

308409



UNIVERSIDAD LATINA, S.C.

[Handwritten signature]

INCORPORADA A LA U.N.A.M

**“LA NO RESCISIÓN DE CONTRATO LABORAL
DE UNA PERSONA CON SIDA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

**P R E S E N T A:
MARISELA TORIZ DIAZ**

308409

ASESOR DE TESIS: LIC. GILDARDO RAMON RUEDA RAMIREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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 MIS PADRES, mi profunda gratitud por cubrirme de cariño, apoyo y responsabilidad;

A MIS HERMANOS, porque siempre han estado conmigo;

A MI HIJO, por ser el motor de mi vida y cuya compañía me motiva día a día;

A MIS MAESTROS, gracias por sus enseñanzas;

Hay ángeles a quienes les debemos ser lo que somos y que están con nosotros, gracias.

INTRODUCCION.....	01
CAPITULO PRIMERO	
I. El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.....	6
I.1 Aspectos Generales del Sida.....	9
I.2 Historia del Virus.....	14
I.3 Historia Natural de la Enfermedad.....	23
I.4 Biología Básica.....	26
II. Tipos de Transmisión.....	28
II.1 Transmisión del Virus.....	28
II.2 Transmisión Sexual.....	30
II.3 Transmisión por compartir agujas hipodérmicas.....	33
II.4 Transmisión de Madre a Hijo.....	35
II.5 Transmisión por Transfusiones de Sangre, Productos Sanguíneos y Trasplantes de Organos.....	37
II.6 No Transmisión del VIH.....	38
III. Síntomas y Tratamiento.....	39
III.1 Seroconversión y Exámenes de VIH.....	39
III.2 Etapas posteriores a la seroconversión.....	42
III.3 Tratamiento.....	45

CAPITULO SEGUNDO

I. VIH en México y Estadísticas.....	47
I.1 Breves Antecedentes del Contagio y la Infección.....	47
I.2 La Evolución del Sida (VIH).....	50
I.3 La Historia del Sida en México.....	52
I.4 Estado de la Epidemia con base en la Estadísticas Realizadas.....	54

CAPITULO TERCERO

I. Fundamentos jurídicos que emanan del Código Penal.....	57
I.1 Delito de Peligro de Contagio.....	57
I.2 Delitos Dolosos.....	58
I.3 Tipos de Dolo.....	59
I.3.1 Dolo Directo.....	59
I.3.2 Dolo Indirecto.....	60
I.4 Delito de Lesiones.....	61
I.5 Delito de Difamación.....	63
I.6 Abuso de Autoridad.....	64
I.7 Responsabilidad Profesional.....	65
I.8 Revelación del Secreto Profesional.....	67

CAPITULO CUARTO

I. Fundamentos Legales de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	68
1.1 Derechos Naturales del Hombre.....	69
1.2 Derechos Innatos.....	69
1.3 Garantías.....	69
1.4 Definiciones de Derechos Humanos.....	70
1.5 Artículo 1º. Constitucional.....	72
1.6 Artículo 14º. Constitucional.....	73
1.7 Artículo 16º. Constitucional.....	73
1.8 Artículo 4º. Constitucional.....	74
1.9 Artículo 156º. Código Civil para el D.F.....	75
1.10 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	77
1.11 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.....	78
1.12 Artículo 73º, Fracción XVI Constitucional.....	79
1.13 Sistema Nacional de Salud.....	80
1.14 Principales Instituciones de Salud en México.....	81
1.15 Reformas a la Ley General de Salud.....	82
1.16 Artículo 5º. Constitucional.....	86
1.17 Artículo 3º. Constitucional.....	87
1.18 Artículo 9º. Constitucional.....	88

1.19 Artículo 6º. Constitucional.....	89
1.20 Artículo 11º. Constitucional.....	91

CAPITULO QUINTO

Fundamentos Legales que emanan de la Ley Federal de Trabajo.....	93
I Suspensión, Rescisión y Terminación de las Relaciones Individuales.....	93
1.1 Las Relaciones de Trabajo.....	93
1.2 La Suspensión de las Relaciones Individuales de Trabajo...	95
1.3 La Rescisión de las Relaciones Individuales de Trabajo.....	97
1.4 Las causas de Rescisión de las Relaciones individuales de Trabajo sin responsabilidad para el patrón.....	98
1.5 Las causas de Rescisión de las Relaciones individuales de Trabajo sin responsabilidad para el trabajador.....	100
1.6 La Terminación de las Relaciones individuales de Trabajo.	101
1.7 El Accidente de Trabajo.....	102
1.8 La Enfermedad de Trabajo.....	103
1.9 Las causas de Rescisión de las Relaciones individuales de Trabajo sin responsabilidad para el patrón y su relación con el VIH-SIDA.....	104
1.10 El VIH-SIDA como causa de Terminación de las Relaciones de Trabajo.....	105
1.11 Las Incapacidades.....	106
1.12 Incapacidad Temporal.....	107

I.13 Incapacidad Permanente Parcial.....	108
I.14 Incapacidad Permanente Total.....	109
I.15 Incapacidad Mental.....	110
I.16 Conasida.....	112
I.17 Medios de Información.....	113
I.18 Recordación Publicitaria.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	116

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

El presente estudio analizará las repercusiones sociojurídicas que, dentro del ámbito del derecho, provoca uno de los acontecimientos médicos más graves de la historia, la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La afección que provoca tal virus origina consecuencias de hecho y de derecho, tanto para las personas infectadas como para quienes las rodean.

Si aunamos esto a la falta de información que existe entre la población respecto de dicha enfermedad, el resultado es que las personas tiendan a confundir la interpretación de las normas, lo cual da lugar a una indebida aplicación del derecho.

Dichas normas se han instituido con la finalidad de que se regulen aquellas situaciones que pudiesen presentarse dentro de un centro de trabajo, cuando alguno de sus miembros se encuentra infectado del virus mencionada.

Tal regulación pretenderá evitar que los trabajadores que padezcan la enfermedad sean injustamente retirados de sus labores, alegando los patronos causales de suspensión, rescisión o terminación de las relaciones de trabajo sean notoriamente improcedentes.

Asimismo, se intentará que el lector conozca a fondo las formas de contagio, biología básica y tratamientos contra el virus, para que no sólo evite determinadas conductas, sino que comprenda las razones por las que no deberá ser esgrimido tal padecimiento como causal para rescindir un contrato de trabajo.

El SIDA afecta a la salud y la vida de los seres humanos pero no a los derechos humanos. El derecho humano a la salud, por ejemplo significa que uno tenga derecho a estar saludable, sino tener acceso a la atención de la salud en caso de necesidad. Esto es un derecho que tiene toda la sociedad en general.(1)

(1) Tomasevski, Katarina, El Sida y Derechos Humanos, primera edición, O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud), Washington, D.C., 1991.,P.215.

A los enfermos de SIDA, se les ha denegado acceso a la atención de la salud, esto definitivamente se convierte en un problema de discriminación a personas infectadas por el mal. Los problemas de discriminación emanan de la forma en que respondemos al SIDA, no a la propia enfermedad, es decir no es por la pandemia del SIDA lo que respeta o niega los derechos humanos, sino las respuestas de la sociedad a la enfermedad.

La discriminación ha pasado a ocupar un lugar primordial en la atención del legislador debido a casos de denegación de derechos humanos fundamentales, a quienes están infectados por el virus de inmunodeficiencia humana o quienes están enfermos de SIDA. Es notoria la discriminación en nuestra sociedad hacia éste tipo de enfermos, los cuales por el hecho de estar infectados siguen siendo seres humanos y no merecen la discriminación por parte de los individuos que conformamos una sociedad. Los legisladores, debemos estar conscientes de la situación, social, psicológica, legal y médica a la que están expuestos los enfermos de SIDA. Muchos de ellos son víctimas de las circunstancias por las cuáles adquirieron dicha enfermedad. Esta denegación de derechos abarcó una gama de derechos humanos universalmente reconocidos tales como: El respeto a la dignidad humana, la protección de la vida privada, el derecho al trabajo, la educación, la vivienda, el derecho a regresar al país de origen, el derecho a constituir una familia, la libertad de información.

Los derechos humanos que se han visto afectados por distintas respuestas al SIDA, veremos que son la mayoría, sino es que la totalidad de los derechos y libertades, fundamentales. En respuesta a esto surgieron movimientos en defensa de los derechos humanos a causa de dichas violaciones.

La base de los derechos humanos es el postulado de que todos los seres humanos tienen derechos iguales. Este postulado ha sido impugnado por la denegación de los derechos humanos a las personas afectadas por el SIDA.

Esta denegación y discriminación ha incluido a un círculo cada vez más amplio de personas:

- a) A quienes están enfermos de SIDA**
- b) A quienes están infectados por el VIH**
- c) A quienes se sospecha que están infectados por el VIH**
- d) A quienes viven o trabajan con personas infectadas por el VIH y enfermos de SIDA, o a quienes trabajan para dichas personas**

Estos individuos, sufren de un rechazo general por la falta de información que la sociedad tiene acerca de la enfermedad.

No debe de ser cuestionable en muchos casos, el porqué se encuentran infectados, sino más bien buscar soluciones, para la completa armonía de todos los individuos que conforman una sociedad, incluyendo a aquellos que se encuentran señalados por la misma.

Cualquier tipo de discriminación debe de ser totalmente rechazada por la sociedad y por sus Instituciones y no privar de ningún derecho a persona alguna y menos por sus condiciones de salud mientras esta no perjudique de manera directa a la comunidad en cuanto al desempeño de sus funciones dentro de la misma.(2)

Las razones para la discriminación, han variado, desde razones irracionales, las más de las veces por el miedo a contraer la enfermedad y desaprobación de la supuesta inmoralidad de los estilos de vida mentalmente asociados con la enfermedad del SIDA, hasta razones racionales, tales como el costo elevado para la sociedad de esta enfermedad fatal y el del tratamiento médico para quienes lo padecen.

Se ha llegado a argumentar que la protección de la salud pública requiere la denegación o limitación de los derechos de los individuos afectados, que hay que sacrificar los derechos de unos pocos en aras de los derechos de muchos.

Esto realmente es denigrante para las personas que sufren dicho padecimiento, no se debe sacrificar los derechos de unos pocos sino más bien buscar soluciones viables para el beneficio de este grupo de individuos.

Esta enfermedad de impacto múltiple en la sociedad es innegable. Como enfermedad incurable, mortal y onerosa, la humanidad solo puede oponerle paliativos preventivos para demorar su propagación, en espera de una vacuna.

Mientras estamos en esa espera es necesario tomar medidas para buscar la reubicación de estos enfermos a la vida activa de la sociedad y proporcionarles bases para su desarrollo completo como personas con los mismos derechos que los demás individuos.

(2) Sepúlveda Amor, Jaime., SIDA y Derechos Humanos, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F., 1991., P.27

Otra pandemia paralela y concomitante asola igualmente a la población mundial agravando la situación de las víctimas del SIDA y extendiendo sus consecuencias dañinas a un conjunto de la sociedad: El exagerado temor al contagio y a su secuela de estigmatización y la discriminación a las personas afectadas.

Existe un exagerado temor al contagio de esta enfermedad simplemente por el hecho de que la sociedad no se encuentra bien informada sobre ésta, su forma de transmisión, y las precauciones que se deben tener para no sufrir el contagio de la misma, por lo que debe haber una participación más abierta de parte de las Instituciones de Salud para proporcionar la correcta información.

La ley nacional, regida por las normas constitucionales, debe reflejar dichos derechos y adecuarse a la juridicidad internacional en cuanto al respeto a la dignidad y la igualdad, esenciales de todas las persona, incluidos ciertamente los enfermos de SIDA.

Deben existir órganos especializados en hacer valer los derechos y en cierta forma obligar por medio de las leyes a que se respeten los derechos y se cumplan las mismas para beneficio de éstos marginados por la sociedad.

Por lo anterior es necesario realizar un análisis y cualquier análisis de un problema de salud pública necesariamente debe satisfacer un contenido social, en virtud de que es en el entorno social en donde se manifiesta como tal. (3)

El punto de referencia debe de ser la sociedad misma, de ahí debe partir el análisis para buscar soluciones.

En el caso del SIDA, que sin duda constituye uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo, tal situación se presenta con mayor fuerza debido a su estrecha relación con otro problema no menos importante que aqueja a la humanidad en su conjunto, pero sobre todo al grupo de personas que en este caso nos referí0mos, que son las que se encuentran afectadas por el mal del siglo: LA DISCRIMINACION, en cualquiera de sus aspectos.

(3) Moctezuma, B., Gonzalo, El SIDA y El Lugar de Trabajo, primera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1992, p.226

No debería existir la discriminación dentro de una sociedad, ya que estos individuos forman parte de ella, por lo cuál deben de ser respetados.

Por un momento la sociedad piensa: ¿Porqué proteger los derechos de personas que han sufrido el contagio del SIDA por cuestión de desviación sexual? Esta es una interrogante bastante seria, ya que se refiere específicamente a los homosexuales, pero en los derechos fundamentales de todo individuo no debe ser cuestionado si tienen estos derechos o no, ya que por el simple hecho de estar vivo y ser humano, tiene derecho al sitio que le corresponde a cualquier otro individuo "sano", dentro de la sociedad con todos los derechos y obligaciones que la ley le confiere, además de tomar conciencia que existen individuos infectados por otras causas que no sea por transmisión sexual, por ejemplo, los farmacodependientes, los que adquieran el virus por medio de transfusiones sanguíneas, los fetos que son contagiados por la madre durante el embarazo, etc...

Estas situaciones de contagio son las que la sociedad y sus instituciones deben tomar en cuenta antes de discriminar a éste sector de la población y marginarlos por falta de información y educación acerca del tema.

Es necesario hacer tomar conciencia a la sociedad de la magnitud del problema y no cerrar los ojos o no querer involucrarse en ello porque no se tiene algún caso cercano, esto es como querer tapar el sol con un dedo.

Debemos tomarlo como un problema actual, latente y que cada día se agrava más, por lo mismo no se debe permitir que esta discriminación hacia estas personas continúe de esta manera tan desproporcionada porque el rechazo de la sociedad provoca que los enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se aislen y no busquen soluciones por miedo al rechazo de la sociedad.

Las personas infectadas con éste mal, han sido marginadas de tal manera que se encuentran totalmente desprotegidas por la sociedad y esto implica también una desprotección a nivel de trabajo, familia, atención médica, atención psicológica, etc... y esto provoca que se creen ciertos resentimientos de estos individuos hacia la sociedad.

CAPITULO PRIMERO

I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD.- Igual que antaño con la sífilis, las primeras denominaciones de la enfermedad recién conceptualizada no duraron. Eran demasiado restrictivas, "mal de Nápoles" o "morbus Gallicus" en el caso antiguo "neumonía gay", "cancer gay", GRID (Gay-Related Immune Deficiency) o "gay compromise syndrome" en el caso actual. Esos nombres tienen interés para el historiador en la medida en que revelan a la vez errores médicos y prejuicios nacionalistas o morales.

Desde que se reconoció la universalidad de ambas enfermedades se les dio un nombre neutro, de validez más general. Si se debe a la inspiración poética de Girolamo Fracastoro (1530 el nombre definitivamente adoptado de la sífilis), enfermedad del pastor Syphilus ("amante de los cerdos"), la afección venérea actual fue prosaicamente bautizada con una sigla AIDS (que al principio significaba Acquired Immune Deficiency Syndrome y después fue considerada más bien como una abreviatura de Acquired Immunodeficiency Syndrome).

El uso oficial de esa sigla se inició en el verano de 1982 y se extendió rápidamente gracias a los informes de loa CDC.(4)

Fue forjada en una reunión de los CDC en Atlanta y como no se preveía su futura importancia nadie cuidó de precisar la identidad de su creador. Los testigos viven todavía, unos creen recordar que fue inventada por Don Armstrong, epidemiólogo neoyorquino, (5) mientras que otros sostienen en que fue propuesta por Bruce Voeller, en aquel entonces bioquímico del Rockefeller Institute. (6)

(4) CDC (1982g, 1982h y 1983^a), cf. Marx (1982).

(5) Black (1986), p.60.

(6) Goldsmith (1988)

Desdichadamente, al crear el acrónimo AIDS nadie se preocupó ni por sus cualidades fonéticas ni por su maleabilidad lingüística, y por consiguiente su adopción fuera del inglés causó problemas. En varias lenguas el diptongo inicial se presta a incertidumbres de pronunciación y las dos consonantes finales no son eufónicas. Es difícil insertar la palabra en un sistema flexible, Eso explica que se prefiera otro término tanto en las lenguas eslavas como, ejemplo en francés y en español.

