener el derecho a saber.

### **3.1.3.. La Vida, la Libertad y la Seguridad en los textos Internacionales.**

Entre los derechos humanos reconocidos mundialmente, el más importante es el derecho "a la vida, a la libertad a la seguridad de su persona". Este derecho, en esas mismas palabras, aparece en el Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Otros textos internacionales y regionales se han expresado más detalladamente sobre le derecho a la vida, la libertad y la seguridad, especificando los derechos a la privacidad, la movilidad y la familia.

### **3.1.3.12- Derecho a Circular Libremente.**

Definidos repetidamente como las libertad de residir en un país y salir de el podrían verse restringidos por los requisitos de exámenes selectivos obligatorios, que se aplicarían a las personas que salen de un país. (El derecho a entrar a un país por lo general no es reconocido en los documentos internacionales de derechos humanos.), La Carta Social de Europa, por otro lado otorga a los ciudadanos de una Parte signataria el derecho de trabajar en otra Parte signataria. Aquí, la decisión a tomarse oscila entre la libertad del individuo y la sociedad. El párrafo sobre los Viajeros Internacionales, a continuación, habla sobre los derechos de circular libremente y del SIDA.

### **3.1.3.13- Derecho a Fundar una Familia**

El derecho a fundar una familia podría verse afectado por la ejecución de un examen selectivo obligatorio de las parejas antes del matrimonio, lo cual, podría tener como resultado la negación de una licencia matrimonial, en base a la seropositividad del VIH (La Ley en unos de los estados de los E.U.), El derecho a fundar una familia esta protegido en el Artículo 16 de la Declaración Universal, el Artículo 12 del Convenio Europeo, el Artículo VI, de la Declaración Americana y el Artículo 17 de la Convención Americana. El objetivo de este tipo de enfoque probablemente sería proteger a la pareja no infectada, aunque parecería ser un enfoque mas razonable permitir que el individuo mismo tome esa decisión. En este caso, los intereses a evaluarse son los de un individuo VS los del otro.

### **3.1.3.13- Experimentos Médicos.**

La participación con experimentos médicos sin un consentimiento informado (prohibido por la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos al Igual que por los Códigos Internacionales de ética medica), constituiría una violación de unos de los principios básicos de los derechos humanos establecidos mundialmente durante los juicios de Nuremberg. Equivaldría a una violación de la libertad individual.



### 3.1.3.14 Discriminación.

Otro aspecto de importancia crítica en el ámbito de la posible violación de los derechos humanos es la discriminación en contra de personas infectadas por el VIH.

La igualdad ante la Ley y el derecho a no ser discriminado son los fundamentos primordiales de los derechos humanos. La prohibición de la discriminación es un intento para garantizar que la Ley trate por igual a todas las personas y que las distinciones que se hagan no sean arbitrarias. Toda distinción en la Ley debe tener una base razonable.

Si bien ninguno de los textos de derechos humanos habla sobre la seropositividad del VIH o incluso menciona individuos "minusválidos" o afectados de alguna otra manera, la intención obviamente es la de relacionar cualquier distinción con un propósito jurídico.

En este contexto, el principal valor social es la firme creencia de que todos los seres humanos han sido creados iguales. Todo ser humano tiene derecho a desarrollarse y llevar una vida normal, dentro de sus propias posibilidades. Las posibles repercusiones sobre cualquier individuo afectado por el VIH son obvias. Es posible que los síntomas no se manifieste por años, ¿pero, por mientras, se privara al individuo de una vida normal?. La discriminación puede manifestarse, y de hecho ya sea manifestado, en el lugar de empleo la atención de la salud, la vivienda, la educación e incluso en los funerales. En el ámbito de la inmigración, la discriminación parece ser una tendencia común.

Las sociedades deberán enfrentarse a estas preguntas, conscientes de que ningún documento sobre derechos humanos justifica la distinción arbitraria basada en una u otra condición. Para ajustarse a los principios de los derechos humanos, cualquier distinción tendría que estar relacionada con el propósito de proteger a la sociedad u otros individuos. Dados los medios de transmisión, estas distinciones deberían de ocurrir con muy poca frecuencia y no deberían de ser automáticas en los casos de la seropositividad del VIH, por lo menos a la luz de los conocimientos científicos actuales.

En los instrumentos internacionales se prohíbe la discriminación en los ejercicios de los derechos humanos por motivos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición", Artículo 2, Declaración Universal; Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales ; Artículo 2 Del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; "sin distinción alguna de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, credo, ni otra alguna", Artículo II, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social". El Artículo 1 de la Convención Americana de la Carta Africana prohíbe "Discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

Si bien estos textos no hacen mención específica del trastorno físico como una distinción discriminatoria, en años recientes, los derechos civiles han sido ampliados de manera de prohibir la discriminación en contra de cualquier persona.

Los derechos humanos internacionales, aunque quizá se considere que no se puedan hacer cumplir de la misma manera que las leyes nacionales, tienen importancia. Su cumplimiento está sujeto a la mortificación de diversos organismos internacionales. Pero y quizás aun más importante, estos documentos establecen normas de conductas que las naciones civilizadas y sus organizaciones internacionales deberían seguir.

La protección a la salud es algo que va muy ligado con lo anterior y se deduce que los principales principios que se deben observar son los siguientes:

- se debe proteger la salud pública;
- se deben respetar los derechos humanos y prevenir la discriminación;
- a pesar de que aún no existe una vacuna, ya sabemos del SIDA precisamente porque la transmisión del VIH se puede prevenir a través de un comportamiento informado y responsable;

- la lucha contra el SIDA requerirá un compromiso sostenido social y político;
- todos los países necesitan un programa nacional del SIDA completo, integrado en los sistemas nacionales de salud y vinculado a través de una red mundial;
- la vigilancia y evaluación sistemática asegurará que la Estrategia Mundial pueda ajustarse a las condiciones respectivas y fortalecerse a medida que avanzamos.

Uno de los factores de importancia crítica para el éxito de la estrategia y para garantizar un cambio en el comportamiento son los programas informativos y educativos

- todos los países necesitan un programa nacional del SIDA completo, integrado en los sistemas nacionales de salud y vinculado a través de una red mundial;
- la vigilancia y evaluación sistemáticas asegurarán que la Estrategia Mundial pueda ajustarse a las condiciones respectivas y fortalecerse a la medida que avanzamos.

Uno de los factores de importancia crítica para el éxito de estrategia y para garantizar un cambio en el comportamiento son los programas informativos y educativos programados en cuatro partes: para el público en general, para ciertos grupos específicos de la población, para individuos específicos y para los empleados de salud. Es esencial un ambiente social de apoyo, en el que haya tolerancia y donde se evite la discriminación. También se requieren servicios de salud y sociales, como por ejemplo el tratamiento para usuarios de drogas por vía intravenosa, los servicios de asesoramiento de largo plazo, los servicios para pruebas voluntarias de detección del VIH y los servicios de disponibilidad de preservativos. Para poder reducir el impacto personal y social de la infección por el VIH, es esencial una atención humanitaria.

Por consiguiente, el objetivo del Programa Global ha sido asegurar que el SIDA no sea tratado únicamente como una condición médica, sino que se reconozca que tiene repercusiones sociales, económicas, culturales y, hasta cierto punto, políticas. La OMS se ha comprometido a defender los derechos humanos en su lucha contra el SIDA, ha facilitado la libre circulación de información y ha promovido las investigaciones biomédicas, sociales, epidemiológicas y de conducta sobre la infección por el VIH y el SIDA. En los informes Especializados

de las Reuniones Consultivas que se relatan a continuación, se reconoce la importancia de los derechos humanos.

La Declaración de Londres para la Prevención del SIDA (Cumbre Mundial de Ministros de salud sobre Programas de Prevención del SIDA), del 26-28 de enero de 1998, dice lo siguiente: "6. Insistimos en la necesidad de que los programas de prevención del SIDA protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas. La discriminación y la estigmatización de los sujetos deben evitarse". La declaración de la OMS sobre los aspectos sociales de los programas de lucha contra el SIDA afirma que las estrategias en la lucha contra el SIDA pueden ejecutarse de manera que respeten y protejan los derechos humanos.

Se ha logrado asegurar el apoyo de todas las naciones para esta estrategia mundial. A través de las reuniones anuales de las partes participantes (que empezaron en 1985) con la participación de los representantes de los Estados Miembros, las organizaciones y organismos especializados de las Naciones Unidas, las organizaciones intergubernamentales y no-gubernamentales, las fundaciones y otras instituciones, se ha podido movilizar recursos humanos y financieros. La libre circulación de información técnica ha mejorado como de la OMS en Materia del SIDA en todo el mundo (que también se reúnen periódicamente) y de las declaraciones de consenso sobre temas tales como la Transmisión del SIDA, la Infección por el VIH, etc. El Programa Global sobre el SIDA mismo ha proporcionado a la comunidad con Informes sobre la Situación y Circulares Informativas sobre todos los aspectos de la enfermedad.

Las actividades informativas no son más que una pequeña muestra de la respuesta de la OMS ante la epidemia del SIDA.

A partir del 1 de abril de 1981, el programa, que ahora comprende cinco unidades (Fomento de la Salud, Apoyo de Programas Nacionales, Investigaciones y Desarrollo, Vigilancia, Proyección y Evaluación de Impactos, Gestión, Administración e Información), en colaboración con las Oficinas Regionales de la OMS y representantes en los países, también ha proporcionado apoyo técnico y financiero a más de 120 países. Esta cooperación técnica está diseñada para fomentar el desarrollo nacional y la ejecución y evaluación de su programa de

prevención y lucha contra el SIDA, según lo requiere la Estrategia Mundial del SIDA.

La función de liderazgo que deberá asumir la OMS para resolver esta nueva crisis del sector salud ha sido reconocida por otras organizaciones de las Naciones Unidas, como el Banco Mundial y los Programas de Desarrollo de las Naciones Unidas; por los Estados Miembros, independientemente de su situación de desarrollo económico, sistema políticos o modelo epidemiológico de transmisión del SIDA, por las agencias donantes y por las instituciones de investigaciones técnicas.

¿Pero qué importancia tiene la ley, sea nacional o internacional, en este panorama? La mayoría de las reuniones de la OMS sobre el SIDA no ha tratado por separado los asuntos jurídicos. La Estrategia Mundial del SIDA y la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud no se ocupan de las medidas jurídicas. Más bien, las recomendaciones se formulan mediante políticas, aunque es evidente (por lo menos para los abogados) que la incorporación de dichas políticas tomará la forma de una acción legislativa en la mayoría de los casos, de una reglamentación ejecutiva en otros y, ocasionalmente, de una decisión jurídica.

La OMS no ha desarrollado un conjunto de recomendaciones para la toma de medidas jurídicas en la lucha contra el SIDA, ya que este tipo de medidas no corresponden al patrón de actividades de la Organización. En términos generales, la OMS no participa en la promulgación o revisión de la legislación nacional. La Organización se ha abstenido del uso de instrumentos jurídicamente obligatorios del derecho internacional y se ha centrado en recomendaciones relacionadas con los aspectos más bien técnicos de la salud. Este prejuicio contra las recomendaciones relacionadas con los aspectos técnicos de la salud. Este prejuicio contra las recomendaciones jurídicas es tanto natural como deliberado: los delegados y la mayoría del personal capacitado en los ámbitos de la medicina, la salud pública y otros campos afines, no necesariamente ha recibido adiestramiento formal o tiene experiencia en asuntos legislativos. Se considera que la legislación, y, en menor grado, la reglamentación no forman

parte de su competencia ordinaria o su experiencia profesional. Además, se considera que las leyes no son un ámbito que es preferible dejar en manos de la nación misma, un punto de vista que la OMS ha apoyado mediante su tradicional abstinencia ante asuntos obviamente "políticos", y las actividades legislativas son, pro naturaleza políticas. Por tanto, la función de la OMS en el campo de la legislación ha consistido en realizar estudios comparativos a través de la recopilación y difusión de información sobre las actividades nacionales, principalmente en el International Digest of Health Legislation, una publicación bimensual que resume las actividades legislativas (y ocasionalmente normativas o jurídicas) en materia del derecho sanitario en todo el mundo. La Unidad de Legislación Sanitaria también ha emprendido o patrocinado varios estudios comparativos sobre temas relacionados con el derecho sanitario.

Por tanto, era natural que la Unidad de Legislación Sanitaria cooperara con el Programa Mundial sobre el SIDA en la recopilación y difusión de información sobre las medidas legislativas nacionales adoptadas respecto del SIDA. Se han preparado dos estudios si bien incompletos: el primero trata de la legislación nacional sobre el SIDA y el segundo, de las restricciones de los viajes internacionales de personas infectadas por el VIH.

Trataremos ahora las recomendaciones específicas de la OMS respecto de las políticas a seguirse en el contexto del SIDA, lo que en algún momento requerirá legislación nacional, y luego continuaremos con una revisión breve de las legislaciones nacionales ya promulgadas y notificadas a la OMS inoficialmente.

### **3.1.3.15. Recomendaciones Específicas de la OMS**

#### **1.- Viajeros Internacionales**

El Reglamento Sanitario Internacional, en la forma modificada, está diseñado para:

Conseguir la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades con un mínimo de trabas para el tráfico mundial. En vista de la creciente importancia que hoy se concede a la vigilancia epidemiológica como medio de descubrir y combatir las enfermedades transmisibles, el nuevo

Reglamento tiene por objeto estimular la aplicación de los principios epidemiológicos en el plano internacional, descubrir, reducir o eliminar las fuentes de propagación de las infecciones, mejorar las condiciones de saneamiento en los puertos y aeropuertos y en sus inmediaciones, impedir la difusión de vectores y, en términos generales, fomentar las actividades epidemiológicas nacionales para reducir en todo lo posible el riesgo de implantación de infecciones procedentes del exterior.

En su revisión especial de los requisitos para viajes internacionales de personas infectadas por el VIH, la Reunión Consultiva de la Organización Mundial de la Salud sobre Viajes Internacionales (WHO/SPA/GLÓ/87.1), se expresó firmemente en contra de exigir certificados de viaje u otros requisitos de las personas infectadas por el VIH. Respecto de la pregunta de los exámenes selectivos para viajeros internacionales, se llegó a la conclusión de que el Reglamento Sanitario Internacional, en su forma actual, limita las medidas de salud que las autoridades nacionales pueden adoptar con respecto a los viajeros internacionales. A la llegada de los viajeros no es posible imponerles medidas ni exigirles documentos sanitarios que no estén previstos en el Reglamento.

Los participantes de la Reunión Consultiva no ignoraban, sin embargo, que algunas autoridades nacionales están estudiando la posibilidad de aplicar medidas adicionales encaminadas a limitar la entrada de personas con VIH positivo, Teniendo en cuenta:

- 1) Los medios de transmisión,
- 2) El corto período de tiempo durante el cual quizás no se detecten los anticpos,
- 3) La falta de precisión (identificación correcta de todos los positivos verdaderos) y la especificidad de las pruebas (identificación correcta de todos los negativos verdaderos).
- 4) La posibilidad de la introducción de VIH a través de ciudadanos que regresen al país, durante las reuniones consultivas se llegó a la siguiente conclusión:

Ningún programa de exámenes de detección para viajeros internacionales puede prevenir la introducción y propagación de la infección por el VIH por más de un tiempo breve. La reunión consultiva también calificó como poco realista el uso de los aspectos clínicos del SIDA como criterios para la exclusión (debido a la naturaleza no específica de las manifestaciones y los síntomas de la CRS y del SIDA, al igual que la mayor infectividad de las personas en etapas avanzadas de la infección por el VIH). En las reuniones se habló, además, de los aspectos esenciales de los exámenes selectivos para viajeros internacionales de manera de detectar la infección por el VIH (la eficacia de la salud pública, diseño del programa de exámenes selectivos): ¿Quién deberá someterse al examen? ¿Dónde y cuándo deberá llevarse a cabo el examen? ¿Cuáles podrían ser las consecuencias negativas de los exámenes selectivos para los programas nacionales del control del SIDA?

En el contexto de los aspectos relacionados con el manejo de los casos positivos, las reuniones consultivas se centraron no solamente en los costos, sino que también en las consideraciones éticas y legales, llegando a la siguiente conclusión:

Las consideraciones jurídicas concretas a que podría dar lugar un programa de examen de detección varían según los países. En muchos países la aplicación de políticas de detección y la prohibición de entrada a los viajeros sobre la base de los resultados de las pruebas requeriría la promulgación de leyes o reglamentos especiales.

Las consideraciones éticas suscitadas por el programa de detección son múltiples y entre ellas figuran la confidencialidad y el derecho a una atención y un asesoramiento humanitario (como medida de prevención de los posibles efectos psicológicos negativos); En el contexto de las "consideraciones fundamentales relativas a los exámenes de detección del VIH", también se tomó en cuenta "la aceptabilidad social y política. Los participantes a la Reunión opinaron que:

Las consecuencias sociales y políticas del establecimiento de un programa de detección del VIH para los viajeros internacionales podrían incluir una marcada deterioración de las relaciones bilaterales o regionales y un mayor



estigmatización de ciertos grupos o nacionalidades. Estos efectos resultarían probablemente agravados si el programa de detección se aplicara según criterios geográficos o geopolíticos.

La conclusión de la Reunión de Consulta fue una recomendación enfática en contra de examinar a los viajeros internacionales:

Los participantes de la reunión consultiva recomiendan resueltamente que se tenga en cuenta todas las consideraciones enumeradas cuando se piense en la posibilidad de implantar un programa de exámenes de detección para viajeros internacionales. La desviación de recursos para destinarlos a la detección de posibles portadores del VIH entre los viajeros internacionales en lugar de destinarlos a la detección de posibles portadores del VIH entre los viajeros internacionales en lugar de destinarlos a programas de educación, a la protección de los suministros de sangre y a otras medidas encaminadas a prevenir la transmisión parenteral y perinatal, sería difícil de justificar teniendo en cuenta los factores epidemiológicos, jurídicos, económicos, políticos, culturales y éticos que militan contra la adopción de una política de esta clase. Ningún programa de exámenes selectivos para los viajeros internacionales puede prevenir la introducción y propagación de la infección por el VIH. En consecuencia, los participantes de la reunión consultiva llegan a la conclusión de que los programas de detección del VIH para los viajeros internacionales permitirán solamente, en la mejor de los casos, y con grandes costos retrasar por breve la propagación del VIH tanto en el plano mundial como en el interior de cualquier país en particular.

Durante la Reunión de Consulta también se señaló que no existe una razón específica para limitar el uso de los medios de transporte público por las personas infectadas por el VIH y se concluyó con recomendaciones para los viajeros internacionales respecto de cómo protegerse de la infección por el VIH. El informe de la Reunión, si bien no es una publicación formal de la OMS, refleja la filosofía de la Organización respecto de este tema, y es posible que en un futuro se adopten sus recomendaciones de manera más formal.

De manera similar, la publicación oficial de la OMS sobre los Certificados de Vacunación Requeridos y Consejos de Salud Para los Viajes Internacionales

(1988), después de presentar una lista de requisitos de vacunación por país y antes de hablar sobre la distribución geográfica de los riesgos de salud y las precauciones contra ciertas enfermedades y lesiones, describe algunos riesgos de salud a los cuales los viajeros podrían verse expuestos. Aquí encontraremos un breve capítulo sobre las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y la infección por el VIH, que incluye la misma información básica de salud pública y educación detallada en el folleto mencionado anteriormente, que asesora a viajeros internacionales.

Por lo tanto, la OMS ha adoptado una actitud muy negativa acerca de la conveniencia o eficacia de los programas de exámenes selectivos para los viajeros internacionales. Sea como resultado del asesoramiento de la OMS a raíz de un razonamiento similar por parte de los funcionarios nacionales de salud pública, han habido pocas o ningunas propuestas a favor de la ejecución de exámenes selectivos para viajeros internacionales. Aparentemente, algunos países han adoptado requisitos de certificado del SIDA para extranjeros que vienen al país por un período de tiempo prolongado. El requisito de certificación puede ser global, aunque a menudo se limita a personas de ciertas áreas geográficas. Las categorías más comunes de personas que deben obtener un certificado, son aquellas que solicitan permiso de residencia por motivos de trabajo o estudio o para períodos no específicos que varían desde un mes hasta la estadía permanente. Países de todo el mundo y de todos tipos de sistemas políticos parecen haber adoptado este tipo de medidas.

La gran importancia asignada a la residencia a largo plazo en estos requisitos parecería indicar una inquietud por la propagación de las enfermedades, de acuerdo con la teoría de que la probabilidad de transmisión es mayor si la persona reside en el país durante un período de tiempo prolongado. Aunque posiblemente también refleje una preocupación respecto del pago de los servicios médicos en el caso de la infección del SIDA. Sin embargo, ya que se puede negar la entrada en un país basándose en la seropositividad solamente y posiblemente inexacta. Dada la alta tasa de falsos positivos en poblaciones de bajo riesgo y la limitada relación temporal con el proceso demasiado engorroso y

restrictivo. Si se tratara únicamente de los aspectos de atención médica, el sistema utilizado en el Reino Unido (donde ni la seropositividad ni el diagnóstico del SIDA son razón para la expulsión; pero si se requerirá tratamiento médico durante la estadía, deben estar los recursos financieros necesarios ya que el servicio nacional de salud cobrará por sus servicios) parecería ser más directo y respetar en mayor grado los derechos de libertad de la persona en cuestión. Además, podría considerarse discriminatoria la aplicación de la prueba únicamente a personas de ciertas áreas, a menos que esté obviamente relacionada con la prevalencia del VIH.

La aplicación restrictiva en el caso de personas que vienen de áreas infectadas en un enfoque tradicional de la salud pública (según lo mencionado anteriormente, las Reglamentaciones Internacionales de Salud fomentan dicho enfoque restrictivo). Pero para adherirse a la preferencia general de las “medidas” menos restrictivas y la prohibición en el ámbito internacional de la discriminación basada en la nacionalidad, la raza y otras condiciones, la selección de las áreas geográficas de origen debe estar relacionada exclusivamente con el potencial de infectividad.

Debido:

- 1) Al derecho generalmente aceptado de los países de determinar quién puede entrar en el territorio nacional, como lo prueba la ausencia de derechos de libre circulación de este tipo en los documentos internacionales sobre los derechos humanos y como resultado de
- 2) Las excepciones por razones de “salud pública” y “emergencia pública”, que permiten restricciones razonables de los derechos humanos individuales a favor de ciertas medidas jurídicas diseñadas para proteger la salud pública, es posible que se considere que los requisitos antes mencionados no violen lo estipulado por los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Por otro lado, estos requisitos no se justifican como medidas de salud pública para prevenir la entrada del VIH en un país, según lo señalado en las reuniones, ya que actualmente se conoce oficialmente la presencia del VIH en 177 países

del mundo y porque los ciudadanos que regresen al país bien podrían estar infectados. Además, los turistas, otros extranjeros que permanecen en el país durante poco tiempo y las categorías exentas (como los diplomáticos) también pueden transmitir la enfermedad durante su estadia en el país. Es por esta razón que las restricciones parecen ser innecesarias, a menos que conciernan específicamente las inquietudes respecto del pago de los costos médicos. Este caso pertenecería a la categoría tradicionalmente aceptada para la exclusión de extranjeros residentes es decir, el requisito de probar que el extranjero no se convertirá en una carga para el estado.

En algunos países, que se han resistido a establecer requisitos para realizar pruebas de VIH en solicitantes de visado, se ha planteado un problema adicional: el temido "efecto dominio", que podría tener como resultado la exigencia de exámenes selectivos en masa en otras poblaciones de bajo riesgo, lo que, por otro lado, llevaría a un uso incluso menos sensato de los fondos públicos, una mayor violación de la privacidad y un aumento en el posible número de falsos positivos, lo que afectaría seria e innecesariamente la vida y la salud mental del individuo. Existen preocupaciones adicionales respecto de la necesidad del "consentimiento informado" para pruebas médicas, y la forma de obtenerlo, en los países que han adoptado este criterio respecto de la relación médico-paciente.