En Francia y en los países de lengua española se creó una sigla análoga: SIDA, anagrama de AIDS, que significa Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (o Síndrome de Inmuno-Depresión Adquirida).(7). Su adopción en la lengua hablada y escrita fue progresiva: S.I.D.A.-SIDA-Sida-sida.

Era preciso crear además un adjetivo y derivar un sustantivo para designar al enfermo afectado. En esa ocasión se manifestaron sensibilidades particulares. En inglés se designaba a esos pacientes con una sigla deliberadamente neutra y oscura: PWA-People With AIDS. En Francia el término "sidaïque" utilizado por Jean-Marie Le Pen, con evidentes connotaciones antisemiticas, provocó una fuerte reacción social de rechazo, por algún tiempo la cuestión estuvo indecisa entre "sidatique" y "sidéen", hasta que los miembros del Alto Comité de la Lengua Francesa resolvieron a favor de este último (1987). En español parece imponerse el término "sidoso", probablemente por analogía con "tuberculoso", "canceroso", etcétera.

En 1983, la expresión acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) ingresa al Cumulted Index Medicus. Es apenas entonces cuando los bibliógrafos y documentalistas registran el nacimiento de una nueva entidad nosológica.

La adopción del nombre es ya definitiva. Sin embargo, fue fijado demasiado pronto y la evolución de los conocimientos lo ha vuelto impropio. Los términos AIDS y SIDA designan expresamente un síndrome, es decir un conjunto de síntomas que constituye una individualidad clínica pero no etiológica.

(7) Dirección General de la Salud (1982b).

Aplicado a una enfermedad en sentido propio, ese nombre no es pertinente. En el momento de su creación todavía reinaba la incertidumbre acerca de la verdadera naturaleza y la especificidad causal de la extraña afección. Según la definición dada a comienzos de 1983 por los CDC y adoptada después por la Organización Mundial de la Salud, el sida se caracteriza por la aparición de un síndrome tumoral o de las manifestaciones infecciosas calificadas de oportunistas o bien por la asociación de ambas cosas en un adulto de menos de 60 años, sin patología subyacente anteriormente conocida y que no ha recibido tratamiento inmunodepresor,(5)

Se trata pues esencialmente de un concepto clínico. El nombre fue escogido de modo de no prejuzgar la unicidad tanto de la causa como de la patogénesis. Es también por esa razón que ha habido que inventar otras designaciones para estados patológicos cuyo nexos causal con el sida se sospechaba pero cuya descripción clínica no concordaba con la definición inicial. Esas formas clínicas recibieron diversos nombres: ARC (AIDS-Related Complex) LAS(Lymphadenopathy Syndrome), PGL(Persistent Generalized Lymphadenopathy), SAS(Signes Associés au Sida), pre-sida, para-sida, etc.

La situación cambió radicalmente cuando se demostró que el sida en cuanto estado clínico era resultado de la acción de un virus específico. Según la nueva definición, el sida es un estado patológico debido a la infección por el virus HIV, exactamente igual que la tuberculosis en un estado patológico debido a la infección por el bacilo de Koch.(6)

Por lo tanto el sida no es ya un síndrome sino una enfermedad infecciosa causada por retrovirus.(7) Existen formas latentes de tuberculosis, y nadie pensaría en llamarlas TRC o pretuberculosis. El antiguo sida ya no es sino un estadio particular de una enfermedad cuya definición es etiológica. La infección sídosa puede manifestarse por un espectro muy amplio de estados clínicos, que va de los estados asintomáticos y las formas menores hasta el sida declarado.

Los rusos adoptaron el acrónimo SPID. En chino, al parecer, el nombre inglés dio por una curiosa convergencia una expresión que significa "propagado por el amor".

(5) Black (1986), p.60.

(6) Goldsmith (1988)

I.1 ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

CONCEPTO DE SIDA.- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es producido por la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H), es necesario desglosar la significación del agente causal partiendo del virus, hasta llegar a lo más específico, es decir el V.I.H.

Su conceptualización lo engloba como un "agente infeccioso más pequeño que unas bacterias, del tamaño entre 0.2 y 0.01 micras. Se reproducen a partir de un solo tipo de ácido nucleico contenido en su partícula, sea Acido ribonucleico (ARN) o desoxirribonucleico ADN, poseen una estructura bien definida con o sin membrana, su simetría es cúbica o helicoidal. En el hombre son productores de diversas enfermedades como: gripe, poliomielititis, etc." (1)

Virus.- Humor maligno, Germen de varias enfermedades principalmente contagiosas, que se atribuye al desarrollo de microbios.

Los virus presentan tres estados o condiciones de vida:

- 1) **Virus inertes o quietos.-** Son virus en estado libre extracelular, completamente inertes e inactivos en relación con el organismo humano o animal en general en que viven y no causan ningún perjuicio.
- 2) **Provirus.-** Son por lo menos hasta hoy entidades hipotéticas para indicar las formas que adquieren los virus que se encuentran en el interior de las células sin alterar aparentemente su morfología y sus actividades vitales.
- 3) **Virus activos o vegetativos.-** Son aquellos que introducidos en las células huéspedes desde el exterior, entran en fase de actividad y reproducción con formación de nuevos virus que son expulsados de las células mediante un proceso de rápida lisis (disolución) celular o mediante un proceso de liberación lenta: tanto en un caso como en otro la célula queda destruida y por lo tanto el organismo animal infectado se resiste más o menos gravemente y enfermo (Diccionario Médico)
- 4) **El virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)** pertenece a la subfamilia lentivirus de los retrovirus, los cuales constituyen una subclase de ARN - VIRUS, cuya característica fundamental es

convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como la transcripción reversa de donde viene el nombre de retrovirus, debido a todo lo anterior y al estado en que se encuentra el V.I.H. se considera un provirus.

El ARN de estos virus posee toda la información hereditaria necesaria para fabricar los diversos componentes virales, sin embargo, para lograrlo debe primero transcribir dicha información a ácido desoxirribonucleico, a fin de integrarla al núcleo de la célula parasitada, desde donde dirigirá la formación de nuevos virus (viriones) utilizando para ello los recursos existentes en la célula. Durante su paso por las células, los retrovirus pueden "robar" proto oncógenos, transportarlos y cederlos a otras células, provocando así la formación del cáncer. Los retrovirus poseen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria, en éstos resulta ser un millón de veces más rápidas que cualquier otro organismo conocido. Lo anterior explica en parte, las dificultades que tiene el sistema inmunológico para detectar y rechazar a los retrovirus, así como los problemas que enfrentan los científicos para desarrollar vacunas contra dichos microorganismos, como es el caso del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Ahora bien, a través de la historia en la aparición de los virus, encontramos que el primer indicio de la existencia de los virus surgió en 1892 cuando el bacteriólogo ruso D. Ivanovski, al estudiar la enfermedad del mosaico del tabaco, encontró que podía infectar a las plantas sanas utilizando extractos obtenidos de hojas enfermas, años más tarde el holandés M. W. Beijerinck sentó las bases científicas y filosóficas de la existencia de "agentes filtrables" capaces de producir infección: en 1902 con F. A. Löffler y P. Frosch se descubrió que dichos agentes podían infectar tanto a plantas como animales, para 1930 ya se había identificado a varios agentes filtrables y se reconoció su importancia como causantes de distintas enfermedades comenzando a utilizarse el término de virus que significa en latín: veneno, años más tarde W. J. Eilford demostró que los virus contaban con una estructura sólida y así con E. W. Goodpasture se tuvo un adelanto notable, ya que encontró que era posible cultivar virus en embriones y cuando J.F. Enders y colaboradores en 1949 cultivaron el virus de la poliomielitis se logró abrir el camino para identificar diversos virus en la creación de las vacunas.

El retrovirus que causa el SIDA está compuesto con una envoltura protéica en cuyo interior aparece una formación densa, parecido a un núcleo y que contiene el material genético constituido por ARN. El genoma (*) proviral del VIH es más complejo que cualquier otro virus; en cada extremo del

provirus se encuentran secuencias del ADN llamados redundancias terminales largas (rtl), que contienen segmentos reguladores de la replicación del virus. Entre ambas rtl, se encuentran nueve genes diferentes, tres de ellos codifican para componentes estructurales del VIH.

- a) Gag (gen del antígeno), Posee la formación la cual se fabrican las tres diferentes proteínas del núcleo.
- b) Pol (polimerasa), encargado de que se produzca la transcriptasa reversa.
- c) Env (envoltura), Produce las dos glicoproteínas de la envoltura viral, una es gp transmembrana: participación en la destrucción celular.

Los otros seis genes tienen funciones reguladoras.

El dato central en la inmunodeficiencia del SIDA es el déficit del grupo de linfocitos T con función de ayuda, que tienen en su membrana celular la molécula CD4 (células T4), y que lleva a una inmunosupresión importante: del gran número de alteraciones inmunológicas descritas en el SIDA, la mayoría se explica por el defecto selectivo de las células CD4 causa de un daño inmune extenso.

Diferentes grupos de investigadores han demostrado que la molécula CD4 del linfocito es el receptor de alta afinidad para el VIH. Esto se debe a que existe una gran semejanza entre una proteína de la cubierta del virus y la molécula CD4 del linfocito, una vez que el virus se une a esta molécula logra adentrarse a la célula.

La patología del VIH esta claramente relacionada con la molécula y la infección del macrofago: una vez en su interior el ARN del virus se transcribe a ADN mediante la retrotranscriptasa, así el ADN proviral se integra al ADN cromosomal del huésped, la infección puede entrar en una fase latente en el que el ciclo se detiene hasta que la célula infectada se activa, una vez activada se continúa la transcripción del ARN genómico viral, síntesis protéica y ensamblado del virus, con salida de numerosos viriones del interior celular. Este proceso de replicación generalmente trae consigo la muerte celular, cuya explicación parece ser la acumulación del ADN viral, el aceleramiento del proceso de diferenciación de la célula infectada y la formación de células gigantes multinucleadas, sin embargo no se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de muerte celular.

El SIDA es un estado de inmunosupresión causado por el retrovirus V.I.H. Este virus infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica las células T colaboradoras, que tiene a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular.

Las células infectadas pierden su capacidad funcional y muere prematuramente, este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral protozoaria o micótica.

El defecto inmunológico celular, también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial Sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a las que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular: cada día se reconoce más que los pacientes infectados por V.I.H. pueden desarrollar un amplio espectro de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y que al parecer son secuencia directa o indirecta de la infección viral.

De ahí la importancia de conocer el proceso de transmisión en forma general, para que cualquier virus se transmita, es necesaria la intervención, de tres factores: el agente causal, medio ambiente y el huésped.

- a) El agente causal.- Es el organismo capaz de producir la enfermedad, patogenicidad, la cual comprende dos características, la agresividad o el poder de multiplicarse en el organismo y la virulencia, que se refiere el daño que ocasiona el germen de su metabolismo. Este además de su poder patógeno requiere que llegue en cantidad suficiente y por la vía de entrada que le es favorable para penetrar y multiplicarse, así cuando la patogenicidad del germen supera la resistencia del organismo se establece la enfermedad.**

- b) Medio ambiente.- Es el entorno biopsicosocial en el que se desenvuelve el hombre, en el caso de la relación salud-enfermedad se determinan dos tipos de ambientes, el favorable, que permite el equilibrio de los individuos para preservar la salud y el agresivo es aquél que da pauta a la aparición de la enfermedad.**

c) Huésped.- organismo que aloja en su interior a un microorganismo y la infección de éste depende de las condiciones y características de cada persona.

I.2. HISTORIA DEL VIRUS

En 1980, los médicos se dieron cuenta de repente y con gran asombro de la existencia de una enfermedad que les pareció "nueva".

Nueva porque aparentemente nunca antes se había visto y porque para comprenderla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología clásicas.

Esta enfermedad no había sido prevista por ningún método médico y era realmente desconcertante para los médicos el ver que los pacientes morían afectados a pesar de proporcionarles los tratamientos más perfeccionados.

En el momento en que se supo que era una enfermedad transmisible por cuestión sexual, ligada también a la sangre y a las drogas en ese momento se provocó una histeria colectiva dentro de la sociedad.

Se llegó a considerar una enfermedad extranjera procedente de los países en vías de desarrollo y de esferas marginadas y de grupos en represión.

El primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio por la agencia epidemiológica federal llamada Center for Disease Control, de Atlanta, Georgia.

El boletín semanal de esa agencia, dio la descripción de cinco casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de los Angeles.

Eran los casos de 5 varones, homosexuales en California, el segundo hecho fue un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi (es una infección provocada por el virus del Sida), también en varones jóvenes, en la ciudad de Nueva York.

Lo extraño de estos casos era que ambos sucesos se habían observado previamente en individuos que tenían fallas en su sistema inmunológico, lo que no era aparente en estos casos, más bien el elemento común entre estos individuos afectados era su homosexualidad activa. (8)

(8) D. Durham, Jerry, Pacientes con SIDA, primera edición, Editorial El Manual Moderno S.A., México, D.F., 1990, p.3

Todos estos pacientes tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución de linfocitos T en la sangre.

Fueron los primeros casos de identificación de la enfermedad.

De los ocho primeros homosexuales neoyorquinos afectados por ese Sarcoma, en marzo de 1981, ya habían fallecido cuatro.

La homosexualidad en estos enfermos hizo que a comienzos de 1981, algunos médicos de Nueva York, expresaron la sospecha de que una enfermedad nueva había empezado a matar a los homosexuales destruyendo sus defensas inmunológicas.

En San Francisco, el primer diagnóstico de Sarcoma de Kaposi se hizo en abril de 1981, en un enfermo que presentaba diversos síntomas a los que habían presentado los casos anteriores.

Entre los médicos que se ocupaban de dichos casos hubo una conclusión que al momento de hacerse pública la nueva enfermedad preocupó a la sociedad en general pero más a los homosexuales.

El informe decía, Aún cuando el Sarcoma de Kaposi se limite a los homosexuales de género masculino, la gran mayoría de los casos recientes se ha observado en ese grupo.

Los médicos deben de estar alerta contra el Sarcoma de Kaposi y otras infecciones oportunistas asociadas con la inmunosupresión entre los homosexuales.

Lo que afligía en particular a muchos entre la comunidad de homosexuales era la rapidez con la cual la enfermedad se etiquetó como una epidemia en homosexuales.

Por otra parte lo que realmente preocupaba a los investigadores era que el Sarcoma de Kaposi posiblemente resultaba de causas desconocidas que de alguna manera destruían la capacidad inmunológica del cuerpo.

Con el transcurso del tiempo la propagación de la enfermedad fue teniendo un aumento alarmante.

Al principio todos los casos se presentaron en varones homosexuales o bisexuales, lo que llevó a los epidemiólogos del Centro de Control de

Enfermedades en Estados Unidos a estudiar las prácticas de la comunidad de homosexuales que pudieran causar una falla en el sistema inmológico.

Los investigadores consideraron varios factores debido a que casi todos los primeros individuos afectados eran sexualmente muy activos con múltiples compañeros en ocasiones anónimos, la naturaleza de sus vidas sexuales se convirtió en el foco de atención. (9)

Entre los factores que se identificaron y consideraron de manera importante aunque breve, están los siguientes:

Amplio uso de estimulante, El semen como inmunodepresor por sí mismo, episodios múltiples de enfermedades de transmisión sexual y el impacto de una vida sexual frenética.

Mientras estas causas hipotéticas eran publicadas en la prensa popular y técnica, surgieron otros dos grupos de afectados, uno de haitianos y otro que usaba drogas intravenosas.

Los haitianos representaban un grupo más difícil de acomodar en el patrón del SIDA. La naturaleza de su inmigración a los Estados Unidos, su pobreza abyecta y su color, eran factores que disminuían la simpatía entre el público.

Los investigadores trataron de ubicar a los haitianos en algunos de los dos grupos en cuestión, HOMOSEXUALES O BISEXUALES, pero finalmente se concluyó que formaban una categoría diferente.

La inclusión de los haitianos como grupo de riesgo fue desechada posteriormente por el Centro para el Control de Enfermedades.

Conforme las investigaciones avanzaban hubo una serie de eventos que llevaron a considerar al SIDA como una amenaza hacia la población en general.

Se diagnosticó a un grupo de hemofílicos con SIDA como resultado de haber recibido productos hematológicos contaminados, que provocaron su colapso en su inmunidad celular.