En resumen, la mayoría de estas restricciones parecería restringir innecesariamente los derechos de libertad del individuo, plantearían problemas de discriminación basados en la nacionalidad y parecerían no estar orientados hacia la protección de la salud pública.

## 2. Programación de exámenes selectivos del VIH.

La sección anterior abordó tanto las recomendaciones de la OMS como la ejecución en los diferentes países de los exámenes selectivos para viajeros internacionales - sobre todo de extranjeros que buscan entrar en un país. Esta sección recalcará los programas de exámenes selectivos para los ciudadanos de

ese mismo país. Aquí, una vez más, se manifiesta la preocupación de la OMS respecto de los derechos humanos.

En la introducción al Informe de la Reunión de la OMS sobre Criterios para los Programas de Detección del VIH, el Comité observó lo siguiente:

Cuando la enfermedad no tiene tratamiento, la detección puede seguir siendo útil al permitir la identificación de las personas afectadas, gracias a lo cual podrán tomarse medidas concretas para evitar que otras enfermen. Esta última aplicación de la detección, sin embargo, plantea a menudo complejos problemas sociales que son difíciles de resolver. Así, por ejemplo, es natural que con frecuencia se formulen propuestas de detección de relación con la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y con los esfuerzos de las autoridades sanitarias por combatir los agentes causales, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los retrovirus afines. No obstante, la utilidad de los programas de detección propuestos ha de sopesarse cuidadosamente frente a sus posibles efectos deletéreos.

Los programas de detección del VIH plantean vastos problemas que rebasan la simple identificación de los individuos infectados. Debido a las modalidades sumamente restringidas de propagación del VIH, al carácter privado del comportamiento que suele asociarse a la transmisión y a la ausencia actual de cualquier medida específica, los programas de detección deben abordarse con grandes precauciones. Tales programas pueden entrañar intromisiones y resultar poco eficaces en relación con su costo, además de distraer recursos humanos, materiales y financieros de los programas de educación que hoy se consideran como la medida preventiva primordial y más eficaz de que se dispone.

Los criterios que deben tenerse en cuenta al planificar y ejecutar programas de detección del VIH reflejan tanto una profunda y detallada preocupación por los derechos humanos de los individuos para los que se propone dichos exámenes

como un entendimiento de los costos relativos y las ventajas de los exámenes selectivos. A continuación presentamos algunos de estos criterios:

- a) ¿Qué justificación tiene el programa propuesto?
- b) ¿Qué población se va a someter a la detección?
- c) ¿Qué método de prueba se va a usar?
- d) ¿Dónde se van a hacer las pruebas de laboratorio?
- e) ¿Qué se va a hacer con los datos obtenidos en las pruebas?

(Consideraciones: Forma de identificar la información; manejo y almacenamiento de registros; acceso de la persona examinada a la prueba; medidas jurídicas para garantizar el secreto profesional; acceso de terceros a los resultados de la prueba;)

- f) ¿Qué plan se adoptará para comunicar los resultados a las personas examinadas?

- g) ¿Cómo se debe orientar la labor de consejo?

- h) ¿Cuál es el impacto social de la detección?

(Consideraciones: Las consecuencias sociales adversas que tiene la participación en los programas de detección (incluso aunque los resultados sean negativos) pueden ser profundas y diversas: aislamiento social, pérdidas económicas, anulación de pólizas de seguros y limitación de las posibilidades de empleo, escolaridad, vivienda, asistencia sanitaria y servicios sociales.

Estos resultados potencialmente destructivos obligan a plantearse con especial urgencia los problemas de carácter confidencial y de consentimiento informado antes del comienzo de las pruebas.)

- y) ¿Qué consideraciones jurídicas y éticas suscita el programa de detección propuesto?

(Consideraciones: La detección del VIH implica la obtención de una información médica muy delicada que puede lesionar derechos humanos y jurídicos. El derecho individual a la intimidad puede resultar violado si se hacen públicos los resultados de la detección del VIH (o incluso sobre el hecho de que se haya solicitado o requerido la prueba) sin autorización del interesado o sin ventajas patentes para la salud pública. En áreas de los derechos humanos, lo mejor es

recurrir a la medida o a las medidas que menos intromisión entrañen para alcanzar el objetivo sanitario perseguido.

Consentimiento informado; evaluación de la prueba e identificación; procedimientos adecuados para eliminar falsos positivos; medidas jurídicas para garantizar el secreto profesional, excepto cuando se trata de razones de salud pública; leyes y remedios discriminatorios; remoción de la identificación de especímenes para otros fines;)

Se espera que las conclusiones del Comité, aunque se trata de una recomendación no oficial de la OMS y debido a la naturaleza restrictiva de las reuniones consultivas, serán posiblemente adoptadas en un contexto más formal. Las conclusiones se expresan fuertemente en contra de la ejecución de exámenes selectivos masivos y a favor de las pruebas voluntarias y el asesoramiento como métodos para lograr un cambio en el comportamiento de manera de frenar la propagación de la infección por el VIH. Aún así, se consideró que la identificación de grupos de alto riesgo ejecutada con cautela - era un objetivo de salud pública aceptable, aunque podría presentarse problemas si la actividad de dichos grupos fuera ilegal (como, por ejemplo, la prostitución, el uso de drogas por vía intravenosa, la actividad homosexual). El Informe concluye de la manera siguiente:

La propagación pandémica de la infección por el VIH debe ser objeto de estrecha vigilancia y planificación en el campo de la salud pública. La detección universal de donantes de sangre o productos sanguíneos y de donantes de células, tejido y órganos es una medida enteramente justificada... Como los otros modos de transmisión del VIH (acto sexual y/o uso compartido de material de inyección e infección perinatal) son consecuencias del comportamiento privado, la eficacia de los demás programas de salud pública dependerá en gran parte de la participación voluntaria y del fomento del cambio de conducta mediante consejos de carácter educativo.

Los datos sobre vigilancia epidemiológica pueden obtenerse, si es preciso, por métodos que no pongan en peligro los derechos humanos. Hay que reconocer la

complejidad de los problemas logísticos, técnicos, personales, jurídicos y éticos que entraña la detección obligatoria de poblaciones seleccionadas. A fin de que se reconozca plenamente esa complejidad, en el presente informe se incluye una amplia lista de los criterios que se deben considerar y satisfacer como parte integrante del proceso de planificación de todo programa de detección del VIH.

Tanto en interés de la salud pública como, lo que toca a los derechos humanos, todos estos problemas deberán abordarse con sumo cuidado al emprender programas de detección en el marco de la política de lucha contra el VIH.

### **3.1.3.16. El SIDA en las Cárceles**

Se celebró una Reunión Consultiva similar del 16-18 de noviembre de 1987 sobre el tema de la Prevención y Lucha contra el SIDA en las Cárceles. Sus conclusiones, una vez más, ponen de relieve los derechos humanos del individuo, incluso en prisión. Las siguientes son algunas: de las recomendaciones pertinentes de la declaración consensual:

La prevención y lucha contra la infección por el VIH deben considerarse en función de la necesidad de mejorar considerablemente el nivel general de higiene y sanidad de los establecimientos carcelarios.

Incumbe pues a las autoridades penitenciarias la responsabilidad... de minimizar la propagación de la enfermedad, con información actualizada sobre el SIDA y sobre medidas preventivas.

Además, a los presos con SIDA se les debe ofrecer la liberación anticipada, por razones humanitarias y más económicas ya que la manutención de un interno con la enfermedad causara un deterioro en alguna partida presupuestal ya que en términos de la realidad que se vive en el penal normalmente ni la medicina llega así que le haríamos un favor y nos lo haríamos la sociedad en sí por que los recursos serian como caso todos los que se vierten en un penal son en vano, sin dejar de atender la finalidad de que puedan morir con dignidad y en libertad.

Los presos no deben sufrir prácticas discriminatorias en relación con el SIDA o la infección por el VIH (v.g., pruebas obligatorias, segregación o aislamiento), salvo cuando sean necesarias para su propio bienestar.



### 3.1.3.17. El SIDA en el suministro sanguíneo

Aunque la inquietud respecto del VIH en el suministro sanguíneo parece no estar directamente relacionada con el tema de los derechos humanos, sin lugar a duda es pertinente en el ámbito de las responsabilidades del Estado en virtud de los textos internacionales sobre derechos humanos y, a menudo, de las constituciones nacionales, para así garantizar el derecho social a la protección de la salud (sujeta a las realidades económicas del país) según lo determinen las autoridades oficiales). Los exámenes de detección masivos de la sangre donada han constituido, desde un principio, una preocupación constante. La OMS ya había expresado su interés en mantener la pureza del suministro sanguíneo del mundo mucho antes de que surgiera la pandemia del SIDA. En una resolución aprobada en 1975 (WHA28.72), la Vigésima Octava Asamblea Mundial de la Salud expresó su inquietud sobre el aumento de la comercialización del suministro sanguíneo mundial y señaló al mayor riesgo de la transmisión de enfermedades a través de la sangre de donantes remunerados. La Asamblea instó a los Estados Miembros a que:

- Fomenten el establecimiento de servicios nacionales de transfusión basados en la donación voluntaria y no remunerada de sangre; y
- Dicten una legislación eficaz que regular el funcionamiento de los servicios para proteger y fomentar la salud de los donantes de sangre y de los receptores de sangre y de productos sanguíneos.

Además, la Organización Mundial de la Salud ha emitido una lista Modelo de los Componentes Sanguíneos.

Más recientemente, la OMS se ha aliado con la Conferencia Internacional de la Cruz Roja y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas para formar el Consorcio Mundial para la Iniciativa de la Inocuidad Sanguínea, con el objetivo específico de contribuir a la lucha mundial contra la infección por el VIH y otras infecciones transmisibles por la sangre o los productos sanguíneos, asegurando un suministro adecuado de productos sanguíneos, asegurando un suministro adecuado de productos sanguíneos esenciales inocuos, eficaces y accesibles a un costo razonable para aquellos que los necesitan. Se incentiva la donación

voluntaria, al igual que la coordinación y el desarrollo de un servicio integrado de transfusión de sangre.

### **3.1.3.18 El SIDA y ciertas Situaciones Sociales Comunes**

En las siguientes declaraciones generales relativas a ciertas situaciones sociales comunes se han tenido en consideración:

- a) Los conocimientos derivados de numerosos estudios realizados en muchas partes del mundo.
- b) La declaración titulada Transmisión del VIH que se formuló en la Tercera Reunión de Partes Interesadas en junio de 1987 (OMS, documento inédito SPA/INF/87.5); y
- c) La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA (WH41.24).

1. Vivienda: No hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de vivienda a las personas infectadas por el VIH. Cuando una persona infectada por el VIH ha ocupado una vivienda y luego la abandona, no es preciso aplicar ningún procedimiento de limpieza o de otro tipo antes de que la ocupe otra persona.

2. Empleo: No hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de empleo a las personas infectadas por el VIH.

3. Educación: No hay ninguna razón sanitaria para restringir el acceso a la escuela o la plena participación en las actividades escolares, sean de nivel primario, como de niveles superiores, a los alumnos infectados por el VIH que estén sanos.

No a la Discriminación contra el SIDA: Necesidad de evitar toda Discriminación contra personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

La 41a. Asamblea Mundial de la Salud, vista la resolución WHA40.26 sobre la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA, así como la resolución

1987/75 del Consejo Económico y Social y la resolución 42/8 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre prevención y lucha contra el SIDA;

Haciendo suya la Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA adoptada unánimemente el 28 de enero de 1988 por la Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA;

Reconociendo que el SIDA es un problema mundial que representa una grave amenaza para la humanidad, y que es necesaria una acción urgente en todo el mundo para aplicar la estrategia mundial de lucha adoptada por la OMS;

Reconociendo la valiosa labor realizada por la OMS, a través del Programa Mundial sobre el SIDA, en la dirección y coordinación de la estrategia mundial;

Teniendo en cuenta las repercusiones de índole médica, ética, jurídica, socioeconómica, cultural y psicológica de los programas de prevención y lucha contra el SIDA;

Reconociendo la responsabilidad que incumbe a los Estados Miembros en la salvaguarda de la salud de todos y en la lucha contra la propagación de la infección por el VIH mediante sus políticas y programas nacionales, habida cuenta de su situación epidemiológica y de conformidad con la estrategia mundial;

Teniendo presente la responsabilidad que incumbe a los individuos de no exponerse a sí mismos ni exponer a los demás al riesgo de infección por el VIH;

Firmemente persuadida de que el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, es indispensable para la eficacia de los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA y de la estrategia mundial.