(9) Miller, Weber, Atención a pacientes con Sida, primera edición, Editorial El Manual Moderno, S.A., México, D.F., 1989, p.10.

De pronto se tuvo conciencia de que el SIDA podía afectar a personas cuyos estilos de vida no se consideraban aberrantes.

El origen de la enfermedad se convirtió en una fuente de especulaciones y en un tema político importante en el escenario internacional.

Los investigadores en Estados Unidos, los del Centro para el Control de Enfermedades, el Instituto Pasteur de París y el Instituto Nacional para el Cáncer en E.U.A. centraron su atención en una familia de virus que se sabía causaba la leucemia de células T: El virus linfotrópico-T Humano (HTLV).

En el espacio de un año, el equipo Francés y el de E.U.A., anunciaron el descubrimiento del agente causal.

En mayo de 1986, un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus recomendó que el virus del SIDA se llamara virus de la inmunodeficiencia humana o HIV (del inglés, Human immunodeficiency virus, 1986). (10)

El miedo público se ha propagado más rápidamente que la concientización sobre el SIDA.

Desde su descubrimiento, el SIDA, se ha considerado una enfermedad de parias. Su identificación temprana como una afección de homosexuales estigmatizó a todos los que la contrajeron.

Actualmente con los estudios que se han realizado, no se toma al SIDA como una enfermedad exclusiva de los homosexuales, sino que también personas sanas son capaces de contraer la enfermedad por causas como transfusiones sanguíneas, o en el caso de los drogadictos por el uso de agujas contaminadas.

Es seguro que el virus del SIDA exista desde hace varias décadas, probablemente desde hace siglos o incluso quizás milenios.

La pandemia que actualmente hace estragos es resultado de la superposición de por lo menos dos epidemias diferentes, provocadas por gérmenes distintos que no están genéticamente vinculados entre sí por descendencia directa.

(10) Miller, Weber, Atención a pacientes de SIDA., primera edición, Editorial El Manual Moderno, S.A., México, D.F., 1989, P.10

La primera epidemia, debida al VIH-1, fue identificada por los médicos estadounidenses como una enfermedad particular y hasta entonces desconocida.

La segunda epidemia, debida al VIH, probablemente habría pasado inadvertida si la gravedad de la primera no hubiera aguzado la visión de los médicos y orientado las investigaciones de los virólogos.

Esa segunda epidemia estuvo al principio limitada a un solo foco en Africa Occidental, mientras que la difusión mundial se produjo en tres focos, uno en Africa Central y dos en Estado Unidos.

Es seguro que los dos focos norteamericanos tienen un origen común.

La prioridad ahora es: ¿Surgió el SIDA, en Africa o en América?

Existe una teoría de la infección de los monos:

Entre 1969 y 1981 se habían comenzado a hacer estudios con unos monos llamados Macacos, en Davis, California. Desde la primera aparición de la enfermedad se diagnosticó el Linfoma maligno y se observó la depresión de la inmunidad con aparición de infecciones oportunistas.

Las informaciones sobre esta nueva enfermedad de los monos, publicados a comienzos de 1983, atrajeron inmediatamente la atención de los investigadores que se ocupaban del SIDA. Esta afección podía servir para apoyar la hipótesis sobre el papel de los monos en el origen del SIDA y además ofrecía un modelo animal que permitía el estudio experimental de la enfermedad humana.

Tejidos extraídos en el invierno de 1982-1983 de monos californianos muertos por esa enfermedad fueron inyectados a cuatro animales de la misma especie: en pocas semanas, todos sufrieron una Linfadenopatía generalizada y enfermedades oportunistas: Dos murieron rápidamente y uno tuvo placas cutáneas similares a las del Sarcoma de Kaposi.

Los macacos que en cautiverio, sufrían de una enfermedad muy similar al SIDA humano, eran originarios de Asia.

En cuanto al origen de los gérmenes en el SIDA se puede decir que la infección por forma viral es similar la de los humanos que la de los monos africanos.

La primera epidemia, debida al VIH-1, fue identificada por los médicos estadounidenses como una enfermedad particular y hasta entonces desconocida.

La segunda epidemia, debida al VIH, probablemente habría pasado inadvertida si la gravedad de la primera no hubiera aguzado la visión de los médicos y orientado las investigaciones de los virólogos.

Esa segunda epidemia estuvo al principio limitada a un solo foco en Africa Occidental, mientras que la difusión mundial se produjo en tres focos, uno en Africa Central y dos en Estado Unidos.

Es seguro que los dos focos norteamericanos tienen un origen común.

La prioridad ahora es: ¿Surgió el SIDA, en Africa o en América?

Existe una teoría de la infección de los monos:

Entre 1969 y 1981 se habían comenzado a hacer estudios con unos monos llamados Macacos, en Davis, California. Desde la primera aparición de la enfermedad se diagnosticó el Linfoma maligno y se observó la depresión de la inmunidad con aparición de infecciones oportunistas.

Las informaciones sobre esta nueva enfermedad de los monos, publicados a comienzos de 1983, atrajeron inmediatamente la atención de los investigadores que se ocupaban del SIDA. Esta afección podía servir para apoyar la hipótesis sobre el papel de los monos en el origen del SIDA y además ofrecía un modelo animal que permitía el estudio experimental de la enfermedad humana.

Tejidos extraídos en el invierno de 1982-1983 de monos californianos muertos por esa enfermedad fueron inyectados a cuatro animales de la misma especie: en pocas semanas, todos sufrieron una Linfadenopatía generalizada y enfermedades oportunistas: Dos murieron rápidamente y uno tuvo placas cutáneas similares a las del Sarcoma de Kaposi.

Los macacos que en cautiverio, sufrían de una enfermedad muy similar al SIDA humano, eran originarios de Asia.

En cuanto al origen de los gérmenes en el SIDA se puede decir que la infección por forma viral es similar la de los humanos que la de los monos africanos.

Esos monos son cazados, manipulados y comidos. A veces llegan a morder a un cazador o a un niño, Según el Dr. Gallo, la transmisión interespecífica del virus habría podido ser facilitada por el consumo del cerebro del simio crudo, habitual entre ciertas poblaciones de Zaire.

Por lo tanto no es necesario invocar a este respecto, con cierta malicia, la posibilidad de relaciones sexuales zoolílicas.

Es perfectamente factible que un germen pase de su reservorio animal a una población humana.

Según la hipótesis de los simios de Myron Essex y Phyllis Kanke, el virus, endémico de los monos africanos, habría sido transmitido al hombre en algún lugar del África occidental y habría dado nacimiento, por la adaptación a su nuevo huésped, al actual germen del SIDA humano.

Existen varias teorías acerca de que el SIDA humano tuvo su origen en África occidental, más adelante señalaremos otras hipótesis acerca de las primeras manifestaciones del virus en éstos monos africanos.

Gallo explica que el virus de los monos, después de haber pasado al hombre, éste haya sufrido una serie de mutaciones que generaron los virus intermedios y luego el VIH. El germen de la pandemia actual podría provenir de una contaminación interhumana.

Según hipótesis resumida por Luc Montagnier, el virus existía desde hace mucho tiempo en el seno de ciertas poblaciones africanas que viven aisladas, sin provocar en ellas el menor daño: no había SIDA porque la población se había adaptado genéticamente al virus y lo toleraba y transmitía desde muchas generaciones antes.

Después por razones que todavía hace falta determinar el virus recientemente pasó a otras poblaciones africanas mucho más sensibles a él, porque nunca antes lo habían encontrado. Y ahí apareció la enfermedad.

Con referencia a todo lo anterior podemos decir que África tropical es el lugar ideal para ubicar, en nuestras especulaciones epidemiológicas, una población afectada por el virus actual del SIDA.

Según Guy de Thé, existió una recombinación genética, ocurrida en África central, entre dos antiguos virus, uno proveniente de los simios y el otro del hombre, sería pues, el origen de un nuevo virus altamente patógeno.

Los datos más recientes del análisis genético no la refutan, pero tampoco la confirman.

Desde 1983, la presencia antigua de formas malignas del Sarcoma de Kaposi en África, fue interpretada por Jonathan Weber, como un inicio de la prevalencia del Sida en ese continente mucho antes de la epidemia actual.

A.F. Fleming y Gerhard Hunsmann tuvieron la idea de que la clave de ese enigma podía ser el tráfico de esclavos. El virus había pasado del mono al hombre en el África, y ahí se habría propagado hacia las otras zonas.

Robert Gallo desarrolló esa hipótesis, que presenta así, he propuesto que el virus apareció en África, desde donde se propagó a numerosos primates del Viejo Mundo, a continuación, el tráfico de esclavos lo habría propagado en América e incluso en Japón, puesto que en el siglo XVI los comerciantes portugueses que viajaban al Japón fueron confinados a las islas del sur del país, donde hoy el virus es endémico.

Los portugueses llevaron en esos viajes esclavos africanos y monos, como lo muestran las obras de arte japonesas de la época, y deben haber introducido el virus. (11)

El primer conocimiento del virus del SIDA como una entidad médica única se hizo en el mes de junio de 1981 en una breve mención en una publicación del estadounidense Centro de Control para las Enfermedades (CDC) titulada "Morbidity and Morality Weekly Report", mencionado con antelación.

En este informe se describía cómo grupos de jóvenes homosexuales estaban muriendo de infecciones oportunistas o malignidad, denotando los estudios de laboratorio una profunda supresión del sistema inmunológico sin explicación alguna.

La naturaleza de la enfermedad era tan radicalmente nueva para la comunidad médica, que se recorrió a explicaciones de otro tipo basadas en los comportamientos.

(11) Gallo, R.C., Traducción francés, primera edición, Conasida, México, D.F. 1990, p.60

Al pasar el tiempo, los casos dentro de los Estados Unidos se empezaban a incrementar, otros de los llamados grupos de riesgo fueron identificados dentro de los Estados Unidos al igual que en el oeste de Europa, incluyéndose en éstos los drogadictos vía intravenosa al igual que los hemofílicos, sugiriéndose en ambos casos una ruta de transmisión cuyo vehículo era la sangre.

Pero simultáneamente numerosos casos de una enfermedad virtualmente idéntica fueron afectados en la comunidad haitiana, aunándose después a ésta la africana, donde ningún comportamiento de los denominados de riesgo se presentaba, excepto relaciones no monogámicas.

En los años posteriores se le asignó a este retrovirus el acrónimo de CIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), cuya estructura y ciclo de vida serán analizados con posterioridad.

Lo más destacable de esto es que con un simple examen sanguíneo con técnicas microbiológicas se puede identificar la presencia del virus en personas asintomáticas.

Las estadísticas revelan la evolución de la epidemia de este virus, indicando que alrededor de 8,000,000 y 10,000,000 de adultos, al igual que 1,000,000 de niños están infectados mundialmente, y que dichos números pueden llegar a cuadruplicarse para el año 2000.

En los Estados Unidos, alrededor de 200,000 casos de personas infectadas fueron reportadas al Centro de Control para las enfermedades hacia el final del año 1991, y la mitad de dichas personas ya han fallecido.

Los primeros 10,000 casos fueron reportados dentro del periodo de ocho años, cuando los otros 10,000 casos lo fueron dentro del breve lapso de dos años.

Autoridades de salud estiman que más de un millón de personas se encuentran infectadas, siendo muchas de ellas portadores no reconocidos.

Las comunidades que se encuentran en mayor riesgo no están definidas por un simple y claro factor de riesgo, sino por fronteras de mucho mayor alcance, como lo son la geografía, la raza e instituciones sociales como la prostitución, al igual que las clases económicas.

Diferentes comunidades afectadas por el VIH pueden estar separadas por la geografía, por la clase social o por el ingreso económico, pero están conectadas por un comportamiento común.

Un aspecto que es importante resaltar es el cambio en el tipo de población afectada, el cual se refleja en el incremento de los casos de mujeres infectadas debido a relaciones heterosexuales.

Dirección General de Epidemiología. Epidemiología del Sida en el mundo y en México S.I.D.A. Medidas Preventivas, S.S.A., México 1987.

1.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se llama historia natural de la enfermedad al curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo, cuando no se aplican los elementos externos para detenerlo o corregirlo. Cada una de las enfermedades tiene su propia historia natural.

Para haber podido definir lo que es la historia natural del SIDA, fue necesario estudiar grupos grandes de pacientes y seguir su evolución durante períodos bastante prolongados para detectar cualquier tipo de variante que se presentara entre unos y otros individuos.

Los primeros casos de la enfermedad conocida actualmente como **SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA** fueron detectados en 1981.

Los datos derivados del control epidemiológico, surgieron diciendo que el SIDA, era causado por un agente transmisible.

Se trata pues, de una enfermedad recientemente identificada, sobre cuyo conocimiento se han dado grandes avances, aunque no los suficientes para que se haya podido encontrar una solución o un remedio a la misma.

Los conceptos actuales sobre la historia natural del SIDA seguramente seguirán modificándose, conforme existan nuevos estudios y se sigan encontrando variables individuales o de grupo.

La importancia de la identificación de la causa del SIDA y de su estudio natural, incluye la capacidad de detectar a las personas con anticuerpos al virus, la de caracterizar más correctamente la evolución de la infección por el virus y su relación con la enfermedad, y el potencial para exámenes, prevención y tratamiento, basados en los dos primeros aspectos.

A partir del desarrollo, de métodos eficaces para la detección de SIDA, se ha visto que la infección ocasiona una gama de manifestaciones clínicas, que va desde la ausencia de síntomas hasta formas de infecciones o tumores que resultan fatales a corto plazo.

Esta afección severa del sistema inmunológico es tan sólo la etapa final de un largo proceso infeccioso producido por el VIH.

Para llegar a esta etapa hubo una serie de etapas previas, que se dieron como otro tipo de manifestaciones.

Debe quedar claro, entonces que el estar infectado por VIH no implica necesariamente tener SIDA, para poder decir que alguien tiene esta enfermedad, se requiere que la inmunodeficiencia se manifieste por infecciones oportunistas o Neoplasias.(12)

La información que existía acerca de la historia natural del SIDA, es la que se ha ido recopilando a través de estudios realizados a grupos de pacientes. La mayoría de ellos se han llevado a cabo en los Estados Unidos y en otros países desarrollados.

Los antecedentes de la infección por VIH se plantearon de la siguiente manera:

El desarrollo de cualquier enfermedad es el resultado de la interacción de 3 elementos:

- a) El agente causal**
- b) El paciente**
- c) El medio ambiente**

La enfermedad ha cambiado dramáticamente durante los últimos años, ahora es aceptado como el tratamiento ordinario rápido puede convertirse en obsoleto, puede surgir un tratamiento significativamente a la luz de nuevos conocimientos.

En 1992, la infección por VIH es vista como un único espectro de enfermedad, se llama SIDA a la etapa en que se desarrollan ciertas complicaciones específicas.

Los términos SIDA y CRS fueron creados antes de que el virus fuera descubierto.

Se pensaba que el portador asintomático podía ser vitalicio, mientras que otras personas el daño podía ser limitado a una forma menos severa de supresión inmunológica de síntomas de un complejo relacionado con el SIDA (CRS) que podrían ser controlados indefinidamente.

(12) Sepúlveda Amor, Jaime, Sida, Ciencia y Sociedad, segunda reimpression, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1989,p.132

Ahora los diferentes síndromes relacionados con la infección del VIH (transportación asintomática, enfermedad sintomática y SIDA) pueden ser vistos como etapas de una secuencia que involucra un patrón predecible a la par de un lapso de tiempo impredecible en cada individuo infectado.

1.4 BIOLOGIA BASICA

El SIDA es causado por un virus identificado por primera vez en 1983 y ahora internacionalmente reconocido como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o VIH, cuyo significado es el siguiente:

SINDROME significa que es un conjunto de síntomas o problemas de enfermedades diversas.

INMUNO significa a salvo o protegido, es decir, que cuando se tiene inmunidad se está a salvo de algo, o protegido contra ello.

DEFICIENCIA quiere decir falta o insuficiencia, o sea, que el sistema inmunológico de una persona no se encuentra operando en condiciones normales, es decir, tiene una deficiencia.

ADQUIRIDA se refiere al hecho de que el sida es algo que se recibe, algo que se obtiene.

El VIH pertenece a una familia particular de virus conocidos como retrovirus, y cuyos miembros comparten un mecanismo específico de reproducción caracterizado por dos fases distintivas.

1ª. FASE, la información genética del virus es almacenada en moléculas o "Ladrillos" de ARN (ácido ribonucleico), en lugar del usual ADN (ácido desoxirribonucleico), de los genes humanos.