1. Insta a los Estados Miembros a que, en particular cuando establezcan y ejecuten programas nacionales de prevención y lucha contra la infección por el VIH y contra el SIDA:

1) Fomenten un espíritu de comprensión y compasión para las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA mediante programas de información, educación y apoyo social.

2) Protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, y a que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas en la prestación de servicios, el empleo y los viajes.

3) Garanticen la índole confidencial de las pruebas del VIH y fomenten la disponibilidad de asesoramiento confidencial y otros servicios de apoyo para las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

4) Incluyen en sus informes a la OMS sobre sus estrategias nacionales contra el SIDA información relativa a las medidas que estén adoptando para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

2. Exhorta a todas las organizaciones gubernamentales, y no gubernamentales e internacionales y a los organismos de beneficencia que estén ejecutando programas de lucha contra el SIDA a que velen porque en éstos tengan plenamente en cuenta las necesidades sanitarias de todas las personas, así como las necesidades sanitarias y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA.

3. Pide al Director General:

1) Que adopte todas las medidas indispensables para propugnar la necesidad de proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y las persona con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población.

2) Que colabore con todas las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales y con los organismos de beneficencia pertinentes en la tarea de subrayar la importancia para la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA de que se evite toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA.

3) Que insista acerca de los Estados Miembros y de todas las personas interesadas en poner de relieve los peligros que entrañan para la salud de todos, cualquier medida discriminatoria o estigmatizadora contra las personas infectadas.

### **3.1.3.19. El SIDA y otras Medidas de Salud Pública.**

Todos los países tienen el deber de establecer ciertos programas para prevenir la propagación del SIDA tanto a nivel mundial como nacional. Estos programas deberán incluir sobre todo actividades educacionales y de control del suministro sanguíneo que sean eficaces y de un costo relativamente bajo. Pero deberán ser los países mismos los que determinen el tipo de actividades a emprender, en conformidad con el principio básico de la Carta de las Naciones Unidas y el derecho de autodeterminación. Una imposición de prioridades por parte de una organización ajena no sería ni adecuada ni eficaz. La OMS reconoce esta realidad, al igual que la posibilidad de abuso de los derechos humanos. Para el futuro y las siguientes generaciones, sólo podemos esperar que disminuya la propagación.

### **3.1.4. LEY DE NORMAS MINIMAS PARA SENTENCIADOS.**

#### **Presos**

Existe un conjunto adicional de derechos humanos internacionales que podría ser pertinente a la luz de esta exposición sobre los derechos humanos internacionales y el SIDA: Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrada en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y social en sus Resoluciones 663C (XXXIV) del 31 de julio de 1957 (LXII) del 13 de mayo de 1977. Si bien el propósito de estas reglas, según se estipula en sus Observaciones Preliminares, párrafo 1, no es "describir en forma detalladas un sistema penitenciario modelo" si incluyen ciertas disposiciones que podrían aplicarse a los pacientes con SIDA en las prisiones (se desconoce la incidencia general en esa población; en las

cárceles de los Estados Unidos se han identificado más de 2,000 casos de infección por el VIH).

La Sección 10 sobre los locales destinados a los reclusos requiere que todo tipo de local “deberá satisfacer las exigencias de la higiene”. la Sección 22 (Párrafo 1) estipula que toda institución deberá ofrecer servicios médicos y que todo recluso que requiera tratamiento especializado será trasladado a una institución especializada o a un hospital civil. el párrafo 24 estipula que “el médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible de su ingreso..., en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; Asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas...” La Sección 44 requiere que, “en caso de fallecimiento del recluso, o d e enfermedad o accidentes graves..., el director informará inmediatamente al cónyuge, si el recluso fuere casado, o al pariente más cercano y en todo caso a cualquier otra persona designada previamente por el recluso”.

La importancia y relevancia de esta materia para los reclusos con SIDA son evidentes. Un aspecto crítico sería la pregunta de que si el SIDA es considerado una enfermedad infecciosa o contagiosa dentro de contexto de las Reglas es de importancia crítica. La respuesta a esta pregunta también es de importancia esencial para determinar el cumplimiento con el Reglamento Sanitario Internacional, detallado a continuación.

En resumen, los derechos civiles y sociales fundamentales pueden ser afectados por las respuestas nacionales a la epidemia del SIDA. La OMS ha subrayado el hecho de que se debe garantizar el respecto por los derechos humanos, Presentaría grandes dificultades poner en práctica los exámenes selectivos obligatorios, el aislamiento y la cuarentena sin limitar estos derechos humanos, a pesar de que dichas limitaciones podrían disfrazarse de medidas justificadas de salud pública.

### **3.1.5. REGLAMENTO DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL.**

Es de consideración el presente tema ya que muchos de los aspectos a los cuales nos hemos referido, tienen injerencia y se encuentran supuestamente regulados por el presente reglamento sin que a la fecha se pueda observar una eficaz y ejecutiva dirección de las distintas actividades que implica el tratamiento penitenciario.

No se ha encontrado a la fecha un solo sistema de concertación de acciones dinámico, eficaz y contemporáneo que ponga fin a los problemas que se viven en el interior de un Centro de Readaptación Social, como lo establece el mismo reglamento en su artículo 6°.

Uno de los problemas fundamentales que se presenta en los internos portadores del VIH, es el que sean trasladados indistintamente de su calidad procesal y que conserven hasta el momento el estado de indiciado ó procesado a la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla.

Lo anterior debe considerarse como un error ya que viene a constituir un severo problema al momento de trasladarlos de nueva cuenta al Juzgado en donde se lleva a cabo su causa penal. Perdiendo de igual forma que la demás población interna, poniéndolo así en desventaja y olvidando por completo una de las máximas penales como es la de "Induvio Pro Reo", así como lo establecido por el artículo 15 del reglamento en comento.

Otro grave problema, lo constituye la alimentación, y que no es sino hasta mediados del año próximo anterior, que los internos portadores del VIH que se encuentran instalados en el dormitorio 8 de la Penitenciaría del Distrito Federal a base de presiones lograron que la dieta fuese solo un poco mejor para ellos, (Rancho).

Como podemos observar lo comentado en los párrafos que anteceden, las problemáticas que mencionamos son las únicas que se dejan entre ver en el multicitado Reglamento por lo que opinamos que se debería abundar mas de manera ejecutiva y contemporánea y real, respecto de la vida de un interno en cualquier Centro de Readaptación Social, máxime si es portador del VIH. Para lo cual anexamos copia de fax enviado por los internos portadores del VIH, en la

Penitenciaria de Santa Martha Acatitla, mencionado muchas de las irregularidades que en esa Institución Penitenciaria se suscitan.



## CAPITULO

### IV

#### **IV.- LA REALIDAD PENITENCIARIA QUE SE VIVE EN MEXICANO, POR LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DE INTERNOS INFECTOCONTAGIOSOS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.**

- 4.1. CLASIFICACION DEL SUJETO AL INGRESAR COMO INTERNO A CUALQUIER CENTRO DE READAPTACION SOCIAL.**
  - 4.1.1. LINEAMIENTOS QUE SIGUEN LAS AUTORIDADES PENITENCIARIAS PARA REALIZAR LA CLASIFICACION DEL INTERNO.**
  - 4.1.2. GRUPOS CLASIFICADOS DE ALTO RIESGO. -**
    - 4.1.2.1. CARACTERISTICAS DE LOS INTERNOS QUE LO CONFORMAN.**
  - 4.1.3. LA RELACION QUE TIENE EL INTERNO INFECTOCONTAGIOSOS CON EL DELITO QUE VA A EXPIRAR.**
- 4.2. EL INTERNO Y EL SEXO. (VISITA CONYUGAL)**
- 4.3. PERIODICIDAD DEL EXAMEN DE DETENCION Y TRATAMIENTO DEL VIH EN LOS CENTROS DE RECLUSION.**
- 4.4. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES QUE DEBERAN OBSERVARSE EN LOS CENTROS DE READAPTACION SOCIAL, CON LA FINALIDAD DE EVITAR VIOLACIONES DE GARANTIAS CON UNA MEJOR PROYECCION DEL SISTEMA PENITENCIARIO.**

#### **IV.- LA REALIDAD PENITENCIARIA QUE SE VIVE EN MEXICO POR LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DE INTERNOS INFECTOCONTAGIOSOS DEL VIH, Y PROPUESTAS EN RELACION AL TRATAMIENTO.**

##### **4.1. LA REALIDAD PENITENCIARIA EN MEXICO, RESPECTO DE LOS INTERNOS PORTADORES DEL VIH.**

Como un problema adicional en la "pandemia del siglo" se espera también que haya altas tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad por VIH- SIDA en cualquier población prisionera del mundo. Esto es por que se supone que a través del encarcelamiento se remueve selectivamente de la sociedad civil a un grupo de gente con incremento en la probabilidad de exposición- adquisición de esta infección, por las conductas personales y colectivas de alto riesgo asociadas a la criminalidad.

Es un hecho que con el tiempo, estos grupos propensos persistentemente a prisión formaran subcomunidades bien caracterizadas por su poca respuesta a las medidas de salud publica para modificar sus conductas generales de riesgo. De la misma manera, representaran a largo plazo, a esa parte de la sociedad en donde la cadena de transmisión será más intensa y como ha sucedido con otras enfermedades infecciosas, en este caso habrá un grado mayor de penetración del retrovirus causal que en otros sectores de la población general.

Aun a pesar de los avances recientes en el tratamiento antiviral, el hecho de que la cadena de transmisión no pueda ser rota todavía con algún tratamiento curativo definitivo se significara como una dificultad trascendental para el control de la epidemia en todos los países del mundo y particularmente en poblaciones encarceladas.

En este contexto, se justifica entonces la importancia de evaluar y manejar adecuadamente la situación de las prisiones de todas las naciones.

De cualquier forma, cualesquiera que sea la tendencia epidemiológica, las instituciones encargadas de atender la salud enfrentaran también la necesidad de satisfacer los requerimiento de atención medica de poblaciones de pacientes que

viven prisioneros y con todas las circunstancias desfavorables que implica la reclusión.

Siguiendo esta idea, en el presente trabajo reportamos nuestra experiencia en el Sistema Penitenciario del Distrito Federal, incluido dentro del área metropolitana considerada como la mas densamente poblada del mundo en donde viven alrededor de 20 millones de habitantes.

El objetivo principal es plantear, un modelo de organización particularmente bien definido para control jurídico – clínico, actual de estos enfermos en prisiones mexicanas y tomando en cuenta las expectativas futuras del problema.

#### **4.2. CLASIFICACION DEL SUJETO AL INGRESAR COMO INTERNO A CUALQUIER CENTRO DE READAPTACION SOCIAL.**

Cabe destacar que es optima la clasificación que menciona el articulo 19 del Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, al mencionar que para su clasificación, con el objeto de ubicarlos en el medio idóneo de convivencia para su tratamiento, y para evitar la transmisión y propagación de habilidades delictuosas, el Centro de Observación y Clasificación adoptara los criterios técnicos que estime convenientes de acuerdo a la situación concreta del interno y el tipo de reclusorio, sometiendo su diagnostico, a la aprobación del Consejo técnico Interdisciplinario de la Institución respectiva.

Los indiciados, los de reciente ingreso y los que se encuentre en el Centro de Observación y Clasificación no tendrán acceso a la población en general y viceversa.

De lo cual podemos distinguir como ya hemos establecido que estos parámetros nunca se llevan a cabo, y que no existen por ningún momento siquiera las intenciones de que estas acciones algún día se lleven a cabo, dadas las circunstancias desde el punto de vista del personal que deja mucho que desear su proceder profesional, si es que lo son.

Los internos que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, presentan como fase inicial un periodo asintomático, el cual puede estar caracterizado por linfadenopatía, fiebre, diarrea, etc. Si bien, el virus puede

permanecer latente durante varios años, un interno infectado puede transmitirlo inmediatamente después de la infección, mucho antes de que aparezcan los síntomas.

Es importante distinguir entre la infección con el VIH y el SIDA. "El SIDA no es una enfermedad en sí: es una infección causada por el VIH, la cual permite que se desarrollen otras enfermedades, es decir, que el VIH precede al SIDA..."

El Centro de Observación y Clasificación de la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, en el Distrito Federal, en conjunto con la Dirección General de Servicios Médicos dependiente del Departamento del Distrito Federal, han establecido una serie de características de las fases del VIH para fines de notificación, desde la fase Y, generalmente asintomática, hasta la fase IV (SIDA completamente desarrollado, incluidas una o varias de una serie de infecciones oportunistas específicas). Además, los médicos han identificado como complejo relacionado con el SIDA un conjunto aislado de síntomas, caracterizado por una fuerte pérdida de peso, copiosos sudores nocturnos, linfadenopatía, diarrea intensa, etc., aún no se sabe con seguridad si todas las personas infectadas con el VIH o con el CRS, llegarán a desarrollar el SIDA, aunque cada vez parece más probable. Una vez diagnosticado, el SIDA, aunque cada vez parece más mortal y la mayoría de las defunciones se registran en el curso de dos años. La infección por el VIH afecta, además de la sangre y los ganglios linfáticos, tres sistemas principales: el aparato respiratorio, la epidermis y el sistema nervioso, pero las infecciones se pueden presentar en todo el cuerpo. No se sabe con exactitud por qué en algunos pacientes aparece un conjunto de síntomas y no otro.

Al parecer, en el sistema inmunológico y en el sistema nervioso central pueden ocurrir cambios útiles inmediatamente después de la infección, y con frecuencia cada vez mayor se observa la demencia, que puede ser progresiva, aunque llega por último a afectar las percepciones especiales y la capacidad de atender por sí mismo.

#### **4.2.1. LINEAMIENTOS QUE SIGUEN LAS AUTORIDADES PENITENCIARIAS PARA REALIZAR LA CLASIFICACION DEL INTERNO.**

Como ya es sabido por todas las personas que en algún tiempo han tenido relación con alguna Institución penitenciaria, esta clasificación a la cual hacemos alusión nunca se lleva a cabo de manera específica ni efectiva ya que en los distintos dormitorios podemos encontrar desde un interno que haya sido procesado y juzgado por algún delito violento como por uno de tipo de cuello blanco, así como tampoco ninguna clasificación dependiendo de su estado mental, ni social, ni cultural, y es solo ya adentro en base a dádivas, los internos que puedan otorgarlas gozaran de las “mejores instalaciones”.

#### **4.3. LA RELACION QUE TIENE EL INTERNO PORTADOR DE VIH, CON EL DELITO QUE A EXPIRAR.**

Algo que es muy importante es que en este punto nunca se observa dentro de la penitenciaria que exista algún tipo de tratamiento penitenciario en los que se base el delito a expirar ya que en los internos portadores de VIH, algo de lo que mas importa y resulta irónico es el de tener una muerte digna y libre por lo que se observa que ninguna de las autoridades penitenciarias hace algo por implementar algún tipo de tratamiento técnico, progresivo por medio del cual estos internos tengan una mas llevadera sentencia en razón de que a ellos se les deja en el olvido ya que se les considera moribundos.

#### **4.4. EL INTERNO PORTADOR DEL VIH Y EL SEXO.**

Es a este tipo de internos en el que no se les permite la vista íntima, pero como ya es sabido las relaciones sexuales, las llevan a cabo dentro de sus dormitorios ya que se les permite el acceso a amigos y familiares hasta el interior del dormitorio en comento, situación que es de grave peligro tanto como para el interno aso como para la población civil.

El principal factor por el cual no se les ha permitido las relaciones carnales en el interior de las instalaciones propias para ello es por que las políticas mediante las cuales los internos se mueven, presionan a las autoridades para que esto no suceda ya que siente temor de que alguno de sus familiares o visitas conyugales

tenga siquiera el menor acercamiento con los internos portadores de VIH, siendo esto otro tabú, de la Sociedad Civil como interna.

#### **4.5. PERIODICIDAD DEL EXAMEN DE DETECCION Y TRATAMIENTO DEL VIH, EN LOS CENTROS DE RECLUSION.**

Como pudimos observar es en el momento de la clasificación del interno al momento de ingresar a un Centro de Readaptación Social, donde se les detecta si son o no portadores del VIH, y no se les vuelve a realizar otro examen a la población en general por el costo que esto implicaría, así como los recursos humanos y administrativos.

Esta situación es alarmante ya que solo se tiene conocimiento de los que ya ingresaron con el virus mas no de la población flotante que se encuentra en el interior de la Institución Penitenciaria, por lo que se debe de considerar un mayor numero de los que se reportan actualmente. (VER ANEXO).

#### **4.6. PROYECTO DE ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE INTERNOS CON VIH- SIDA EN PRISIONES DEL DISTRITO FEDERAL.**

EL SIDA, en sus 17 años de existencia en el mundo ha generado quizás, el mayor numero de controversias y problemas en ámbitos tan diversos como el social, el cultural, el etico-moral- religioso, etc...Aun cuando todos estos aspectos deben tomarse en cuenta al generar una estrategia de manejo de internos con esta enfermedad, lo mas importante para los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federales conseguir un programa principal clínico que conjuntamente con las acciones a seguir este relacionado con el ámbito legal en el cual se ciñe su proceder, con la seguridad de que un trabajo adecuado en este terreno, generará la aceptación de todas las instituciones sociales pendientes de todas las personas prisioneras que sufren de la enfermedad por VIH-SIDA.

En el presente trabajo se considera integralmente los programas y lineamientos de las cuatro instituciones encargas de supervisar la calidad de servicio medico para estos presos en su situación particular, a saber:

**A la Dirección General de Reclusorios** le corresponde asegurar que las condiciones vigentes de infraestructura carcelaria (hospital, dormitorios, densidad de población), seguridad interna, alimentación y traslado de pacientes sea adecuada a las recomendaciones del servicio medico en cada caso en particular. Su papel es trascendental en el control epidemiológico del SIDA, en prisión una vez que la única forma de impedir la transmisión en estos lugares es la limitación exhaustiva del uso de drogas intravenosas y de actividad sexual (esta comprobado que la homosexualidad se incrementa en prisiones de todo el mundo), sin la protección específica recomendada por la Norma Oficial Mexicana.

**La Secretaría de Gobernación** es la Institución con la más alta autoridad sobre el sistema penitenciario desde el punto de vista federal. Por tanto tiene responsabilidad en todo cuanto sucede dentro de las prisiones del Distrito federal incluyendo la calidad de atención medica y, como problema adicional tiene a través de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social la responsabilidad de valorar los casos de SIDA, en etapa terminal avanzada para otorgar el perdón anticipado de estos pacientes para que mueran dignamente y en libertad, considerando paralelamente las exigencias sociales de garantizar seguridad publica contra actos criminales ejecutados por prisioneros exonerados prematura o injustificadamente.

**Las Comisiones de derechos Humanos**, del Distrito federal, son Organismos independientes no gubernamentales con una responsabilidad social de lo mas elevado en el problema de SIDA en prisión. Conociendo que la enfermedad por VIH-SIDA, ha sido motivo constante de estigmatización y de discriminación, estas Instituciones se encargan de que no se sobrepasen las prerrogativas éticas y legales de estos pacientes. Su función de protección y actividades de recomendación - denuncia, bien fundamentados, son un logro de la sociedad moderna para mejorar las condiciones de estos enfermos en prisión.

**Por ultimo Los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal**, cubren la responsabilidad de detección oportuna de la infección por VIH-SIDA, para estudio y control epidemiológico, así como de generar programas para control de la transmisión en prisión y por ultimo, garantizar que a estos pacientes se les

otorgue el tratamiento medico, en su caso especializado, correspondiente a cada una de las etapas en las que cursa la enfermedad.

Por motivos lógicos existe un gran problema para la integración y trabajo en equipo con cuatro Instituciones cuyos planes y programas (político por ejemplo), recursos y formas de organización a veces solo coinciden en el aspecto de impulsar continuamente hacia una atención medica justa y adecuada para cada uno de ellos.

Si bien hay Factores de tipo político y social, los de tipo económico son igualmente importantes y están determinados por lo recursos con los que disponen estas instituciones, principalmente el Sistema carcelario y los servicios de salud, para cumplir las metas propuestas.

Queda claro que se requiere de un modelo operativo que cumpla con estas expectativas políticas y sociales, además de que sea el mas económico a la par que efectivo, para que además tome en cuenta las características especiales del interno con VIH-SIDA.

A continuación analizaremos los cuatro punto generales, que llevados a su mejor nivel, representan para nosotros la mejor estrategia para solucionar el problema del VIH-SIDA, en las prisiones del Distrito Federal.

### **DETECCION OPORTUNA PARA ESTUDIO Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO.**

La investigación del comportamiento del SIDA, en prisión y una posible participación en el ámbito social dependen en gran parte de una detección serológica o clínica oportuna. A partir de 1991, se ha incrementado el numero de casos registrados en nuestras prisiones, mejorando los subniveles falsos anteriores. La explicación es doble: En primer lugar el aumento corresponde a un curso paralelo al panorama de la epidemia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todo el país en este lapso. En Segundo lugar, la Subdirección de Servicios Médicos de apoyo de la Dirección General de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal ha intensificado la disposición de recursos para la detección de la infección por el virus de la inmuno deficiencia humana VIH a partir de entonces. De los 180 casos totales con Western Blot



positivo que se tiene registrados hasta la fecha, un 70 a 80% corresponden al periodo de 1991 a junio de 1997 y anualmente realizan entre 3,000 a 4,000 exámenes de tamizaje, lo que representa que la prueba para el VIH se le realiza a un 7-10% de la población que transita a través de Reclusorios Preventivos y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal.

En el promedio de estudios de cohorte que hemos realizado desde entonces, hemos encontrado grupos con rango entre 30 a 43 internos pacientes, con una incidencia de la infección por VIH de 1.8 a 3.5 casos por 1,000 reclusos, así como tasa de incidencia de seropositividad al VIH de 6 a 7 casos por 1,000 exámenes y con tasas de prevalencia momentánea a de 7 a 8 casos por 1,000 presos.

Por otra parte el SIDA, en prisiones del Distrito federal, ocupa la segunda causa de muerte, solo por debajo de causas relacionadas con accidentes y violencias.

Si bien en la República Mexicana el 16% del total de los casos (30, 970, hasta abril de 1997), corresponde a mujeres, esta tendencia de incremento con respecto al inicio de la pandemia, no se apreciara en prisión probablemente nunca ya que de los 180 casos registrados, solo 13 han correspondido a mujeres (7%), pero a nuestro juicio, lo único que representa desde el punto de vista estadístico, es la gran diferencia entre la población encarcelada masculina y femenina. Por ejemplo en la Penitenciaría masculina se encuentran en promedio 2,500 a 3,000 internos en contraste con 150 a 200 mujeres en el Centro de Readaptación Social femenino "Tepepan".

En las estadísticas Nacionales actualizadas, Ahora se ha establecido que la epidemia de SIDA en México, presenta un patrón cada vez mas heterosexual, en cuanto a modo de transmisión. En los primeros reportes en septiembre de 1995 ya habíamos adelantado que en el grupo de prisioneros predomina la orientación heterosexual (55%), sobre la homosexual (25%), y bisexual (20%). Después de este bienio, ahora encontramos una ventaja bien definida de los heterosexuales (63%), sobre las otras categorías de transmisión, con el grupo homosexual incluso rezagado del bisexual. Es interesante a este respecto plantear la hipótesis de que los estudios epidemiológicos de poblaciones prisioneras de alguna forma

pueden servir para predecir lo que sucederá en la población general en los siguientes años y para lo cual ya hemos considerado los posibles motivos.

En segundo lugar, el porcentaje en usuarios de drogas intravenosas en los internos de VIH positivos en prisiones es mucho mayor que en la población en general, ya que hemos encontrado que un 25 a 30 %, de los internos en cualquier grupo de estudio son o han sido usuarios de drogas intravenosas (UDIV), y esto se corresponde aparentemente con lo que sucede en prisión en general. Desde luego, esto solo indica la alta propensión de los grupos criminales a las adicciones. Como el 100%, de internos tiene conducta de riesgo sexual para el VIH, no ha habido forma de establecer la porción de enfermos que han adquirido la infección por inyectarse drogas a través de agujas y jeringas contaminadas.