2ª FASE , el virus posee una enzima única o proteína no presente en ninguna célula humana llamada transcripción reversible, que lo faculta para convertir su ARN en una equivalente secuencia de ADN.

Estas funciones son básicas para la fuerza reproductora del virus y su capacidad de sobrevivir en las células humanas, asimismo, representa el Talón de Aquiles del virus, y es hacia donde el ataque farmacológico va dirigido, mismo que será estudiado con posterioridad.

El ciclo vital del virus puede ser resumido brevemente, cada partícula viral se encuentra compuesta de un código viral de ARN protegido por una capa de proteínas estructurales.

Estas proteínas estructurales permiten al virus atacar a una específica proteína receptora, conocida como CD4, la cual se encuentra en las afueras de ciertas células humanas que son cruciales para el normal funcionamiento del sistema inmunológico.

Una vez insertado, el virus penetra en estas células y activa su propia transcripción reversible para copiar su viral ARN y transformarlo en su análoga secuencia de ADN.

Los fragmentos resultantes de ADN son insertados dentro de las cadenas de ADN de los genes de la célula huésped, asegurando una vida entera de infección para esa célula y sus descendientes.

En este punto, el virus puede apagarse y convertirse en latente, o bien, permanece activo.

En el primer caso, la célula infectada continúa funcionando normalmente, pero transporta el virus.

En cambio, en el segundo caso los genes virales permanecen encendidos, tomando el control de la maquinaria normal de la célula forzándola a producir grandes números de nuevas partículas virales.

Estos nuevos virus proceden a infectar otros tejidos, y finalmente la célula huésped muere.

En ciertos tipos de tejidos del cuerpo puede ocurrir una transferencia directa de célula a célula, lo que por lo regular origina grandes conglomerados de células infectadas, por lo que puede verse que, aparte de la afectación del código genético, no hay nada inusual en el virus en cuanto a su ciclo de vida.

II. TIPOS DE TRANSMISION

II.1 TRANSMISION DEL VIRUS

El virus no puede ser erradicado del cuerpo humano, por lo que la prevención es el mecanismo más viable para evitar su transmisión.

Para que la infección ocurra, secreciones vaginales y semen (considerados para fines prácticos de aquí en adelante como fluidos corporales), al igual que la sangre de una persona contagiada deben entrar en contacto con la sangre o membranas mucosas (como la boca, ojos, vagina, útero o ano) de una persona sana.

Sólo de esta manera puede encontrar el virus su camino a una nueva célula.

El virus, asimismo se encuentra en sudor, lágrimas y saliva, pero éstos no son considerados fluidos corporales infecciosos, ya que aun estando presente, médicamente se estiman insignificantes por sus bajas cantidades.

Existen células y tejidos corporales que son susceptibles.

Lo que hace susceptible a una célula es la presencia de la proteína CD4 en su superficie, y dado que la sangre contiene las mayores cantidades de células CD4, por ende la sangre de una persona infectada contiene la mayor concentración del virus, en comparación con el semen o las secreciones vaginales, por lo que el contacto sangre a sangre tiene mayor riesgo de transmisión.

Piel intacta no permite la entrada del virus al cuerpo y no es una ruta de transmisión, e incluso el contacto de piel intacta y sangre infectada NO es un riesgo de exposición.

Es más el VIH no sobrevive fuera del tejido humano, pudiendo ser inactivo por agentes como el alcohol, cloro, peróxido de hidrógeno, entre otros.

Esto nos permite concluir que el virus no puede ser esparcido por aire, comida, agua, uso de utensilios caseros, ni por actividades de la vida común, lo cual nos deja con un esquema de actividades de riesgo, como son las relaciones sexuales, el uso de agujas hipodérmicas, las transfusiones

sanguíneas o productos sanguíneos y embarazo, las cuales se analizan cada una por separado.

II.2 TRANSMISION SEXUAL

En este tipo de transmisión, toda actividad sexual que envuelva contacto genital acarrea un riesgo, éste se incrementa con el número de parejas sexuales que un individuo llegue a tener.

El riesgo para un compañero no infectado de alguien VIH positivo se incrementa si la pareja tiene otras enfermedades de transmisión sexual, siendo mayor el riesgo conforme avanzan las etapas de la enfermedad, particularmente cuando hay contacto sexual durante el inicio de su **SEROCONVERSIÓN**, así como en el periodo anterior a la activación del **SIDA**, ya que grandes cantidades del virus circulan libremente en el torrente sanguíneo.

El virus de Inmunodeficiencia Humana ingresa al cuerpo durante las relaciones sexuales de la siguiente forma:

Cuando un hombre infectado eyacula, el VIH contenido en su semen puede ingresar al organismo de la mujer a través de pequeñas úlceras, lesiones, o grietas en las paredes de la vagina:

Puede infectar las células de su sistema inmunológico, las cuales se encuentran también en la vagina y en las secreciones vaginales, o directamente en las células que recubren las paredes de la vagina.

Una mujer infectada puede transmitir el virus a un hombre a través de lesiones o cortes, infectando las células de su sistema inmunológico que se encuentran en el pene:

Si el VIH se encuentra en las células o en las secreciones de su vagina, entrará en contacto con la piel del pene en el curso de la relación sexual, o infectará las células de la uretra, que es el conducto por donde fluyen el semen y la orina.

Los avances en los estudios médicos han demostrado que el compañero receptor durante las relaciones anales entre parejas homosexuales, así como la mujer receptora en la cópula heterosexual vaginal tienen el mayor riesgo de infección.

Esto se debe a que el compañero receptor está relativamente más expuesto, ya que los líquidos corporales del compañero penetrante permanecen depositados en la vagina o en el recto.

Similarmente, se considera que las relaciones anales tienen mayor riesgo que el sexo vaginal debido a que cuando un hombre infectado eyacula el VIH en su semen puede pasar a las células del intestino grueso con mayor facilidad que a las de la vagina y/o pene.

El tejido que recubre el intestino grueso es muy fino, por lo que existe un frecuente desprendimiento de mucosas.

Se considera como factor de riesgo tener relaciones sexuales durante el ciclo menstrual de la mujer, debido a la exposición de sangre.

Por último, personas con enfermedades sexuales que causan lesiones en la piel como sífilis, chancro y herpes encaran un gran riesgo.

En cuanto al sexo oral (cuando el pene es colocado en la boca de la pareja, o cuando el área vaginal de la mujer es acariciada o frotada en la boca de la lengua de su pareja) es difícil de determinar, ya que ocurre usualmente asociado con otro comportamiento de alto riesgo, particularmente el coito.

El semen o las secreciones vaginales pueden entrar en el cuerpo de la pareja a través de las células de la boca, garganta o encías.

Esto quiere decir que las mujeres que tienen relaciones sexuales orales sólo con otras mujeres pueden estar en peligro de transmitirse el virus entre sí, particularmente durante la menstruación.

FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO

- a) **LA ABSTINENCIA** es decir, evitar tener relaciones sexuales, esta forma de prevención es poco práctica en la actualidad.
- b) Que la persona se convierta en **MONOGAMA**, esto es, que se limite a tener relaciones sexuales únicamente con su pareja, evitando realizar el coito con otras personas.
- c) Utilizar el **PRESERVATIVO** o **CONDON**, el cual es un recubrimiento muy ajustado, suave y elástico que se coloca en el pene.

Este método utilizado también para prevenir embarazos y otras enfermedades sexuales contagiosas (como sífilis y herpes), sólo ayuda a

reducir las posibilidades de adquirir el VIH, pero ninguna forma elimina su riesgo.

El condón evita que el pene tenga contacto con las células y secreciones, ya sean vaginales o anales.

Este método no es totalmente seguro en virtud de que hay ocasiones en las que el caucho del que están hechos los condones se rompe, o el condón mismo llega a zafarse, por lo que las instituciones de salud han recomendado el uso de preservativos hechos de látex, que tienen menos probabilidades de romperse o permitir filtraciones.

Asimismo, por disposición oficial los condones deben tener una fecha de caducidad.

Independientemente de todas las recomendaciones anteriores, también es necesario que la persona que vaya a utilizarlo conozca la forma adecuada de aplicarse.

Los condones no pueden usarse dos veces, es necesario uno nuevo para cada relación sexual.

El condón debe colocarse antes de la penetración, cuando el sujeto haya eyaculado, debe retirar el pene sujetando el preservativo hasta que se encuentre completamente fuera de la vagina o del ano, después de lo cual se desecha el condón.

Existen también cremas espermaticidas que refuerzan la protección esto es una especie de jalea o espuma anticonceptiva hecha a base de agua, la cual se introduce y coloca en la punta del condón antes de que sea colocado.

Es importante destacar que los productos que no son fabricados a base de agua no ayudan a detener el virus y pueden causar la ruptura del preservativo, como lo son las jaleas o cremas realizadas a base de petróleo, vaselina, aceite para bebés, entre otros.

II.3. TRANSMISION POR COMPARTIR AGUJAS HIPODERMICAS

Otras prácticas de alto riesgo de transmisión son compartir y reutilizar agujas hipodérmicas, las cuales son comunes entre drogadictos.

La técnica que utilizan implica que haya sangre en la jeringa antes de inyectar su mezcla en la vena.

La sangre indica que la aguja está en su lugar y por ende que la droga entrará en el torrente sanguíneo.

Con tal técnica, cualquiera que comparta la jeringa se hallará bajo riesgo.

Se sabe que, de los drogadictos que utilizan jeringas, aquellos que consumen cocaína presentan un mayor índice de transmisión que aquellos que consumen heroína, probablemente porque el efecto de la cocaína es más corto y necesitan más inyecciones, sometiéndose así a una mayor exposición.

En este tipo de actividad hay que tomar en cuenta varios factores el número total de inyecciones por mes, el porcentaje de inyecciones compartidas con extraños o con conocidos, como parientes o amigos.

En cuanto a éste último factor, cabe mencionar que dentro de la comunidad de drogadictos se están desarrollando nuevos patrones de esparcimiento además del uso de jeringas, específicamente debido al "crack", ya que es usual que sea acompañado de actividades sexuales.

Para las personas a quienes les cuesta trabajo abandonar las drogas, o que no desean dejarlas por el momento, existen medidas así como las hay en las relaciones sexuales, que pueden reducir el riesgo de infección, me permito enunciarlas a continuación:

- a) Nunca se debe compartir la aguja, jeringa u otro equipo hipodérmico.
- b) Siempre debe limitarse el aplicador antes y después de cada uso, la jeringa debe llenarse con cloro o blanqueador para ropa, sin diluir, después debe pasarse por la jeringa y vertiese en algún lavabo, inodoro o recipiente, operación que debe repetirse.
- c) Realizado lo anterior, debe llenarse la jeringa con agua hervida, que debe verterse también en un recipiente, lavabo o inodoro.

d) Los métodos de limpieza como sumergir el aplicado en agua hirviendo o sostenerlo por encima de un cerillo encendido no funcionan, por lo que no deben intentarse.

II.4. TRANSMISION DE MADRE A HIJO

Mientras más mujeres se convierten en seropositivas, el problema de transmisión del virus de madre a hijo alcanza grandes proporciones.

Al nacer estos niños portan el anticuerpo, contra el VIH en su sangre, aunque eso refleja una transferencia de los anticuerpos de la madre a través de la placenta en lugar de una respuesta propia del infante al virus.

En los recién nacidos el examen de anticuerpos contra el VIH revela una potencial exposición al virus, mientras en otros niños y adultos ya se detecta la infección.

Para determinar si existe una verdadera infección, es necesario vigilar el desarrollo del infante hasta que cumpla entre 15 y 18 meses de edad.

En la actualidad no es posible determinar qué infantes se encuentran en alto riesgo, sólo se pueden presuponer tres posibles vías de infección.

Primera, la probablemente más importante, consiste en una transferencia directa del VIH a la circulación como tejidos fetales en el útero, como ocurre con otras infecciones vírales.

Dado esto, es razonable presumir que el riesgo en que se halla el feto puede incrementarse con el nivel de virus libre o activo en el torrente sanguíneo de la madre, con base en esta teoría, se utilizan drogas antivirales como azidotimidina (AZT), didanosina (DDI), y la deoxycitidina (DDC) durante el embarazo para disminuir la transmisión.

La segunda vía consiste en la exposición a la sangre y secreciones de la madre durante el alumbramiento.

Este puede convertirse en un alto riesgo aun para aquellos infantes que no fueron afectados por una infección a través de la placenta. Así, la cesárea puede disminuir el riesgo.

La tercera se observa cuando las partículas vírales han sido aisladas en la leche materna.

Aunque al amamantar generalmente hay un porcentaje menor de transmisión del virus, y por tanto hay un bajo riesgo de infección, puede ocurrir que cuando la infección primaria de la madre se da durante el periodo de

amamantamiento haya mayor riesgo de transmisión debido a que existe una gran cantidad de virus que circula en la sangre de la madre.

II.5 TRANSMISION POR TRANSFUSIONES DE SANGRE, PRODUCTOS SANGUINEOS Y TRASPLANTES DE ORGANOS.

Las personas que recibieron sangre o productos sanguíneos entre los años de 1979 y 1985, antes de que existiera el examen de anticuerpos del VIH, son el cuarto grupo de riesgo de infección.

La transfusión de grandes cantidades de sangre infectada es un mecanismo eficiente para la transmisión del virus, lo cual resulta en un 90% de probabilidad de infección del receptor.

En particular, los hemofílicos, que requieren de frecuentes transfusiones, estuvieron en alto riesgo durante ese periodo, pues los productos sanguíneos procesados que se les suministraron tradicionalmente eran preparados con donaciones anónimas de miles de personas.

El porcentaje de infección puede variar entre los hemofílicos, hay que determinar la frecuencia de transfusiones y el total de productos sanguíneos que reciben, así como el tipo de hemofilia que poseen, ya que el hemofílico de tipo A requiere productos con factor VIII, teniendo éste un alto porcentaje de riesgo, el cual se reduce para el hemofílico tipo B, que requiere el factor IX.

El riesgo en las transfusiones ha disminuido, debido a las medidas de prevención que se han tomado, como la obligación de hacer análisis a las donaciones de sangre, así como a las reservas que existen en los bancos de sangre, también se ha estimulado la autodonación, es decir, que una persona done sangre para sí misma, la cual se almacena para uso posterior.

El único riesgo que queda es el periodo de "de ventana" que existe en los seronegativos, es decir, cuando todavía no han sido encontrados anticuerpos del VIH, es decir cuando todavía no han sido encontrados anticuerpos del VIH, es un peligro "latente" porque los donantes están infectados, pero todavía no presentan anticuerpos en el torrente sanguíneo.

II.6. NO TRANSMISION DEL VIH

Si bien es importante reconocer que compartimentos conllevan un alto riesgo de transmisión, asimismo es importante señalar cuales no son riesgosos.

Múltiples estudios sobre contactos cercanos no sexuales con pacientes de SIDA han demostrado que el uso de cepillos de dientes, toallas, sanitarios, compartir navajas de afeitar, utensilios de cocina, vasos y platos sin lavar, así como abrazar, besar o dormir en la misma cama no provocan la transmisión del virus, aun cuando muchos de ellos involucran saliva, heces fecales y orina, lo mismo resulta de escupir o morder.

Cabe señalar que el hecho de que el virus pueda ser aislado de estos fluidos corporales en un laboratorio no significa que puedan desempeñar un papel importante en el mundo real de la transmisión del virus.

Finalmente, contactos como los que ocurren en el lugar de trabajo, sean los saludos de mano y el compartir objetos como bebederos y teléfonos, NO constituyen un riesgo de transmisión.

El miedo que rodea al VIH ha hecho pensar incluso que existe vía de transmisión a través de los insectos, se ha demostrado que el mosquito no cumple función alguna en la transmisión.

I. SINTOMAS Y TRATAMIENTO

III.1 SEROCONVERSION Y EXAMENES DE VIH

Los primeros síntomas reconocibles en la enfermedad provocada por el VIH es el período de leves infecciones asociadas con la seroconversión.

En las primeras semanas o meses después de la infección, una persona puede presentar síntomas de fiebre, malestar, inflamación de las glándulas linfáticas, con o sin urticaria y garganta reseca.

La severidad de estos síntomas puede variar, pueden parecer por un lado, como una pequeña gripe que dura un par de días, y, por otro, como un grave caso de mononucleosis que dura varias semanas.

Durante este periodo, el virus se produce muy rápido y se encuentra altamente concentrado en el torrente sanguíneo (entre 10 y 10 mil partículas infecciosas por milímetro de sangre), diseminándose por todo el cuerpo.

Este periodo de alta actividad viral dura entre 10 y 20 días.

El sistema inmunológico responde rápida y efectivamente al estallido inicial de la infección, y es parte de esta respuesta la que causa los primeros signos de inflamación de las glándulas linfáticas.

Las defensas inmunológicas, al ser activadas, producen anticuerpos contra el VIH, estos anticuerpos son proteínas que circulan por todo el cuerpo, reconociendo y adhiriéndose ya sea al virus o a las células infectadas, y ayudando ya sea a desactivarla o a marcarla como objetivo para ataques futuros.

La sangre se analiza buscando estas proteínas, lo cual es un examen indirecto para detectar la infección por VIH.

Seroconversión es un importante proceso en dos niveles.

Primero, constituye una fundamental parte de la defensa natural del cuerpo contra el VIH.

Mientras la cantidad de anticuerpos se incrementa en la sangre la cantidad de virus disminuye.

Es más usualmente la actividad del virus disminuye a tal grado que no es posible encontrarlo libre en la sangre, y se le debe buscar dentro de las células blancas, donde permanece parcialmente protegido.-

Después, una vez que el virus ha pasado a su fase latente, las personas infectadas se recuperan de su gripe, sintiéndose perfectamente sanas.

Existen dos maneras de hacer pruebas para detectar anticuerpos:

El Examen de Elisa (ensayo inmuno-enzimático), y él:

Western Blot (inmuno-electrotransferencia).

EL EXAMEN DE ELISA, cuyas siglas provienen del inglés (enzymelinked immunosorbent assay), puede ser completado en cuestión de horas.

Este examen busca detectar los anticuerpos que genera el cuerpo humano para combatir al VIH, es extremadamente sensible, más no tan preciso como el examen Western Blot, de aquí que en ocasiones algunos sujetos puedan ser identificados como seropositivos falsamente.

El procedimiento a seguir es tomar una muestra de sangre, realizar entonces el examen de Elisa y, en caso de ser positivo, se realiza el examen Western Blot con la sangre sobrante.

Además hay otros métodos de detección, los cuales no son tan confiables como los anteriores, consisten en las pruebas de antígenos y los cultivos vírales.

Las pruebas de antígenos detectan directamente al VIH y no a los anticuerpos creados.

El antígeno se encargará de crear anticuerpos.

Hay diferentes tipos de pruebas de antígenos y por ende una cada una detecta diferentes partes del VIH, el virus entero, la capa externa, su interior, o las proteínas especiales que produce.

Los cultivos vírales son una prueba de laboratorio en la que los investigadores hacen crecer el VIH provenientes de las células o de los líquidos corporales de una persona infectada.

Sin embargo, en ocasiones el virus no puede ser cultivado o no se desarrolla, razón por la cual los cultivos sólo se utilizan junto con otros tipos de prueba.

III.2 ETAPAS POSTERIORES A LA SEROCONVERSION

Después de la seroconversión, la mayoría de las personas infectadas recuperan completamente su estado ordinario de salud y son virtualmente sintomáticas.

Esta etapa sintomática no representa un verdadero estado latente biológico.

El VIH continúa produciendo pequeñas cantidades de nuevo virus durante un ciclo de vida en la célula, y al parecer posee técnicas especiales, tanto genéticas como moleculares, para evitar el mecanismo normal de supresión viral, por lo que se puede presumir que en el ámbito celular el VIH nunca está biológicamente latente o inactivo, aun cuando existan personas que permanezcan sintomáticas por largos periodos de tiempo.

Esta producción de pequeñas cantidades de nuevo virus forma parte del proceso de la enfermedad.

Primero, proveen una reserva para infectar previas células huésped que de alguna forma escaparon a la infección durante el periodo inicial de seroconversión.

Segundo, la reproducción viral destruye los linfocitos T4 que forman parte clave del sistema inmunológico.

Mientras estas células mueren, el sistema inmunológico comienza a debilitarse.

Las personas con el VIH deben de considerar dos factores: que continúan siendo infecciosas y que la actividad viral resulta en un lento deterioro del sistema inmunológico.

Una vez que las personas han sido identificadas como seropositivas, es importante determinar su STATUS inmunológico mediante el conteo de células T4 ó CD4.

Incluso en la etapa asintomática, el número de células T4 puede ser drásticamente reducido.

Aun cuando el número absoluto es aceptable, puede existir un anormal porcentaje entre células T4 y T8.

Hasta que el sistema inmológico falla y una infección secundaria ocurre, una persona se comienza a sentir enferma, por ello el conteo y vigilancia de células T4 se ha convertido en una práctica común.

La siguiente etapa es la SINTOMÁTICA:

Se presenta desde el problema médico más simple hasta el más severo.

Los problemas pueden incluir aftas orales y vaginales, úlceras orales, glándulas linfáticas inflamadas, reducción de plaquetas, que implica una deficiente coagulación de la sangre, anemia, falla del riñón, infecciones bacteriales como neumonía, inflamaciones pélvicas en las mujeres, dolor muscular en pies y manos, pequeños cambios en memoria y concentración, fiebre, noches con sudor sin causa infecciosa específica, pérdida del apetito, pérdida de peso, herpes, y una gama de diversos problemas en la piel, incluyéndose psoriasis, herpes bucal y genital, infección por hongos en las uñas de los dedos tanto de manos como en pies.

Se debe tener un cuidado especial con los pacientes seropositivos debido a su tendencia a contraer tuberculosis.

La última etapa clínica del VIH es el SIDA propiamente dicho se estima que aproximadamente el 50 % de los infectados desarrollan complicaciones definidas por el SIDA después de 10 años de su seroconversión.

Biológicamente, esta etapa se caracteriza por un nivel muy bajo de células T4 intactas, y los pacientes están en permanente riesgo de contraer infecciones que no se desarrollaría si los sistemas de defensa inmunológicos funcionaran perfectamente.

Aunado a esto, se presenta la demencia causada por el SIDA, que en últimas etapas se asimila a la enfermedad del Alzheimer, conocida como complejo demencial por VIH o encefalopatía.

Las etapas varían en duración, ya que los casos son diferentes de individuo a individuo.

Existen pacientes que no experimentan un deterioro constante en su salud.

Una persona asintomática puede tener una suma moderada de células T4 y permanecer estable entre cuatro y seis años, y repentinamente caer a niveles muy extremos de inmunosupresión.

Otros pacientes desarrollan múltiples complicaciones por el SIDA entre el primer y tercer año.

Algunos permanecen libres de problemas durante años.

Esto es lo que afecta psicológicamente más al paciente, ya que no sabe en qué momento puede caer en dichas etapas.

III.3 TRATAMIENTO

El tratamiento de pacientes con VIH puede ser individual en dos categorías:

Una terapia primaria antiviral y una terapia secundaria para tratar y prevenir infecciones específicas.

Un tratamiento consiste en un conjunto de drogas referido como nucleósido análogo.

Incluye droga antiVIH reconocida, la cual se denomina azidotimidina (AZT), y los componentes didanosina (ddI) y dideoxycitidina (ddC).

El neocleósido análogo significa que estos medicamentos son falsos ladrillos para el virus, esto es, cada unidad del virus puede considerarse como una pared de ladrillos de dimensiones específicas.

El objetivo de cada virus es realizar cuantas copias de sí mismo pueda, así como cuantas paredes pueda.

Realiza esta función mediante una mano mecánica (transcripción reversible) que levanta los ladrillos colocándolos en su lugar dentro de una nueva pared paralela a la erigida con anterioridad.

La AZT, ddI, y ddC se disfrazan de ladrillos, pareciendo cuadrados de un lado, pero con una protuberancia por el otro.

Estos falsos ladrillos rompen el proceso de formación de las paredes de dos formas:

Primero, pueden ser levantados por el brazo mecánico, y como no son perfectamente cuadrados no se ajustan bien, trabando la maquinaria.

Esa unidad de pared particular se encuentra permanentemente inactiva.

Segundo, algunos ladrillos se pegan de manera que las partes con protuberancia permanecen hacia arriba y ningún otro ladrillo puede ser colocado encima.

La pared no puede ser terminada, por ende, el nuevo virus está incompleto y biológicamente inactivo.

Lo que se trata de hacer es contener el daño causado por la infección limitando la actividad reproductora del virus, ya que éste no puede ser eliminado una vez que ha ingresado al tejido humano.

Los investigadores suponen que manteniendo muy altos niveles de anticuerpos pueden prevenir la progresión de la enfermedad.

La Terapia Secundaria consiste en aplicar a los sujetos reforzadores de la inmunidad, los cuales ayudan a fortalecer el sistema inmunológico del cuerpo.

Asimismo, contribuyen a detener la destrucción que ocasionan los virus, las bacterias y los hongos.

El ataque a las enfermedades oportunistas es indispensable, y, dependiendo de los síntomas que se observen, se definirá el tratamiento que deberá aplicarse.

La nutrición constituye un factor clave para las personas con VIH o que ya se encuentran en la etapa del SIDA, pues la mayoría de las enfermedades relacionadas ocasionan problemas de desnutrición

Las personas con infecciones y enfermedades oportunistas pueden perder mucho peso en un corto plazo, debido a que no tienen apetito, a que no pueden digerir alimento, o a que sufren fiebres y diarreas constantes.

A medida que el sujeto pierde nutrientes, el sistema inmunológico se torna cada vez más débil y la persona está propensa a contraer enfermedades.

CAPITULO SEGUNDO

I. VIH EN MEXICO Y ESTADISTICAS

I.1 BREVES ANTECEDENTES DEL CONTAGIO Y LA INFECCION

Contagio e infección son dos términos que requieren de un breve análisis, para ello, mencionaremos como surge la infección y el contagio.

La idea de la contaminación por contacto ("contagio"), es muy antigua.

En la Biblia ya existían referencias sobre las enfermedades contagiosas, como ejemplo de ellas está la lepra o la peste bubónica.

Por su parte el pueblo judío tenía creencias sobre la dispersión de las enfermedades por contacto, sin embargo, sus ideas de causalidad las relacionaban con aspectos sobrenaturales.

En realidad, gran parte de las ideas sobre la transmisión de la enfermedad radicaban en la creencia que ciertas plagas eran generadoras de la enfermedad, refiriéndose a ellas como la peste, el cólera, etc.

Así, surge el tratado Hipocrático sobre "Los Vientos", donde el aire era la causa que originaba la enfermedad y, establecía que cuando el aire estaba infectado con miasmas (microbios, bacterias, gérmenes) enemigos de los humanos, la gente enfermaba.

En la Edad Media, las grandes epidemias propiciaron situaciones oportunas para la observación y la reflexión respecto de la infección y el contagio.

En "El Decamerón", escrito por Boccaccio en 1358, se hace referencia a la plaga de 1348 como "la enfermedad transmitida a una persona sana, como producto de tocar ropas o algún otro objeto de una persona enferma".

De igual forma, alrededor de los años mil quinientos, Benedetti y Forti, Catedráticos de la Universidad de Padua, decían que la enfermedad podía ser adquirida por el contacto, misma que era retenida en los artículos empleados por el enfermo.

El siguiente avance en el conocimiento de la infección y el contagio, se debió al sabio, poeta y pensador Fracastorius, quien definió al contagio como una

“infección que pasa” de un individuo a otro y es similar en el portador y el recipiente, y lo divide en tres partes:

- 1) Contagio sólo por contacto
- 2) Contagio por fomites (ropas, cosas inanimadas, que son capaces de preservar el germen original del contagio y dar lugar a su transferencia a otros)
- 3) Contagio a distancia, como por ejemplo las fiebres pestilentes.

Un siglo después de muerto Francastorius, William Harvery, estudiante de la Universidad de Padua, no daba crédito al contagio a distancia como la pestilencia o la lepra.

Surge entonces la doctrina del Contagium animatum, la cual recibió la base objetiva al descubrirse el microscopio en los inicios del siglo XVII.

El bacteriólogo Kircher fue el primero en sugerir que los causantes del contagio podían ser criaturas microscópicas (agentes vivos diminutos), internándose éstas en el organismo y produciendo por ende la enfermedad.

Estos agentes diminutos pudieran encontrarse en el aire o en los alimentos, siendo así que de estar en contacto con personas enfermas, se estaría en la posibilidad de adquisición de la enfermedad.

Hacia fines del siglo XVIII, la idea sobre las enfermedades contagiosas e infectantes eran inexactas.

Posteriormente el microscopista Alfred Donne influyó en las doctrinas infecto contagiosas a través de su estudio “Recherches microscopiques sur la nature des mucus” (investigaciones microscópicas sobre la naturaleza del moco) destacando un especial interés en ciertos microorganismos vivos que se encuentran en secreciones corporales, especialmente en los órganos genitales.

Para ese tiempo ya se empiezan a conocer y a relacionar con las enfermedades de transmisión sexual, produciéndose así enfermedades como la gonorrea, sífilis, etc.

Cerca de la mitad del siglo XIX, los términos contagio e infección eran sinónimos, sin embargo la diferencia sutilmente notoria era que INFECCION

indicaba el proceso de la comunicación de una enfermedad de un enfermo a un sano, cuyo agente causal era un microbio localizado en el aire.

CONTAGIO indicaba el germen conocido o supuesto transmitido al individuo por el contacto mediato o inmediato con objetos, cosas o el mismo enfermo.

I.2 LA EVOLUCION DEL SIDA (VIH)

La PANDEMIA del Sida (VIH) comenzó a propagarse no solo en determinadas zonas geográficas, sino en diferentes continentes como América, Europa y Africa.

Oficialmente la aparición del Sida es en junio de 1981, cuando se notificaron en los Angeles California, cinco casos de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* en hombres jóvenes homosexuales.

Este microbio usualmente afecta a personas con deficiencia a respuesta inmunológica.

Un mes después se reportaron 26 casos de Sarcoma de Kaposi asociado a una neumonía por *P. Carinii* en hombres homosexuales de Nueva York y California.

La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en un nuevo factor de inmunodeficiencia de etiología desconocida.

Para mediados de 1982, se tenía la fuerte sospecha de que la causa de las inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales.

En Septiembre de 1982 los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos formularon la primera definición operacional de casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para fines de notificación epidemiológica.

Entre 1982 y 1983, se sospechó que este virus también se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, drogadictos intravenosos y receptores de transfusión.

Los casos de infección en recién nacidos confirmaron la transmisión de tipo perinatal.

En el Instituto Luis Pasteur de Paris, Francia, en mayo de 1983, el grupo de Luc. Montagnier logró aislar el agente del SIDA, indentificándolo como virus asociado a la linfadenoterapia (LAV, siglas en inglés).

En 1983 a fines de este año se habían reportado 3000 casos a nivel mundial.

En mayo de 1984, en el Instituto de Cáncer de los Estados Unidos, el Dr. Roberto Gallo y colaboradores aislaron de pacientes con SIDA un virus al que denominaron HTLV-III (Virus Linfotrópico T humano tipo-III).

Previamente este grupo había aislado otros dos retrovirus humanos (HTLV-I y HTLVII).

Para esta etapa, ya se sospechaba la transmisión del virus en relaciones heterosexuales.

En 1985 se inician las pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra VIH en los bancos de sangre de Estados Unidos.

Cuando terminó ese año, ya sumaban más de 24000 casos.

En 1986, un comité de toxicómanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar una sola denominación para el causante del virus del SIDA:

Virus de Inmunodeficiencia Humana, cuyas siglas en español son VIH, este nombre sustituyó los anteriores (LAV, HTLV-III y otros).

En diciembre de 1987 se notificaron 73747 casos de SIDA en 129 países del mundo.

I.3 LA HISTORIA DEL SIDA EN MEXICO

En el año de 1983 se diagnosticaron los primeros casos, en extranjeros residentes en este país.

En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección.

En mayo de 1986, se publicó la norma técnica que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre.

Ese mes cerró en 134 casos detectados de SIDA.

En diciembre de ese mismo año ya eran 226 los casos detectados.

El Consejo de Salubridad General estableció entonces que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria.

En mayo de 1987, los casos sumaban 487, entonces se hicieron notificaciones a la Ley General de Salud.

Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre.

Las personas que padecían la enfermedad continuaron incrementándose durante los años de 1989-1993.

La ciencia médica sigue investigando el modo de detenerla, de prevenirla o de curarla si esto pudiera ser posible, no importando el tiempo pero sí el remedio a esta desenfadada enfermedad que de seguir aumentando devastará al mundo entero.