Casos de SIDA en adultos	Distrito Federal (Población General)	Prisiones del Distrito Federal
--------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

Casos Acumulados	9065	180
Casos Actuales	3400	44
Homosexuales	38.5%	14%
Bisexuales	26.8%	27%
Heterosexuales	24%	63%
Drogas Intravenosas	1%	Del 17 al 25% son UDIV Conducta Sexual de Riesgo en 100% de casos

La edad de los pacientes prisioneros con la enfermedad por VIH- SIDA, en el grupo actual tiene un rango de 19 a 50 años, con una media de  $30 \pm 6$  años. Sin embargo estos datos están influenciados por el envejecimiento de los pacientes con largas condenas y que persisten en los grupos de estudio momentáneos. De modo tal, la mayor probabilidad de detectar la infección en un interno es a los  $27 \pm$

6 ó 5 años, que es la edad media en la que entran los internos al programa de VIH-SIDA, caso coincidentemente con el momento de encarcelamiento, esto se parece a lo que sucede en la población en general, en donde el mayor numero de prisioneros están condensados en los grupos etareos de 25 a 34 años. Sin embargo queda claro que los sujetos con conducta delictiva, ejecutan estas dos actividades de alto riesgo, heterosexualidad y uso de drogas intravenosas en forma temprana e intensa.

Una segunda Hipótesis de lo que hemos observado, aunque no conocemos ninguna forma de comprobarla estadísticamente resalta mas la importancia de continuar con estudios intraprisión: El interno paciente modifica menos que cualquier otro sector social su conducta de riesgo, después de saberse seropositivo para la infección, luego entonces el seguimiento epidemiológico de estos grupos con el mas alto riesgo para transmitir el VIH, a otras personas, por continuar usando drogas intravenosas compartiendo instrumentos contaminados, por continuar relacionándose sexualmente sin protección (incluyendo la Prostitución homosexual intraprisión), puede ser una oportunidad para participar en el problema de salud publica en México.

En los años de 1994 a 1997, han fallecido 10 internos, siete de ellos tenían una edad superior a los 40 años, resultando una edad promedio de 38 años. La explicación probable es que estos internos cuando ingresan a prisión tienen una larga evolución de la enfermedad por haber iniciado su practica de riesgo o al menos adquirido la infección 10 a 20 años antes.

De todo esto se puede concluir a quien se debe realizar bajo consentimiento informado, el examen anti VIH, al ingresar a prisión para logra el primer objetivo del programa:

- 1).- Internos jóvenes arrestados por delitos o con evidencias clara de uso de drogas.
- 2).- Internos de cualquier orientación sexual con conducta de riesgo bien definida. No debe enfocarse la atención en sujetos homosexuales.

3).- Por alta mortalidad en prisión de los internos con mayor edad, también se deberá investigar factores de riesgo en estos grupos y realizar el examen en caso necesario.

4).- A todo prisionero que lo solicite voluntariamente.

Las condiciones del examen deberán ser regidas por lo dicta en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2- 1993, apartados 6.3.5 y 6.4.

### **EL AISLAMIENTO Y A SEGREGACION NO SON NECESARIOS PARA INTERNOS SEROPOSITIVOS EN PRISION.**

La pauta general de cómo deben ser tratados y manejados los internos dentro de las prisiones una vez detectados como seropositivos para el VIH, debe evitar el aislamiento y la segregación, para lo que existe experiencia de que pueden ser contraproducentes. Los pacientes pueden y deben participar en todas las actividades disponibles. Mas que las medidas de segregación o rechazo radicales que afectan el estado psicológico y funcionamiento social de los internos con VIH, se debe intensificar los programas de educación para evitar la transmisión en prisión, no solo de SIDA, si no de todas las enfermedades infecciosas.

Los primeros reportes y estudios de SIDA, en prisión, empezaron a surgir en Estados Unidos y en Europa. En 1987, una investigación descriptiva llevada a cabo en 17 países europeos mostró que la táctica predominante para manejos de estos pacientes se oriento en un 60% de estas naciones a los siguientes:

a). Aplicar el examen anti-VIH, solamente a los internos con riesgo elevado y en forma voluntaria.

b).- No establecer medidas específicas para internos positivos y,

c).- En caso de SIDA definido, enviar a los internos a un hospital externo.

La capacidad y calidad de las instalaciones carcelarias en Estados Unidos y Europa (infraestructura hospitalaria total, densidad de población, y seguridad interna), así como recursos económicos asignados a las prisiones, supera cualquier expectativa en nuestro país.

Tal vez por ese motivo, la estrategia tomada desde 1989 en el Distrito Federal fue marcadamente diferente, sin aprovechar la experiencia acumulada en países de primer mundo.

Los internos seropositivos por ese tiempo y hasta comienzos de 1992, fueron **HOSPITALIZADOS PERMANENTEMENTE**, en el C.R.S.M., en Santa Martha Acatitla, sin consideración de su condición clínica en ese momento ni su estatus legal que, ni la modalidad de la pena con la cual a expirar el mismo. Esta decisión a todas luces equivocada no se ha visto probablemente en ninguna parte de la sociedad civil, pero represento el primer intento de organizarlos en grupo para estudiarlos y manejarlos.

Posteriormente se construyo un dormitorio especial que originalmente seria únicamente asignados para internos de la tercera edad, pero dadas las condiciones en las que se encontraban los internos de VIH, se incorporo a este a los internos que nos ocupan, sitio en donde se encuentran todos los seropositivos del sistema penitenciario hasta la actualidad y bajo supervisión directa del hospital.

La ventaja de este Sistema es que se concentran y se distribuyen "MAS OMENOS UNIFORMEMENTE", los recursos adicionales destinados especialmente para ellos, Por ejemplo medicamentos antivirales, alimentación, etc., entre todos los seropositivos. Seles tiene juntos y disponibles fácilmente para la realización de exámenes clínicos, paraclínicos y seguimiento evolutivo de la enfermedad. Así mismo se ha evitado disponer en varios lugares de personal medico y paramédico, experimentado en el manejo de estos casos. Probablemente a permitido uniformar criterios de tratamiento al tener una panorámica global de su tratamiento clínico en grupo.

La principal desventaja de esta concentración es la ruptura de la confidencialidad, al enterarse al resto de los reclusos de la clase de internos que se instalan en ese dormitorio, el cual en la penitenciaría de Santa Martha esta bien localizado, dejando entonces la posibilidad de actitudes de discriminación y estigmatización que se pretenden sean evitados.

Por otra parte, si es que la concentración de pacientes de este modo modifica o controla la transmisión en prisión del SIDA, es motivo de controversia. Estos es por que de cualquier forma, los pacientes de población general y los de este dormitorio no tienen restricción para trasladarse entre uno y otro lugar. Por tanto si no hay modificación real en la conducta de riesgo sexual o por uso de drogas intravenosas, la intensidad de exposiciones intraprision no cambiaría sustancialmente.

### **LOS ENFERMOS DEBEN SER TRATADOS DE LA MISMA FORMA QUE OTROS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD PRISIONERA**

Cabe destacar que el servicio médico únicamente recomendará condiciones especiales en cuanto a alimentación, restricción de la actividad, traslado a interconsultas de especialidad y traslado a otros hospitales cuando sea pertinente.

Se notificara oportunamente a la Secretaria de Gobernación, de la condición clínica de los enfermos para que en su caso se considere la liberación en fase terminal de la enfermedad.

El derecho a este trato, debe quedar bien definido por estas condiciones. Los privilegios exagerados e injustificados solamente por el hecho de que un paciente tenga infección por el VIH, deben ser desalentados, sobretodo si el enfermo no tiene una condición clínica o incapacidad funcional que amerite de modo correspondiente estas medidas especiales. En todo caso, estos puede constituir un acto de discriminación para internos con otro padecimiento no tan publicitado como el SIDA, Por ejemplo: Un interno con diabetes y amiotrofia puede requerir mayor atención que un interno VIH, en etapa totalmente asintomatica.

Lo que ha sucedido durante los años recientes, es que estos pacientes han tenido logros importantes en cuanto a privilegios en prisión, ya que las Comisiones de Derechos Humanos y las autoridades medicas han dispuesto de mas atención y recursos hacia ellos que para el resto de los internos. Sin

embargo, la realidad es que esto a algunos internos les ha creado expectativas falsas y magnificadas de su situación y de lo que debe recibir.

Bajo este marco las características psicológicas y psiquiátricas de los pacientes prisioneros con la infección por el VIH, adquieren una gran relevancia por los siguientes motivos:

A), en los estudios de grupo sean encontrado un nivel cultural bajo en general. Se calcula una escolaridad de 4 a 6 años de educación formal. Obviamente existe un nivel alto de actividad delictiva temprana y de escaso desarrollo socioeconómico.

B).- los internos como cualquier otro del grueso de la población, resienten la desesperanza de la reclusión, y las circunstancias adversas que se encuentran en la penitenciaria. Por otra parte existe estancamiento en alguna de las fases psicológicas con las que cursa el interno con enfermedad incurable, ya sea desaliento, negación, ira-resentimiento, y aveces depresión final con deseo de morir.

C).- Se puede establecer definitivamente, el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en un 20%, de los internos; Sin embargo hasta un 70 – 80% de los internos presentan rasgos socioepáticos o personalidad límite.

D).- Marca al grupo en sus antecedentes, la alta incidencia de adicciones únicas o múltiples en un 60 a 80%, y una tasa elevada de farmacodependencia.

E).- Aun excluyendo afección al sistema nervioso por el VIH, la presencia de trastornos psiquiátricos modifica desfavorablemente el estado clínico y la evolución, de modo, típico, un buen porcentaje de internos, descuida su alimentación y cuidado personal (de por sí difícil de mantener en prisión), tratan de conseguir medicamentos en el servicio médico para venderlos. Continúan tratando de usar drogas y de llevar a cabo relaciones sexuales sin protección y muchos de ellos se niegan sistemáticamente a someterse a los exámenes de laboratorios y gabinete y/o rechazan el tratamiento médico. Esto determina un problema grave de control y manejo de estos enfermos, no comparable con lo que se encuentra en una población abierta. El sistema penitenciario no tiene posibilidad de crear una investigación experimental con criterios de **inclusión o**

no inclusión o de establecer grupos aleatorios. No podemos ser selectivos para establecer grupos de estudio y manejo.

**LOS INTERNOS DEBEN RECIBIR UN TRATAMIENTO ESPECIALIZADO CORRESPONDIENTE A LA ETAPA EN LA QUE CURSE LA ENFERMEDAD POR VIH-SIDA.**

Todo mundo sabe que los costos de la atención médica de los internos y de los enfermos en general con padecimiento de VIH, y esto será particularmente cierto con la introducción de los fármacos inhibidores de la transcriptasa y proteasa (dentro de poco será obligatorio su uso).

Con nuestro país apenas tratando de salir de la crisis económica reciente, estos costos seguramente sobrepasarán la capacidad económica de muchas instituciones de salud, y esto será cierto incluso, para las que cuentan con la máxima infraestructura y recursos. Como la mayor cobertura de atención de estos internos es de organismos gubernamentales, todos nos preguntamos como soportará el estado este tremendo egreso.

Para la DGSSDDF, no hay posibilidad de declararse en agotamiento de recursos para el enfermo con SIDA, en prisiones del distrito federal, las prisiones de los organismos sociales, principalmente no gubernamentales son constantes. Las soluciones posibles son, o destinar una mayor partida presupuestal (que es poco probable que así suceda), o aprovechar en las costosas etapas finales de la enfermedad, los recursos disponibles de otras instituciones de gobierno para no malduplicar funciones con gasto excesivo.