Para el SIDA no existen fronteras, en la actualidad afecta a todos los grupos sociales, sin distinción de edad, sexo, raza, clase social o religión.

El resultado de las investigaciones realizadas hasta ahora, para que el virus pueda transmitirse es indispensable que se reúnan ciertas condiciones.

Que la secreción contaminante o agente causal contuviera una cantidad suficiente del virus en sangre, semen y secreciones vaginales.

Las condiciones medio-ambientales y/o de contacto permitan al microorganismo pasar de la persona infectada a la sana, es decir, que el virus penetre al organismo para poder sobrevivir a una temperatura específica, ya que de lo contrario, al contacto con el aire pierde su capacidad infectante, por ende se requiere de un contacto directo y/o íntimo con la persona u objeto contaminado.

Que la persona sana sea un receptor susceptible, es decir, que permita al agente producir la infección, ya que depende del estado de salud de cada persona para que permita o no alojarse el virus.

Actualmente en México se han reportado 35000 casos de personas infectadas de VIH en el mes de junio de 1999.

I.4 ESTADO DE LA EPIDEMIA CON BASE EN LAS ESTADISTICAS REALIZADAS.

En marzo de 1987, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD reportó 4380 casos de Sida, declarando a su vez que por lo menos en 91 países del mundo se había hecho presente la epidemia, arrojando un promedio de 400 mil casos, teniendo como promedio aproximado entre cinco y diez millones de portadores del virus.

En Italia se calcula que la población enferma se duplica cada ocho meses.

Datos proporcionados por la Dra. Gloria Ornelas Hall y el Dr. Omar-Rubí Campos, obtenidos del Fondo para la Salud Comunitaria.

En los Estados Unidos, Canadá, Europa Occidental y Oceanía la infección se ha dado en forma mayoritaria por la vía hemática, a través de la drogadicción intravenosa y por transmisión sexual principalmente entre homosexuales.

En E.U. se han reportado cerca de 200 mil casos y es la primera causa de muerte en jóvenes en N.Y. y California.

En los Estados que colindan con México se han notificado un gran número de casos y hasta un 60% de estos se manifiesta en grupos minoritarios de negros y latinos.

En Africa el patrón de transmisión difiere, a pesar del gran subregistro de casos, los estudios serológicos han demostrado que hasta un 40% en algunas poblaciones como Zaire están infectados.

Se estimó que 2 millones de personas fallecerían en el año de 1993, nada más en la región del SubSahara.

En Asia, se reportan casos de Sida hasta mediados de los 80, principalmente en las comunidades donde la afluente migración es cotidiana.

Aun hay países que no han notificado casos, quizá por falta de infraestructura y recursos médicos para su detección, o por motivos sociales, culturales o políticos pero preocupa que en localidades como Bangkok hasta un 45% de las mujeres que acuden a atención prenatal están infectadas.

En México, existe un patrón epidemiológico muy parecido al del Caribe y otros países latinoamericanos.

En un principio la población afectada fue la de varones con prácticas homosexuales, pero esto ha ido cambiando rápidamente debido al alto porcentaje de transmisión sanguínea y al comportamiento bisexual de muchos varones, el 70% casados, de manera que la transmisión sexual en heterosexuales y principalmente en mujeres está en aumento.

En el año de 1986 se comercializó la prueba de detección de anticuerpos anti VIH y en ese año en México, se impuso la prueba obligatoria para todo paquete sanguíneo que se fuera a utilizar para transfusión o para obtención de hemoderivados.

En 1992, la proporción de casos-hombre-mujer era de 25 a 1, ahora es de 4^a 1 y curiosamente ocurre con mayor frecuencia entre mujeres casadas que entre aquellas que se dedican a la prostitución.

Lo anterior lo puede explicar la gran cantidad de transfusiones que se hacen durante el parto, además de que en diferentes ocasiones los maridos tienen contactos sexuales con personas distintas de su pareja.

En nuestro país el Sida empieza a ser una enfermedad que puede atacar a todos igual, a la fecha existen más de 9,000 casos reportados, con un subregistro estimado del 50% lo que nos da un total de 14,500 casos aproximadamente.

Se estima que existen entre 50 y 100 infectados por cada enfermo, esto significa alrededor de 500 mil infectados que no lo saben, ya que no tiene síntomas pero si pueden transmitir la infección. Esta cifra puede triplicarse para el año 2000, hay variación en cifras los datos estadísticos cambian constantemente.

Las estadísticas referentes a los casos de SIDA en América, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas, incorporado al Sistema Nacional de Salud, nos permiten observar la panorámica de 1993 a 1994.

Hasta diciembre de 1993, cuarenta y cinco países de América Latina notificaron a la Organización se calculó que el número de casos es de 750,000.

De acuerdo a los casos registrados, México ocupa el tercer lugar después de Estados Unidos y Brasil.

En México, el panorama general de la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia, a finales de 1986 el incremento fue lento, sin embargo se tenían registrados en nuestro país alrededor de 250 casos.

De 1987 a 1990 el crecimiento fue exponencial, aumentó de esta última cifra hasta llegar a 3, 167 casos notificados y a partir de 1992 el crecimiento se amortiguó con una tendencia a la estabilización.

En el mes de junio de 1999 se registraron 35,000 casos en el Distrito Federal.

El comportamiento de la epidemia es la conjunción de varios tipos de epidemias, en donde las diferentes velocidades de crecimiento están determinadas en las distintas localidades, municipios o entidades, atendiendo los siguientes factores:

- a) Disponibilidad de susceptibles**
- b) Modos de transmisión preponderantes**
- c) Disponibilidad y susceptibles**
- d) Adopción de medidas preventivas específicas en cada población**

Lo anterior quiere decir que el crecimiento o la disminución de esta enfermedad se vería afectada por la información y concientización del ser humano en el ejercicio de su sexualidad, menor propagación del virus que provoca el SIDA.

CAPITULO TERCERO

I. FUNDAMENTOS JURIDICOS QUE EMANAN DEL CODIGO PENAL.

El Código Penal para el D.F. en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal.

I.1 DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO

ARTICULO 199 Bis, DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO

"El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad padecida fuera incurable, se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

El precepto anterior no es concreto, puede desprenderse el dolo, mismo que conlleva a ser merecedor del delito y de su pena, sin embargo suponemos que por su difícil comprobación y un gran número de casos no son denunciados, además de que de tratarse del cónyuge, concubenarios o concubinos, sólo procederá por querrela del ofendido.

1.2. DELITOS DOLOSOS

ARTICULO 9, DELITOS DOLOSOS

Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley.

Es decir el dolo importa un saber (conocimiento) y un querer (volición), que constituyen los elementos de la correspondiente figura de delito, es decir el agente actúa con dolo cuando sabe o conoce lo que realmente ejecuta, tiene la voluntad de realizar la acción con la plena intención de producir el resultado, Es lo que la ley denomina delitos intencionales.

1.3. TIPOS DE DOLO

El dolo es directo o indirecto

1.3.1 DOLO DIRECTO

La voluntad del sujeto se dirige precisamente a aquello que constituye el delito, es decir se produjo el resultado al que iba dirigida la intención.

Caso Concreto, si el portador del VIH conoce su enfermedad y tiene la voluntad y la intención de contagiar al sujeto pasivo, de antemano sabe el resultado que producirá en la persona, de tal suerte que se produjo el resultado "querido".

A esta especie o forma de dolo conviene llamarle intencional, tal y como lo estipula el Código Penal.

I.3.2 DOLO INDIRECTO O MEDIATO Y EN EL DOLO EVENTUAL

El resultado delictivo que al autor se le imputa no es la meta, delictiva o no, es decir, se produzca o no el delito propiamente dicho, el resultado se pudo presentar aleatoriamente, el autor no desconocía la probabilidad de que sucediera el acontecimiento independientemente de que lo deseara o no.

La diferencia entre estos dos tipos de dolo no parece ser muy clara, sin embargo en el dolo indirecto es seguro que el resultado ocurra (independientemente si se desea o no).

En el dolo eventual el resultado posiblemente ocurra (independientemente si se desea o no).

En cualquier especie de dolo la voluntad implica ser una consecuencia accesoria y que no retrocede ante ella.

La enfermedad no encuadra en este tipo penal, para que pudiera configurarse es necesario que la persona que padece el mal lo sepa, sin embargo los estudios más avanzados que se han realizado no confirman con certeza el período de riesgo de contagio del SIDA.

Cuando el precepto legal se refiere a la parte primera a que el que padece la enfermedad lo sabe y tiene la intención de infectarlo, desvirtúa la posibilidad de encuadrarse en este tipo, pues en diversas ocasiones el enfermo con SIDA no sabe que la padece y en segundo término no sabemos si éste conozca que se encuentra en período infectante (ambos elementos cognoscitivos) y que además desee el resultado, que es contagiar a la otra persona, teniendo como consecuencia un delito de carácter doloso (dolo indirecto) y con difícil comprobación por ser este último de carácter subjetivo.

Se requiere de mayor información de la que actualmente disponemos ya que se está ante el riesgo de caer en un tipo abierto atentatorio del principio de legalidad, en consecuencia resulta conveniente actualizar la ley para recoger el nuevo fenómeno patológico teniendo plena eficacia.

I.4 DELITO DE LESIONES

ARTICULO 288 del Capítulo I de delitos contra la vida y la integridad corporal, lesiones que pueden llevar consigo hasta la muerte, ya que el tipo legal de lesiones incluye en forma genérica "toda alteración a la salud", mismo que a letra dice:

"bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración a la salud y cualquier otro daño que deje huella en el cuerpo humano, si estos efectos son producto de una causa externa".

Esto se reduce a saber si el tipo de lesiones con base en la idea general de que es toda alteración a la salud, permite recoger los casos de contagio del SIDA, sea cualesquiera de sus formas de transmisión.

Para entender el precepto cuando se hable de alteración a la salud, es necesario definir que se entiende por salud, Salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

En ese sentido, cualquier modificación de dicho estado integrará una de las formas del delito de lesiones.

El daño por su parte es sinónimo de perjuicio, deterioro, detrimento, menoscabo que debe producir una marca en el cuerpo de la persona.

Resumido esto, surge cuando se altera el estado de salud o se produce el daño que deja la huella en el cuerpo.

Generalmente se le conoce como delito materia, es decir el sujeto pasivo tenía su cuerpo integro y en virtud de la lesión carece de alguna parte u órgano quedando así su cuerpo necrosado.

En la palabra "toda alteración a la salud" no hay limitación a las formas dolosa y culposa de presentación del tipo subjetivo.

La causalidad en la en la descripción típica de lesión, al decir que la alteración a la salud es constitutiva del delito, "si los efectos son producidos por una causa externa", "parece no tener problema, ya que todas las formas de transmisión del virus tienen una causa externa, ya sea esta por contacto sexual, por uso de agujas intravenosa, etc, parten del supuesto de que hay una persona sana, es decir que no padece SIDA y que es contagiada por otra

persona que si lo padece, por ende la última parte del artículo 288 surge plenamente la causalidad requerida por el tipo en cuestión.

Ahora bien, si aceptamos que las lesiones permiten el comportamiento doloso, culposo y aun el preterintencional, podemos decir que la "alteración a la salud" si puede tratarse como lesión.

El principio de legalidad exige que exista una perfecta adecuación al tipo, es decir entre el caso concreto y la hipótesis normativa que es abstracta, y por supuesto la ley penal no se puede aplicar por analogía o mayoría de razón y si así se hiciere estaríamos frente a la anticonstitucionalidad de tratar insertar bajo el artículo 288 referente a lesiones los casos de contagio no produce un resultado material en tanto que es el sólo hecho de la exposición al mismo y no podría relacionarse a las lesiones pues éstas si producen un resultado, pero no sabemos, en el caso concreto del VIH-SIDA pudiera ser constitutivo del delito de lesiones, pues como sabemos, las lesiones tienen un tiempo determinado para sanar y el VIH-SIDA no es curable,

Por la forma muy Sui Generis de la enfermedad, no es aceptable a nuestro criterio tal corriente.

El Delito de Peligro de Contagio como el de Lesiones se refieren a bienes jurídicos diferentes.

El Delito de Peligro de Contagio protege la salud, es de índole general y abstracta.

El de Lesiones es de la vida y la integridad corporal, siendo éste de carácter individual y concreto.

Ambos preceptos han sido sujeto de la hipótesis normativa en cualquiera de los delitos en mención pudieran ser de utilidad para los casos de personas que padecen el VIH-SIDA.

I.5 DELITO DE DIFAMACION

ARTICULO 350, DELITO DE DIFAMACION

“Se castigará con prisión hasta de dos años o multa de cincuenta hasta trescientos pesos, o ambas sanciones a juicio del juez.

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

En los casos de VIH-SIDA no cabe en este tipo penal, pero no así cuando se divulga de modo extraoficial por cualquier persona, causando tal y como lo expresa el propio precepto el descrédito, la deshonra, entre otros.

Se encuadra perfectamente a los casos de divulgación de la enfermedad en perjuicio del portador asintomático de la persona que vive con SIDA.

1.6 ABUSO DE AUTORIDAD.

ARTICULO 215, Fracción II del Código Penal para el D.F.

“Cuando ejerciendo sus funciones o con motivo de ellas hiciere violencia a una persona sin causa legítima o la vejare o insultare”.

En este precepto encuadran perfectamente en este tipo penal cuando al paciente o pacientes los vejan e insultan peyorativamente.

Si los servidores públicos toman la decisión de no proporcionar asistencia médica al paciente con SIDA, aun sabiendo que están obligados a proporcionarla, caen en la figura de coalición de servidores públicos.

I.7 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Artículo 288 del Código Penal para el D.F.

“Los profesionistas artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en ejercicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y**
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos”.**

Aquí encuadra la negligencia médica (entendida como la falta de diligencia o de cuidado en la ejecución de un acto determinado). (13) como resultado de la administración de algún medicamento contradictorio o con efectos secundarios para las personas seropositivas o con VIH-SIDA en cuyo caso se pudiesen causar lesiones, otro ejemplo el error en la etiquetación de un tubo de ensayo con resultado positivo de quien no padezca la enfermedad.

El daño moral (14) aquel que sufre alguien en sus sentimientos, en su honor, en su condición social, en su salud, en su integridad corporal, en su aspecto físico, en su reputación, en su condición laboral, etc. A causa del hecho dañoso. (15)

El daño moral carece de contenido económico, en derecho romano admitía la indemnización del daño moral fundándose en los principios de la equidad y de la buena fe, mismo que será concedido al arbitrio del juez ante los tribunales competentes. El Código Civil de 1932, acoge el principio de manera limitada, pero sigue operando la indemnización a juicio del juez.

(13) COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. “La Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos” 1ª. Ed. CNKH, México, 1995.

(14) DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO, Instituto de Investigaciones jurídicas, 3ª. Edición, México, 1989, p.p.13-14.

(15) Código Civil de 1932, artículo 1916 respecto al daño moral su definición.

En el entendido de que por imprudencia, negligencia, ignorancia, impericia, entre otros se contagie a una persona sana del VIH-SIDA, o en su caso, el profesionista (especialmente del área de la salud) no comunique a sus auxiliares que tratan con un paciente con VIH-SIDA, para los efectos que se tomen las medidas necesarias.

1.8 REVELACION DEL SECRETO PROFESIONAL

Artículo 210

“Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo a favor de la comunidad, al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin su consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto”.

Esto conlleva a serias repercusiones para la persona que padece la enfermedad, puede ocasionarle serenos daños internos y externos.

Daños internos, son los trastornos psicológicos que pueden llevar inclusive al suicidio.

Daños externos pueden causarle desprestigio en su persona y rechazo de las demás personas que conocen su problema y que generalmente convive con ellos la mayor parte del tiempo.

CAPITULO CUARTO

I. FUNDAMENTOS JURIDICOS QUE EMANAN DE LA CONSTITUCION GENERAL DE LA REPUBLICA.

El ser humano goza de derechos que le son propios por su naturaleza humana, de tal manera que con independencia a cualquier padecimiento físico y/o biológico deben otorgárseles todos y cada uno de los derechos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanos.

En derecho el concepto de persona es un individuo capaz de poseer correlativamente derechos y obligaciones.

Los derechos inherentes al ser humano, que se le atribuyen por el simple hecho de ser persona, se conocen de diferentes formas como, derechos naturales del hombre, derechos innatos, garantías, derechos subjetivos Públicos, derechos fundamentales y derechos del gobernado o derechos humanos.(16)

(16) cf. ROJANO ESQUIVEL, José Carlos, Introducción a la Teoría de los Derechos Humanos, Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Querétaro. s/año p.6 ss.

1.1 DERECHOS NATURALES DEL HOMBRE

Estos tienen su esencia y fundamento en la propia naturaleza humana y son anteriores e independientes de la voluntad normativa que los consagra.

1.2 DERECHOS INNATOS

Son aquellos que nacen con el hombre y son valiosos por sí mismos.

1.3 GARANTIAS

Son los derechos reconocidos en la Constitución.

Concepción individualista, orientada a considerar que la constitucionalización de los derechos considerados fundamentales para el individuo, eran "garantía" suficiente para su respeto y eficacia. La enorme confianza en la fuerza de la constitución llevó a pensar que con la sola inclusión de estos derechos, se garantizaría su cumplimiento. (17)

(17) GARCIA BECERRA, José Antonio. Teoría de los Derechos Humanos, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán Sinaloa, México, 1991 p.11-13.

1.4 DEFINICIONES DE DERECHOS HUMANOS:

DERECHOS HUMANOS (Alejandro Etienne).

“Un conjunto de atributos y facultades que emanan de la condición del hombre, inherentes a su naturaleza, de carácter universal y sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, edad o condición social. (18)

DERECHOS HUMANOS (Peces-Barba).

“Un conjunto de facultades que la norma atribuye de protección a la persona en lo referente a su libertad, igualdad, y participación política, exigiendo de los demás su respeto y la sanción correspondiente por parte del estado en caso de infracción”.

Etienne y Peces-Barba relacionan los Derechos Humanos con las garantías individuales, Peces-Barba reconoce el poder delegado al Estado para hacerlos valer.

DERECHOS HUMANOS (Pérez Luño).

“Como las facultades concretadas a exigencias de dignidad, libertad e igualdad consagradas en la Constitución y en la Comunidad Internacional”

DERECHOS HUMANOS

“Son el conjunto de prerrogativas y facultades que por su importancia se tornan indispensables para su existencia, mismas que se han consolidado en la estructura jurídica del Estado Moderno, el cual debe respetarlos y defenderlos”.(19)

DERECHOS HUMANOS (Adoptada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos contemplada en el artículo 6°. Del Reglamento Interno de la Comisión Nacional (Diario Oficial de la Federación de 12 de noviembre de 1992).

(18) ROJANO ESQUIVEL, José Carlos. Ob. Cit. P. 8.

(19) COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, “Los Derechos Humanos de los Mexicanos”, México, 1992.

Artículo 6º. Del Reglamento Interno de la Comisión Nacional.

“Derechos Humanos son aquellos derechos inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir como ser humano”. (20)

Todas las definiciones anteriores llevan la esencia que es el de salvaguardar jurídicamente la dignidad de las personas del entorno en el que vivimos, protegen la vida, la libertad, la igualdad, la participación política y social y cualquier otro aspecto fundamental que afecte el desarrollo integral de la persona, entonces:

“Son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad del individuo”.(21)

Los Derechos Humanos son anteriores y superiores al ente público, tienen validez a través de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, son reconocidos por diferentes instrumentos internacionales.

(20) Decreto de Constitución. Ley y Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1992.

(21) GARCIA BECERRA, José Antonio, ob. Cit. P. 11-13.

1.5 ARTICULO 1°. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Establece que “En los Estados Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en aquellos casos y con las características que ella misma establece”.

Derecho de la igualdad entre los individuos, no debe existir diferencia o discriminación alguna.

I.6 ARTICULO 14°. Constitucional.

“Nadie podrá ser privado de su vida, de su libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho...”

I.7 ARTICULO 16. Constitucional

“Nadie podrá ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles y posesiones sino mediante mandamiento escrito por autoridad competente y que funde y motive la causa legal del procedimiento...”

La persona infectada con VIH o ha desarrollado el SIDA, en ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar.

1.8 ARTICULO 4°. Constitucional

“El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo a la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la Salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”

Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a los servicios de asistencia médica, y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

En el precepto anterior contiene varios derechos, la libertad de procreación y con ello va implícita la libertad sexual. En el supuesto de que se desee procrear dentro del matrimonio, el Código Civil para el Distrito Federal expresa lo siguiente:

1.9 ARTICULO 156 Código Civil para el D.F.

Son impedimentos para contraer Matrimonio: Fracc. VIII.

La impotencia incurable para la cópula y las enfermedades crónicas e incurables, que sean además contagiosas o hereditarias”.

Para procrear dentro del matrimonio si son necesarios los exámenes establecidos en las leyes correspondientes, ya que no es una enfermedad congénita, si lo es el que el menor pudiese quedar a temprana edad huérfano o con traumas psicológicos dado que padre o madre la padeció y falleció a causa de la enfermedad.

La procreación fuera del matrimonio, no existe ningún ordenamiento que obligue ni al hombre ni a la mujer a tener un hijo o a realizarse alguna prueba de detección antes de llevar una vida en común, por ello solo resta informar a la población, las consecuencia de un embarazo o de una vida futura con el VIH-SIDA.

Se protege el derecho a la seguridad social, ya que toda persona con VIH ó SIDA debe gozar de los mismos derechos que los demás tienen respecto de las prestaciones de desempleo o enfermedad que sean las habituales del régimen sanitario al que están inmersos, el acceso a los servicios sanitarios conforme a lo dispuesto por el artículo 73 fracc. XVI Constitucional, mismo que prevé la obligación de prestar atención y asistencia médica y en su caso hospitalaria a las personas en general, esto incluye a las Seropositivas VIH o con SIDA.

En el ámbito internacional se ha considerado a la Salud como un Derecho Universal, cuyo fundamento lo encontramos en el artículo 25 de “La Declaración Universal de los Derechos Humanos”, adoptada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) a la letra dice:

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

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice:

“El goce de grado máximo de salud que se pueda dar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El objetivo de la OMS será el logro del grado máximo de salud que se pueda lograr para todos los pueblos”.(22)

La definición de la OMS, el derecho humano a la Salud es un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción, limitado sólo por su accesibilidad ya que no se advierte con claridad si dicha limitante corresponde a las capacidades del individuo o a los recursos de la sociedad.

(22) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “El derecho a la salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado”. Organización Panamericana de la Salud, 1989.

1.10 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

Artículo 12 de este pacto dice:

“1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.**
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.**
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.**
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.**

I.11 DECLARACION AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE.

El artículo XI de dicha declaración se refiere al derecho a la preservación de la salud y al bienestar del individuo, y cuyo precepto establece:

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

El Estado tiene la obligación de dar el servicio y la asistencia médica a quien lo solicite y que como Estado, tiene servidores públicos que se encargan de llevar a cabo las funciones encomendadas y que por supuesto, si el o los servidores públicos se negaran a brindar este tipo de ayuda, incumplirían en:

- 1) A nivel Internacional quebrantando lo estipulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.**
- 2) La constitución, violando el derecho que el ser humano tiene a este respecto artículo 4º.**
- 3) Infringiendo la Ley General de Salud y su Reglamento Interno, así como la Norma Oficial Mexicana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1995.**
- 4) Incurriendo en el Delito de Abuso de Autoridad si sucediera la Discriminación en cuanto a la negativa de atención médica, contemplado en el artículo 255, Fracción II del Código Penal para el D.F.**

El Constituyente de 1917 estableció como una de las facultades del Congreso de la Unión, la de legislar en materia de salud en la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política vigente que señala:

1.12 ARTICULO 73 Fracción XVI Constitucional. "El Congreso de la Unión tiene la facultad para dictar leyes sobre... salubridad general de la República:

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

2ª. En el caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de salubridad tendrá obligación de dictar medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3ª. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4ª. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que les competan..."

En 1983, se reforma el artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señalando en su párrafo tercero que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, textualmente dice:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución..." Esta ley se aplica en toda la República por ser de orden público y de interés general.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

1.13 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Para cumplir adecuadamente dicha obligación del Estado, se creó el Sistema Nacional de Salud en la Ley General de Salud y se sentaron las bases para los gobiernos locales crearan sus propios sistemas locales de salud.

Como resultado de un mejor derecho a la protección de la Salud, el Sistema Nacional de Salud expresa en su artículo 6°. Lo siguiente:

"EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD tiene los siguientes objetivos:

1. **Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas".**

Sin embargo, la aparición de la epidemia del SIDA, por su gravedad y sus especiales características, plantea la necesidad de ampliar las actividades relativas y las medidas adecuadas para hacer frente a la misma.

Artículo 27. De la LEY GENERAL DE SALUD

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de Salud los referentes a : Fracción II, La prevención y el control de las enfermedades transmisibles mas frecuentes y de los accidentes".

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener las prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsables, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares".

I.14 PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD EN MEXICO:

- a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**
- b) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM)**
- c) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).**
- d) Instituciones Privadas de Salud**
- e) Las Direcciones de Pensiones Civiles en algunos Estado, etc.**

I.15 REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD:

a) Anexión del VIH/SIDA a la Ley General de Salud como enfermedad transmisible.

Desde la Promulgación de la Ley General de Salud en 1984 se incluyó al SIDA como enfermedad transmisible, quedando de esta manera asentada en el artículo 134, fracc. XIII, del propio ordenamiento. También fueron reformados diversos artículos como el 136, 137 y 138 entre otros.

b) Prohibición de la Comercialización de la Sangre.

Desde los primeros casos de la aparición del VIH/SIDA en nuestro país, se tomaron las medidas necesarias respecto de las donaciones y recepciones de sangre y sus hemoderivados, fue entonces que en mayo de 1986 por Decreto Oficial y publicado en el Diario Oficial de la Federación, se prohíbe la comercialización de la sangre y siendo ésta recibida únicamente por donadores altruistas. En la actualidad por un estricto control de calidad denominado "sangre segura" sólo se administra sangre óptima a quien lo necesite.

c) Diferentes Normas Técnicas con referencia al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Antes del surgimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (Norma vigente, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 17 de Enero de 1995, existieron otras Normas Técnicas creadas por la Ley de General sobre Metrología y Normalización la cual entró en vigor el 1º. De Julio de 1992 y que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir del 16 de Octubre de 1993 a las Normas Técnicas que hasta entonces indicaban las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y se consumen en el país.

La Ley tiene por objeto en materia de normalización, certificación, acreditamiento y verificación según su artículo 2º:

Artículo 2º.

a) Fomentar la transparencia y eficiencia en la elaboración y observancia de normas oficiales mexicanas y de normas mexicanas.

d) Establecer un procedimiento uniforme para la elaboración de normas oficiales mexicanas por las dependencias de la administración pública federal.

- e) Promover la concurrencia de sectores público, privado, científico y de consumidores en la elaboración y observancia de normas oficiales mexicanas y normas mexicanas.

Para efectos de esta Ley según lo dispuesto por el artículo 3°. Se entenderá por:

XI. Normas oficiales mexicanas: son las que expidan las dependencias competentes, de carácter obligatorio sujetándose a lo dispuesto en esta Ley y cuyas finalidades se establecen en el artículo 40.

Las dependencias sólo podrán expedir normas o especificaciones técnicas, criterios, reglas, instructivos, circulares, lineamientos y demás disposiciones de naturaleza análoga de carácter obligatorio, en las materias a que se refiere esta Ley, siempre que se ajusten al procedimiento establecido y se expidan como normas oficiales mexicanas.

Con lo anterior es necesario precisar que las dependencias según su ámbito de competencia y por lo dispuesto en el artículo 138 de la Ley en mención, incluye como obligación:

I. Expedir normas oficiales mexicanas en las materias relacionadas con sus atribuciones.

La finalidad de las normas oficiales mexicanas, está prevista en el artículo 40 de la propia Ley, de tal suerte que en su fracción I y subsecuentes la define como sigue:

I. Las características y/o especificaciones que deben reunir los productos y procesos cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal, el medio ambiente general y laboral, o para la preservación de recursos naturales.

VI. Los métodos de prueba y/o procedimientos para comprobar las especificaciones a quien se refiere el artículo y el equipo y materiales adecuados para efectuar las pruebas correspondientes, así como sus procedimientos de muestreo.

VII. Las condiciones de salud, seguridad e higiene que deberán observarse en los centros de trabajo y en los centros públicos de reunión.

XIV. Los requisitos y procedimientos que deban observarse en la elaboración de normas mexicanas y en la certificación del cumplimiento de las mismas.

Así surgió la Norma Técnica No. 23 publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de julio de 1986 cuyo fin fue la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, los artículos que a continuación transcribiremos son los más importantes.

Artículo 3.

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

Sífilis, Gonorrea, Herpes Genital y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), (de transmisión sexual).

Artículo 6º.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles comprende los estudios siguientes:

- a) De persona en riesgo
- b) De caso
- c) De defunción
- d) Especiales.

Artículo 7.

Persona en riesgo es aquella que procede o radica en zona infectada o potencialmente infectada, que en el momento del estudio se encuentra en el período estimado de incubación de la enfermedad.

Artículo 8.

Caso de enfermedad transmisible, es la persona sintomática o asintomática que alberga un agente infeccioso y de la cual este puede ser adquirido, transmitido o difundido a la comunidad y se clasifica de la manera siguiente: Sospechoso, el que se notifica o informa a la autoridad de salud por persona no médica.

Probable, el que presenta manifestaciones clínicas compatibles con la enfermedad.

Comprobado, el que presenta manifestaciones clínicas compatibles con la enfermedad, cuyo diagnóstico se informa por estudios de laboratorio, gabinete o por evidencia epidemiológica.

Artículo 9.

Defunción por enfermedad transmisible, es aquella que se registra en el certificado de defunción como causa básica, secundaria o asociada de la muerte.

Artículo 10.

Contacto de caso o de defunción de enfermedad transmisible, es toda persona que haya tenido asociación con el caso, el fallecimiento o la fuente de infección o su ambiente, durante el período de transmisibilidad del padecimiento

Artículo 11.

Los estudios especiales, son las cuestiones epidemiológicas que se llevan a cabo para conocer y utilizar los resultados relacionados con los factores condicionantes o determinantes de las enfermedades transmisibles.

Artículo 12.

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

I.16 ARTICULO 5°. Constitucional.

"A ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajos que le acomode siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataque los derechos de terceros o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad".

Quando el individuo solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH.

El individuo que tenga el VIH o le haya desarrollado el SIDA, no podrá ser motivo para que se suspenda o se le despida a nadie de su empleo.

La libertad de contratación no está regulada, pues cada quien es libre de contratar o de solicitar empleo en el lugar que se desee.

El reconocimiento médico previo al empleo para detectar la seropositividad no debe exigirse, si bien es cierto que la Ley Federal del Trabajo en su artículo 134. Fracc. X determina las obligaciones del trabajador (el que solicita empleo aun no es trabajador) y, en las cuales se incluye el sometimiento a exámenes médicos para comprobar que no padece de ninguna enfermedad contagiosa o incurable, también lo es el que se trate de proteger al personal en activo de un posible contagio.

El VIH es una enfermedad contagiosa pero no mediante contactos casuales, sino únicamente por las vías de transmisión señaladas con antelación.

Son necesarias pero no determinantes para la contratación, pues esta debe fundarse en la capacidad del trabajador del personal solicitado.

Por lo que respecta al despido, éste debe estar fundado y motivado en derecho.

La realización del examen de detección del VIH-SIDA dentro del desempeño de las actividades laborales debe ser en todo caso de buena fe, con el fin de demostrar que la enfermedad no afectará el rendimiento del trabajador ni las tareas propias del empleo.

I.17 ARTICULO 3°. Constitucional

“La educación que imparte el Estado-Federación, Estado o Municipios

- I. Será Laica**
- II. Obligatoria a nivel primaria y secundaria y**
- III. Gratuita..”**

Los infectado o enfermos tienen todo el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.

La prohibición de asistir a la escuela a los niños seropositivos, constituiría una clara violación de su derecho a la educación.

Se deduce que todo individuo gozará de esta garantía individual y que nadie podrá negar el acceso a escuelas públicas o privadas independientemente de su condición física o biológica a una persona en dichas circunstancias.

1.18 ARTICULO 9°. Constitucional

“No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito, pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en asuntos políticos del país...”

Se respetara el derecho de asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado el SIDA.

El derecho de asociación permite, a quienes así lo deseen, ya sea por motivos personales o sociales, crear fundaciones o asociaciones en beneficio de las personas que viven con VIH o con SIDA, cuyo fin es no lucrativo.