El interno con VIH-SIDA, adquiere una relativa ventaja, al ser encarcelado. Por reglamento desde el primer momento, el estado se hace responsable absoluto de su vivienda, vestido, alimentación, y atención médica, lo que debe representar en el Distrito federal, un gasto aproximado de 2 a 4 salarios mínimos generales vigentes para el Distrito federal por persona, si consideramos el promedio de percepción salarial de un prisionero (dedicándose a la actividad productiva correspondiente a su preparación académica o laboral), esto representa que si no fuera por el severo castigo que representa ser encarcelado, se podría decir que



automáticamente el gobierno mexicano sube el nivel de vida de una persona prisionera. De tal modo que la sociedad mexicana es castigada por la actividad delictiva y posteriormente lo es el estado por el gasto que representa la manutención de un prisionero.

Ya en el terreno de la enfermedad, por VIH-SIDA, el interno tiene el privilegio de ser detectado oportunamente, ya que el examen anti VIH, esta disponible en todo el sistema penitenciario del Distrito federal. Mas del 90% de los casos confirmados se detectaron dentro de la prisión, y presumiblemente muchos de ellos no hubieran sabido que son seropositivos, principalmente por falta de recursos para realizarse el examen fuera de la cárcel.

Mas aun con la instalación de un dormitorio "Especial", alimentación independiente del resto de los prisioneros, servicio medico., tipo de medicamentos, que les suministraran actualmente, el costo promedio para la atención de un paciente seropositivo, se puede elevar hasta los 5 y hasta 20 salarios mínimos en las etapas de la enfermedad en que se requiere de fármacos antivirales, profilácticos de todo tipo, alimentación y nutrición especiales, hospitalizaciones prolongadas, etc.

Bajo esta perspectiva de alto costo de la atención medica, se requiere optimizar los recursos disponibles para esta enfermedad en prisiones.

El primer paso es el de diagnosticar con precisión, la etapa clínica de la enfermedad con la que cursa el interno para luego establecer un plan terapéutico y/o profiláctico optimo.

El sistema de concentrar a todos los internos detectados como seropositivos, no ha sido particularmente efectivo en este logro. Para la penitenciaría masculina y para los servicios médicos, que dicho de paso trabajan con presupuestos independientes, resulta sumamente caro mantener a un grupo de 40 a 50 personas con condiciones especiales permanentes.

Como se puede apreciar en las dos hojas de control de pacientes a pesar de este gasto no sea logrado un seguimiento evolutivo consistente en el aspecto de laboratorio que como sabemos es trascendental en el manejo del enfermo con el VIH.

14 meses han pasado desde la última determinación de subpoblación linfocitaria, la cual como las previas tienen el inconveniente de hacerse en grupos para aprovechar los equipos "KITS", con los que se hace el examen. De tal modo todos los internos que han ingresado al dormitorio para VIH, (el dormitorio 8), después de esa fecha solamente tiene valoración clínica y de laboratorio habitual, ya que el conteo de linfocitos, CD4, es un marcador de progresión de la enfermedad todavía clave en el diagnóstico evolutivo en las etapas iniciales e intermedias, su diferimiento o retardado la posibilidad de una estratificación bien planeada de subgrupos de pacientes con prioridades de atención. Tampoco se cuenta en ningún paciente con el estudio de la carga viral en la sangre.

Se aprecia en la hoja de control mensual, que en las penitenciarías de Santa Marta y Tepepan, están mezclados todos los internos con todos los niveles de progresión de la enfermedad, también están mezclados todos los internos con respecto a los delitos por los que están prisioneros lo que contrario a lo que han recomendado expertos en mejoría de las condiciones de cárceles y readaptación social. Por último en estos dormitorios se combinan internos sentenciados y no sentenciados, de modo que algunos que deberían permanecer por breve lapso en Reclusorios Preventivos al ser detectados, casi automáticamente son trasladados a la penitenciaría de Santa Marta, con los inconvenientes que esto representa en los aspectos de seguridad y ambiente desfavorable, así como las faltas de tiempo procesal que es de vital importancia para un procesado, y los aspectos de seguridad y ambiente desfavorables..

El Plan de trabajo que proponemos es el siguiente:

A).- Se requiere de una clasificación clínico-funcional, que estratifique a los pacientes de acuerdo a las limitaciones físicas que impone la enfermedad. Esto no es con el fin de discriminar a un paciente por el único hecho de estar mejor que otros, se trata de reconcentrar la atención en aquellos pacientes que requieren de más cuidado médico, mientras que al grupo restante se le sigue de cerca la evolución para establecer medidas más intensas en el momento apropiado, ya que se trata de un planteamiento de tipo práctico que aunque

busca resultados, no deja olvidados de ninguna manera a los enfermos en mejor estado clínico.

Se basa en la observación objetiva de 4 años en que hemos apreciado, como se ilustra en la gráfica 1, de que en cualquier cohorte estudiada, mas del 60%, de los internos que se encuentran en etapa asintomática temprana y sin indicadores de progresión de la enfermedad.

El compromiso es demostrar a través de clasificaciones puntuales bien definidas, bien acreditadas y fácilmente concensables como las de KARNOSFSKI, ECOG, SIDTIS Y PRICE, DSMIV, ASOCIACION AMERICANA DE MEDICINA, LEY DEL SEGURO SOCIAL, que un interno determinado tiene un estado funcional (o en su caso de incapacidad), comprobable objetivamente en valoraciones sucesivas. Se propone incluso, determinar el porcentaje de incapacidad con la finalidad de tener una idea común de un estado clínico determinado. En la mayor parte de actividades laborales en la sociedad civil se determina en caso de cualquier enfermedad este grado de incapacidad para garantizar protección suficiente y justa para el trabajador y la empresa respectivamente. Así como el prisionero con VIH, como cualquier otro interno con un a enfermedad potencialmente incapacitante, tiene derecho de ser atendido por su enfermedad. Sin embargo también tiene una responsabilidad con la sociedad en cuanto a su readaptación integral, incluyendo por ejemplo la actividad laboral, escolar, terapias, etc. Y el cumplimiento de una sentencia que le impulso la Ley.

En la sociedad mexicana se ha visto que muchos enfermos por VIH-SIDA, en tanto su estado físico lo permite, siguen participando en actividades de todo tipo, económicas, culturales, religiosas, etc., y de hecho, las Comisiones de Derechos Humanos han promovido que no se les relegue, se les discrimine o estigmatice por tener este problema.

En el terreno practico laboral, el solo hecho de ser portador de la infección, no es causa automática de incapacidad parcial o total permanente en estos las instituciones de salud, I.M.S.S. e ISSSTE, determinan el grado de incapacidad funcional por órganos, aparatos, sistemas, y considerando el hombre total para decidir el tipo de retribución o restricción laboral correspondiente que puede llegar

a ser hasta de pensión, por invalidez o incapacidad parcial o total permanente. De tal modo no hay para que el interno con VIH, no pueda ser valorado integralmente de este modo, esta sería la situación ideal para que el servicio médico haga recomendaciones claras y bien documentadas con el objeto de que el interno tenga el trato preciso correspondiente a una situación clínica bien fundamentada.

B).- Una vez que clasificados los pacientes, de acuerdo a los criterios que se ilustran en la tabla 1, se consideran cuatro grupos que de modo respectivo tendrían un nivel de atención como sigue:

**CLASE FUNCIONAL1:** Son internos incluíbles en las categorías de la CDCA y A1, tienen un estado funcional Karnofski de 100%, con una capacidad física global, resultante de haber valorado todos y cada uno de los órganos y aparatos del interno.

Estos pacientes cuando son detectados serán enviados a la penitenciaría para valoración clínica y de laboratorio incluyendo conteo de linfocitosCD4 y carga viral (cuando este disponible), una vez que se documente que están en esta clase funcional, serán enviados a su Reclusorios preventivo o población de la penitenciaría. No requieren de medidas específicas por lo que respecta a la enfermedad por VIH-SIDA.

Serán revalorizados cada seis meses para actualizar su estado funcional si no hay aparición eventual de alguna complicación. Los problemas médicos no asociados o complicables por el SIDA, serán resueltos por servicios de medicina general,, que dicho sea de paso, deben de participaren la atención de esta enfermedad,. A la cual en la actualidad ningún medico debe quedar apartado.

En general este tipo de pacientes en 4 años de estudio, han presentado el 67% de modo tal que para el grupo actual representaría a 30del total de 44.

**CLASE FUNCIONAL 2:** Son pacientes incluíbles en las categorías y subcategorías A2, A3, B1, B2 de la CDC, y una incapacidad global de 20%, representan aproximadamente la etapa asintomatica temprana.

Este grupo consiste de internos que de modo habitual, requieren de tratamiento antiretroviral con 2 inhibidores de la transcriptasa inversa y opcional con un

inhibidor de la proteasa. En estos pacientes es muy importante la determinación de la carga viral seria ya que son los internos en los cuales con mas probabilidad se pueda modificar el curso de la enfermedad y la calidad de vida en base al apoyo con estos recursos. Con una valoración clínica cuidadosa, con complementación diagnóstica a través de interconsultas a otras especialidades, la mayor parte de ellos deberán manejarse ambulatoriamente.

Las revalorizaciones periódicas serán cada dos meses con control de laboratorio y gabinete para destacar efectos hematológicos o de otro tipo por los antivirales y en su caso fármacos profilácticos o sintomáticos utilizados.

Estos pacientes han resultado ser aproximadamente el 13% de los 159 totales, de modo que el grupo actual serían incluidos 5 de ellos.

**CLASE FUNCIONAL 3:** Estos internos son incluíbles en las categorías B3, C1, C2, C3 (casos de SIDA para la CDC), una incapacidad física global de 30 a 40%. En ellos se deberá tener cuenta de CD4, actualizada carga viral actualizada así como la actualización de inhibidores de la transcriptasa y de la proteína combinados. Requieren de exámenes de laboratorio frecuentes sin restricción y deberá conseguirse que en otros medios hospitalarios se autoricen un examen de ultrasonido y tomografía computarizada semanal para tenerlos disponibles con la prontitud que estos casos requieren y para los cuales hemos arrastrado una severa deficiencia hasta la fecha. Se requiere de autorización de dietas especiales, apoyo nutricional con dietas elementales ricas en proteínas y un medio de autorización expedita en nuestro sistema para recursos especiales.

Estos internos deberán estar instalados en celdas adecuadas (optimizando por ejemplo las del dormitorio 8), y bajo vigilancia y responsabilidad diaria y permanente del hospital de Santa Martha y Tepepan.

Este grupo ha representado el 16% de todos los casos lo que representa 7 pacientes actuales.

**CLASE FUNCIONAL 4:** Son pacientes terminales con sintomatología indudable de severa inmunodeficiencia por el VIH con condiciones irreversibles, incapacidad global de 50 a 60% o menos.

La terapia antiretroviral, será opcional, sosteniéndola hasta el máximo posible, y deberá insistirse en la promoción de la libertad anticipada.

El lugar de instalación óptimo es el hospital del centro de readaptación femenino "Tepepan", que recientemente ha sido abierta como torre medica para Reclusorios. Se requiere de tres habitaciones con todos lo implementos de un hospital, de segundo o tercer nivel.

Este grupo se ha constituido como el 5% del total de los internos pacientes, en esta condición están actualmente dos pacientes en el dormitorio 8 del C.R.S.M. Santa Martha.

Se aprecia de inmediato, como es de que a pesar de que inicialmente se requerirá de una inversión importante para recuperar el terreno perdido en materia de actualizar el estado diagnostico y terapéutico integral de cada uno de los internos, en la segunda etapa, una vez de que se haya reconcentrado metódicamente la atención en el grupo verdaderamente importante, este gasto permanentemente excesivo puede ser incluso reducido sustancialmente y bien destinado a acciones concretas útiles, tales como realización a todos los internos de determinación de subpoblación de linfocitos (calculamos que con que se consiga que alguna Institución a través de acuerdos pertinentes realice para prisiones dos exámenes mensuales se lograra en breve plazo tener actualizados en casi todos los pacientes en cualquier grupo momentáneo o al menos a un nivel aceptable), carga viral, disposición de fármacos en forma consistente, estudios de gabinete, instalación de los pacientes en el lugar que merecen, sin desatenciones o atenciones exageradas para fines políticos ilógicos y, finalmente el convencimiento de un trabajo bien orientado, ético, justo y conveniente a todos los intereses de la sociedad mexicana.

## CONCLUSIONES

- 1.- El delito es la conducta externa realizada por un hombre, misma que se encuentra debidamente tipificada en la Legislación Penal Mexicana una vez que se han reunido los elementos necesarios para su integración.
- 2.- Tratamiento penitenciario, es el que se deriva de una función pública por medio de una autoridad, quien va a ser la encargada de ejecutar tal tratamiento, misma autoridad que deberá atender siempre al bien común, y en el caso específico del tratamiento penitenciario, deberá presentar tres características:
  - a.- Deberá estar legalmente preestablecido.
  - b.- No deberá vulnerar los derechos fundamentales del individuo a readaptar.
  - c.- Debe ser objeto de una investigación criminológica.

Por lo que basándose en éstos tres aspectos, el tratamiento penitenciario será el conjunto de elementos tanto humanos como materiales, normas y técnicas, que tendrán la finalidad de inducir un cambio en los factores que influyen en la personalidad delictiva de un individuo, con el objeto de hacer apto y productivo en su núcleo social.
- 3.- La prisión consiste en la privación de la libertad corporal y su duración será de 3 días a 40 años, y se extinguirá en las Colonias Penitenciarias, establecimientos o lugares que al efecto señalen las leyes o el órgano ejecutor de las sanciones penales, ajustándose a la Resolución Judicial respectiva.
- 4.- Virus es una cápsula de proteína que contiene material genético, es un microorganismo intracelular obligado, pues requiere del aparato genético de su huésped para reproducirse, matando a la célula en el proceso transformándola en célula cancerosa. Los virus son causantes

de enfermedades como viruela, poliomielitis, sarampión, varicela, gripe y SIDA.

En latín significa jugo, humor, veneno. Microbio invisible al microscopio ordinario, ya que mide menos de 0.2 micras.

- 5.- En el pueblo azteca no existía la prisión como pena ya que rechazaban la idea de que el hombre más útil a la sociedad fuera una carga para la misma, mas sin embargo aunque existe la prisión no se utiliza como pena. Los castigos son más bien regidos por la Ley del Talión y autorizados y supervisados por el Estado.
- 6.- No se puede considerar que en la época colonial existía algún indicio de la existencia del virus del VIH, indistintamente de la proliferación de las enfermedades debido al hacinamiento de los internos en calabozos lúgubres e insanos.
- 7.- En la Edad Media más que en ninguna otra época, comienza a proliferar la institución que priva de la libertad. Por lo que es posible confirmar que muchos de los vicios actuales de la prisión, son y serán así como los adelantos que muestra la situación contemporánea de las prisiones en México devienen de tal antecedente, y que para tal efecto debemos conocer el origen de los mismos.
- 8.- El síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció en nuestro país hace casi tres lustros. Desde entonces, la epidemia ha logrado afectar profundamente a nuestra sociedad, tanto por el daño causado a los individuos, a grupos específicos de la población y a la sociedad en su conjunto, como por las características para combatirla.
- 9.- Se debe considerar al virus del SIDA, con el término de VIH, porque identifica al grupo afectado "el ser humano" y describe el efecto principal del virus la inmunodeficiencia"



- 10.- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, considera a las garantías individuales como aquellos derechos subjetivos públicos o bien con los derechos que tiene todo gobernado, los cuales le son otorgados por esta.
- 11.- La privación de la Libertad, debe fundarse en una ley ya existente; No debe ser arbitraria; Debe constituir la alternativa menos restrictiva (a menos que el objetivo sea el castigo); Debe ir precedida de un comportamiento nocivo para la sociedad u otros individuos; No debe ser discriminatoria; Debe ser justa.
- 12.- Los derechos humanos como tales deben partir del respecto a la dignidad del hombre. Luego entonces, si le es violado el ámbito de su vida privada (social, sexual y familiar pasado etc.) al interno de SIDA se le están negando el derecho a gozar de los derechos fundamentales del hombre.
- 13.- La discriminación se prohíbe en los ejercicios de los derechos humanos pro motivos de "raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por lo que dentro de estos conceptos debemos integrar los relacionados con algún estado físico, como lo es ser el portador de VIH.
- 14.- La prevención y lucha contra la infección por el VIH deben considerarse en función de la necesidad de mejorar considerablemente el nivel general de higiene y sanidad de los establecimientos carcelarios.

Incumbe pues a las autoridades penitenciarias la responsabilidad de minimizar la propagación de la enfermedad, con información actualizada sobre el SIDA y sobre medidas preventivas.

- 15.- No se ha encontrado a la fecha un solo sistema de concertación de acciones dinámico, eficaz y contemporáneo que ponga fin a los

problemas que se viven en el interior de un Centro de Readaptación Social.

- 16.- Es importante distinguir entre la infección con el VIH y el SIDA. "El SIDA no es una enfermedad en sí: es una infección causada por el VIH, la cual permite que se desarrollen otras enfermedades, es decir, que el VIH precede al SIDA..."
- 17.- A la Dirección General de Reclusorios le corresponde asegurar que las condiciones vigentes de infraestructura carcelaria (hospital, dormitorios, densidad de población), seguridad interna, alimentación y traslado de pacientes sea adecuada a las recomendaciones del servicio medico en cada caso en particular.
- 18.- La Secretaría de Gobernación es la Institución con la más alta autoridad sobre el sistema penitenciario desde el punto de vista federal. Por tanto tiene responsabilidad en todo cuanto sucede dentro de las prisiones del Distrito federal incluyendo la calidad de atención medica y, como problema adicional tiene a través de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social la responsabilidad de valorar los casos de SIDA, en etapa terminal avanzada para otorgar el perdón anticipado de estos pacientes para que mueran dignamente y en libertad, considerando paralelamente las exigencias sociales de garantizar seguridad publica contra actos criminales ejecutados por prisioneros exonerados prematura o injustificadamente.
- 19.- Por motivos lógicos existe un gran problema para la integración y trabajo en equipo de las Instituciones encargadas de llevar a cabo el tratamiento penitenciario integral de readaptación de individuos privados de su libertad cuyos planes y programas (político por ejemplo), recursos y formas de organización aveces solo coinciden en el aspecto de impulsar continuamente hacia una atención medica justa y adecuada para cada uno de ellos.

- 20.- El interno paciente modifica menos que cualquier otro sector social su conducta de riesgo, después de saberse seropositivo para la infección, luego entonces el seguimiento epidemiológico de estos grupos con el mas alto riesgo para transmitir el VIH, a otras personas, por continuar usando drogas intravenosas compartiendo instrumentos contaminados, por continuar relacionándose sexualmente sin protección (incluyendo la Prostitución homosexual intraprisión), puede ser una oportunidad para participar en el problema de salud publica en México.
- 21.- Los internos cuando ingresan a prisión tienen una larga evolución de la enfermedad por haber iniciado su practica de riesgo o al menos adquirido la infección 10 a 20 años antes.
- 22.- Los internos dentro de las prisiones una vez detectados como seropositivos para el VIH, deben evitar el aislamiento y la segregación, para lo que existe experiencia de que pueden ser contraproducentes. Los pacientes pueden y deben participar en todas las actividades disponibles. Mas que las medidas de segregación o rechazo radicales que afectan el estado psicológico y funcionamiento social de los internos con VIH, se debe intensificar los programas de educación para evitar la transmisión en prisión, no solo de SIDA, si no de todas las enfermedades infecciosas.
- 23.- El tratamiento penitenciario deberá contener los siguientes aspectos indistintamente de que se requerirá de una inversión importante para recuperar el terreno perdido en materia de actualizar el estado diagnostico y terapéutico integral de cada uno de los internos, en la segunda etapa, una vez de que se haya reconcentrado metódicamente la atención en el grupo verdaderamente importante, este gasto permanentemente excesivo puede ser incluso reducido sustancialmente y bien destinado a acciones concretas útiles, tales como realización a todos los internos de determinación de subpoblación de linfocitos carga viral, disposición de fármacos en forma consistente, estudios de gabinete, instalación de los pacientes en el lugar que merecen, sin

desatenciones o atenciones exageradas para fines políticos ilógicos y, finalmente el convencimiento de un trabajo bien orientado, ético, justo y conveniente a todos los intereses de la sociedad mexicana.

## BIBLIOGRAFIA

- BATTGLINI, GIULIO. *DIRITTO PÉNALE*. PARTE GENERAL 3ª. Ed., Edit. Giuffé, Milán. 1949.
- BETTIOL, *GIUSSEPE.DIRITTO PÉNALE*. PARTE GENERAL 4ª. Ed., Edit. Padua Riveduta Eaggionata, Milán. 1958.
- BONNESANA, MARQUES DE BECARIA CESAR. *TRATADO DE LOS DELITOS Y DE LAS PENAS*, 4ª Ed. Edit. Porrúa, S.A., México. 1988.
- CARDERON QUIJANO JOSE ANTONIO. *HISTORIA DE LAS FORTIFICACIONES DE LA NUEVA ESPAÑA*. Publicaciones de la Escuela de Estudios Hispanoamericanos, Sevilla, España. 1953.
- CARRANCA Y RIVAS RAUL *DERECHO PENITECNIARIO, CARCEL Y PENAS EN MEXICO*. 3ª. Ed., Edit. Porrúa, S.A., México. 1986.
- CUEVAS SOSA JAIME Y GARCIA A. *DERECHO PENITENCIARIO*., 3ª Ed. Edit. Jus, S.A., México. 1977.
- CARRANCA Y TRUJILLO RAUL Y CARRANCA Y RIVAS RAUL. *DERECHO PENAL MEXICANO*. PARTE GENERAL 16ª. Ed., Edit. Porrúa, S.A., México. 1991.
- CASTELLANOS TENA FERNANDO. *LINEAMIENTOS ELEMENTALES DEL DERECHO PENAL*. 2ª.Ed. Edit. Porrúa, S.A., México. 1991.
- FOUCAULT MICHEL. *HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA*. Fondo de Cultura Económica, México. 1967.
- JIMENES HUERTA MARIANO. *DERECHO PENAL MEXICANO*. Tomo I, Ed. PARTE GENERAL 16ª. Ed., Edit. Porrúa, S.A., México. 1991.
- KAUFMANN, HILDE. *EJECUCION PENAL Y TERAPIA SOCIAL*., s/e, Edit. De palma, Buenos Aires Argentina. 1979.
- LOMBROSO DE FERRERO GINA. *VIDA DE LOMBROSO*., 2ª Ed. Edit. Botas, México. 1940.
- MARCO DE PONT LUIS *DERECHO PENITECNIARIO*. 2ª. Reimpresión, Edit. Cárdenas Editor y Distribuidor, México. 1995.
- NEUMAN ELIAS *PENOLOGIA Y SISTEMAS ABIERTOS*. 2ª. Ed., Edit. De Palma, Buenos Aires Argentina. 1984.

PAVON VASCONCELOS FRANCISCO. **MANUAL DE DERECHO PENAL MEXICANO** Ed. 5ª, EDIT. PORRUA, S.A., MEXICO 1982.

PICCA, GEORGES. **LA CRIMINOLOGIA**, s/e. Edit. Fondo de Cultura Económica, México. 1987.

PORTE PETIT CANDAUDAP CELESTINO. **APUNTAMIENTOS DE LA PARTE GENERAL DE DERECHO PENAL**. 4ª Ed. Edit. Porrúa, S.A., México. 1978.

RODRIGUEZ MENZANERA LUIS **CRIMINOLOGIA**. 6ª. Ed., Edit. Porrúa, S.A., México. 1989.

## LEGISLACION

**CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 13ª.**  
Ed., Edit. Trillas, México. 1998.

**CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO  
COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA DEL FUERO  
FEDERAL, 58ª Ed. Edit. Greca, México. 1998.**

**CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES FEDERAL, 2ª. Ed., Procuraduría  
General de Justicia del Distrito Federal, México. 1996.**

**LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, 30ª. Ed.,  
Edit. Porrúa, S.A., México. 1997.**

**LEY QUE ESTABLECE LAS NORMAS MINIMAS SOBRES READAPTACION  
SOCIAL DE SENTENCIADOS, 57ª. Ed., Edit. Porrúa, S.A., México. 1997.**

**REGLAMENTO DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION  
SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL, 58ª. Ed., Edit., Porrúa, S.A México. 1998.**