El tipo de ayuda que ofrecen este tipo de Organismos No Gubernamentales, es generalmente de orientación, prevención y ayuda psicológica a quienes la solicitan.

I.19 ARTICULO 6°. Constitucional

“La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito, o perturbe el orden público. El derecho a la información será garantizado por el Estado”.

Esta consagra, la Libertad de Expresión, se respetará el derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y las formas de prevención, como al público en general y en especial quien tenga el VIH o haya desarrollado el SIDA, tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que puede someterse, respecto del modo de propagación, su prevención y su tratamiento, CONASIDA, ha realizado dicha labor arduamente.

En octubre de 1991 se firmó un Convenio interinstitucional entre la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que basándose en los fundamentos jurídicos que emanan de la Constitución General de la República y de la Ley General de Salud, establecen los derechos fundamentales a los que todo individuo tiene derecho en México, sin importar la enfermedad que padezca y en especial si se trata de VIH.

De manera genérica dicho Convenio, contiene los siguientes puntos:

- 1) atención eficiente de las quejas y denuncias presentadas por portadores del virus o enfermos de SIDA por concepto de discriminación.**
- 2) Proporcionar información escrita sobre los derechos de las personas que padecen la enfermedad**
- 3) Impartir conferencias de actualización del tema, así como de la capacitación del personal que atiende asuntos relacionados con estos problemas y,**
- 4) Sugerir en el momento oportuno, la actualización del tema, así como de la capacitación del personal que atiende asuntos relacionados con estos problemas y,**

Como resultado del citado convenio son declarados varios principios denominados:

“Los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA”, mismos que consagraría todas las manifestaciones de la libertad de las personas en mención, salvaguardando de este modo sus derechos como seres humanos.

En este documento se contemplaron 14 puntos considerados como los de mayor importancia y relevancia para las personas VIH-SIDA, mismo que se resumieron y se relacionaron con los artículos de la Constitución mencionados con antelación.

I.20 ARTICULO 11°. Constitucional

Consagra la libertad de tránsito, y con ello la libre circulación de cualquier individuo, mismo que a la letra dice:

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

El convenio establece:

No podrá restringirse el libre tránsito dentro de territorio nacional a las personas infectadas con VIH.

La libertad de tránsito es un derecho inherente a la persona humana, el ser portador de VIH-SIDA no se le negará el derecho a entrar o salir de la República e incluso cambiar de residencia cuantas veces sea requerido, salvo que las leyes de emigración, inmigración y salubridad general de la República así lo determinen.

El derecho de un nacional a entrar y salir de su país es absoluto en el artículo 73, Fracc. XVI constitucional, el extranjero también goza de dicha libertad solo que en ocasiones se establecen restricciones específicas, mismas que tienen su fundamento en diversos instrumentos internacionales, así como en la Ley General de Salud y en la propia Constitución.

Se trata de proteger la seguridad nacional, el orden, la salud o la moral públicos, así como los derechos y las libertades de los demás, artículos 12, inciso 3 del Pacto y 22, inciso 3 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

No debe exigirse al extranjero ningún documento que lo exente de cualquier enfermedad o en su caso que se le obligue a la realización de exámenes de detección, sí lo es el que se deba salvaguardar la salud de la Nación, evitando así la impermeabilidad del virus y de la enfermedad, es por ello que las medidas de protección y precaución sí están fundadas en derecho artículo 11° Y 73 fracción XVI de la constitución, y no constituyen ninguna violación.

Un extranjero, infectado o no, que resida legalmente en un país, no puede ser expulsado del mismo sino en ejecución de una decisión adoptada conforme a la ley, y después de haber sido oído por la autoridad competente, salvo lo dispuesto en el artículo 33 constitucional.(23)

Se ha informado que ciertas autoridades de inmigración han pedido a cierto origen racial o nacional antes de admitirlos en el país, se sometan a las pruebas de VIH. La ley no prohíbe la entrada de personas infectadas, no obliga a los viajeros a someterse a pruebas de detección.

A los extranjeros estudiantes de ciertas nacionalidades se les ha obligado a someterse a pruebas de detección, y se ha deportado a aquellos en que los resultados revelan infección por el VIH, siguen con la creencia infundada que hay un vínculo entre la nacionalidad del individuo y su situación serológica respecto al VIH

Por el simple hecho de ser personas y pisar suelo mexicano, gozan de ciertos derechos que la Ley les confiere, como libertad de tránsito y el derecho de ejercer la sexualidad libremente. La salud es un bien jurídico tutelado por el derecho que nos corresponde cuidar y proteger como ciudadanos, evitando contagiar y/o ser contagiado. En algunas estaciones migratorias se ha impuesto la prueba de detección serológica, de acuerdo con la Ley de Salud únicamente operará en casos de emergencia, así que a contrario sensu, éste debe ser un acto voluntario y no obligatorio como se pretende y se ha venido realizando en los últimos tiempos.

(23) "Artículo 33. Son extranjeros los que no posean las cualidades determinadas en el artículo 30. Tienen derecho a las garantías que otorga el Capítulo I, Título I de la presente Constitución, pero el Ejecutivo de la Unión tendrá la facultad exclusiva de hacer abandonar el territorio y sin necesidad de juicio previo a todo extranjero cuya permanencia juzgue inconveniente".

CAPITULO QUINTO

FUNDAMENTOS LEGALES QUE EMANAN DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO

I. SUSPENSION, RESCISION Y TERMINACION DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES.

1.1 LAS RELACIONES DE TRABAJO

ARTICULO 20. Se entiende por relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona, mediante el pago de un salario.

Contrato individual de trabajo, cualquiera que sea su forma o denominación, es aquel por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario.

La prestación de un trabajo a que se refiere el párrafo primero y el contrato celebrado producen los mismos efectos.

ARTICULO 21. Se presumen la existencia del contrato y de la relación de trabajo entre el que presta un trabajo personal y lo recibe.

ARTICULO 22. Queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de catorce años y los mayores de esta edad y menores de dieciséis que no hayan terminado su educación obligatoria, salvo los casos de excepción que apruebe la autoridad correspondiente en que a su juicio haya compatibilidad entre los estudios y el trabajo.

ARTICULO 23. Los mayores de dieciséis años pueden prestar libremente sus servicios, con las limitaciones establecidas en esta Ley. Los mayores de catorce y menores de dieciséis necesitan autorización de sus padres o tutores y a falta de ellos, del sindicato a que pertenezcan, de la Junta de Conciliación y Arbitraje, del Inspector del Trabajo o de la Autoridad Política.

Los menores trabajadores pueden percibir el pago de sus salarios y ejercitar las acciones que les correspondan.

ARTICULO 24. Las condiciones de trabajo deben hacerse constar por escrito cuando no existan contratos colectivos aplicables. Se harán dos ejemplares, por lo menos, de los cuales quedará uno en poder de cada parte.

ARTICULO 25. El escrito en que consten las condiciones de trabajo deberá contener:

- I. Nombre, nacionalidad, edad, sexo, estado civil y domicilio del trabajador y del patrón;
- II. Si la relación de trabajo es para obra o tiempo determinado o tiempo indeterminado;
- III. El servicio o servicios que deban prestarse, los que se determinarán con la mayor precisión posible;
- IV. El lugar o los lugares donde deba prestarse el trabajo;
- V. La duración de la jornada;
- VI. La forma y el monto del salario;
- VII. El día y el lugar del pago del salario; y
- VIII. La indicación de que el trabajador será capacitado o adiestrado en los términos de los planes y programas establecidos o que se establezcan en la empresa, conforme a lo dispuesto en esta Ley; y
- IX. Otras condiciones de trabajo, tales como días de descanso, vacaciones y demás que convengan el trabajador y el patrón.

ARTICULO 26. La falta del escrito a que se refieren los artículos 24 y 25 no priva al trabajador de los derechos que deriven de las normas de trabajo y de los servicios prestados, pues se imputará al patrón la falta de esa formalidad.

ARTICULO 27. Si no se hubiese determinado el servicio o servicios que deban prestarse, el trabajador quedará obligado a desempeñar el trabajo que sea compatible con sus fuerzas, aptitudes, estado o condición y que sea del mismo género de los que formen el objeto de la empresa o establecimiento.

I.2 LA SUSPENSION DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO.

ARTICULO. 42 Son causas de suspensión temporal de las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el trabajador y el patrón:

- I. La enfermedad contagiosa del trabajador,
- II. La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo;
- III. La prisión preventiva del trabajador seguida de sentencia absolutoria. Si el trabajador obró en defensa de la persona o de los intereses del patrón, tendrá éste la obligación de pagar los salarios que hubiese dejado de percibir aquél;
- IV. El arresto del trabajador;
- V. El cumplimiento de los servicios y el desempeño de los cargos mencionados en el artículo 5º. De la Constitución, y el de las obligaciones consignadas en el artículo 31, fracción III, de la misma Constitución;
- VI. La designación de los trabajadores como representantes ante los organismos estatales, Juntas de Conciliación, Conciliación y Arbitraje, Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, Comisión Nacional para la Participación de los Trabajadores en las Utilidades de las Empresas y otros semejantes; y
- VII. La falta de los documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio, cuando sea imputable al trabajador.

ARTICULO 43. La suspensión surtirá efectos:

- I. En los casos de las fracciones I y II del artículo anterior, desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento de la enfermedad contagiosa o de la en que se produzca la incapacidad para el trabajo, hasta que termine el periodo fijado por el Instituto Mexicano del Seguro Social o antes si desaparece la incapacidad para el trabajo, sin que la suspensión pueda exceder el término fijado en la Ley del Seguro Social para el tratamiento de las enfermedades que no sean consecuencia de un riesgo de trabajo;
- II. Tratándose de las fracciones III y IV, desde el momento en que el trabajador acredite estar detenido a disposición de la autoridad judicial o administrativa, hasta la fecha en que cause ejecutoria la sentencia que lo absuelva, o termine el arresto;

- III. En los casos de las fracciones V y VI, desde la fecha en que deban prestarse los servicios o desempeñarse los cargos, hasta por un periodo de seis años; y
- IV. En el caso de la fracción VII, desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento del hechos, hasta por un periodo de dos meses.

ARTICULO 44. Cuando los trabajadores sean llamados para alistarse y servir en la Guardia Nacional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, fracción III, de la Constitución, el tiempo de servicios se tomará en consideración para determinar su antigüedad. .

ARTICULO 45. El trabajador deberá regresar a su trabajo:

- I. En los casos de las fracciones I, II, IV y VII del artículo 42, al día siguiente de la fecha en que termine la causa de la suspensión; y
- II. En los casos de las fracciones III, V y VI del artículo 42, dentro de los quince días siguientes a la terminación de la causa de la suspensión.

I.3 LA RESCISION DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO.

ARTICULO 46. El trabajador o el patrón podrá rescindir en cualquier tiempo la relación de trabajo, por causa justificada, sin recurrir en responsabilidad.

1.4 LAS CAUSAS DE RESCISION DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRON.

ARTICULO 47. Son causas de rescisión de las relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

- I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador.
- II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;
- III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeñe el trabajo;
- IV. Cometer el trabajador, fuera de servicio contra el patrón, sus familiares o personal directivo o administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;
- V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;
- VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves; sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;
- VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;
- VIII. Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo;

- IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;**
- X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un periodo de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;**
- XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;**
- XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;**
- XIII. Concurrir el trabajador a su labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico;**
- XIV. La sentencia ejecutoria que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; y**
- XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.**

El patrón deberá hacerse del conocimiento del trabajador aviso escrito de la fecha y causa o causas de la rescisión.

El aviso deberá hacerse del conocimiento del trabajador, y en caso de que éste se negare a recibirlo, el patrón dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la rescisión, deberá hacerlo del conocimiento de la Junta respectiva, proporcionando a ésta el domicilio que tenga registrado y solicitando su notificación al trabajador.

La falta de aviso al trabajador; o a la Junta, por sí sola bastará para considerar que el despido fue injustificado.

I.5 LAS CAUSAS DE RESCISIÓN DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL TRABAJADOR.

ARTICULO 51. Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador:

- I.** Engañarlo el patrón o, en su caso, la agrupación patronal al proponerle el trabajo, respecto de las condiciones del mismo. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador,
- II.** Incurrir el patrón, sus familiares o su personal directivo o administrativo, dentro del servicio, en faltas de probidad u honradez, actos de violencia, amenazas, injurias, malos tratamientos u otros análogos, en contra del trabajador, cónyuge, padres, hijos o hermanos;
- III.** Incurrir el patrón, sus familiares o trabajadores, fuera del servicio, en los actos a que se refiere la fracción anterior, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;
- IV.** Reducir el patrón el salario al trabajador;
- V.** No recibir el salario correspondiente en la fecha o lugar convenidos o acostumbrados;
- VI.** Sufrir perjuicios causados maliciosamente por el patrón, en sus herramientas o útiles de trabajo;
- VII.** La existencia de un peligro grave para la seguridad o salud del trabajador o de su familia, ya sea por carecer de condiciones higiénicas el establecimiento o porque no se cumplan las medidas preventivas y de seguridad que las leyes establezcan;
- VIII.** Comprometer el patrón, con su imprudencia o descuido inexcusables, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él; y
- IX.** Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes, en lo que al trabajo se refiere.

I.6 LA TERMINACION DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO.

ARTICULO 53. Son causas de terminación de las relaciones de trabajo:

- I. El mutuo consentimiento de las partes.**
- II. La muerte del trabajador.**
- III. La terminación de la obra o vencimiento del término o inversión del capital, de conformidad con los artículos 36,37 y 38;**
- IV. La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, - que haga imposible la prestación del trabajo; y**
- V. Los casos a que se refiere el artículo 434.**

1.7 EL ACCIDENTE DE TRABAJO.

ARTICULO 473. Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

ARTICULO 474. Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél.

1.8 LA ENFERMEDAD DE TRABAJO

ARTICULO 475. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

1.9 LAS CAUSAS DE RESCISIÓN DE LAS RELACIONES INDIVIDUALES DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRON Y SU RELACION CON EL VIH – SIDA.

487. Los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

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

ARTICULO 488. El patrón queda exceptuado de las obligaciones que determina el artículo anterior, en los casos y con las modalidades siguientes:

III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una lesión por si solo o de acuerdo con otra persona.

I.10 EL VIH-SIDA COMO CAUSA DE TERMINACION DE LAS RELACIONES LABORALES.

ARTICULO 53. Son causas de terminación de las relaciones de trabajo:

- I.** El mutuo consentimiento de las partes:
- II.** La muerte del trabajador:
- III.** La terminación de la obra o vencimiento del término o inversión del capital, de conformidad con los artículos 36,37 y 38
- IV.** La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo: y
- V.** Los casos a que se refiere el artículo 434.

ARTICULO 54. En el caso de la fracción IV del artículo anterior, si la incapacidad proviene de un riesgo no profesional, el trabajador tendrá derecho a que se le pague un mes de salario y doce días por cada año de servicios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 162, o de ser posible, si así lo desea, a que se le proporcione otro empleo compatible con sus aptitudes, independientemente de las prestaciones que le correspondan de conformidad con las leyes.

ARTICULO 55. Si en el juicio correspondiente no comprueba el patrón las causas de la terminación, tendrá el trabajador los derechos consignados en el artículo 48.

I.11 LAS INCAPACIDADES

ARTICULO 477. Cuando los riesgos se realizan pueden producir:

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

I.12 INCAPACIDAD TEMPORAL

ARTICULO 478. Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

I.13 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

ARTICULO 479. Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.

I.14 INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

ARTICULO 480. Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

I.15 INCAPACIDAD MENTAL

ARTICULO 483. Las indemnizaciones por riesgos de trabajo que produzcan incapacidades, se pagarán directamente al trabajador.

En los casos de indemnización se pagará a la persona o personas, de las señaladas en el artículo 501, a cuyo cuidado, quede, en los casos de muerte del trabajador, se observará lo dispuesto en el artículo 115.

Personas infectadas por el VIH-SIDA, han perdido el trabajo y se han visto privadas de un empleo para el que reunían todas las condiciones exigidas, para determinar hasta que punto es legítimo dar el cese o no admitir para un empleo determinado a una persona infectada habrá que preguntarse si hay razones suficientes para considerar si esta persona no es apta para dicho empleo, muchos empleadores han tratado de justificar el cese de un empleado infectado diciendo que su obligación es proporcionar condiciones de trabajo seguras para los demás empleados, que quizá teman infectarse, la OMS en reiteradas ocasiones a externado que la infección por VIH no se propaga por contactos casuales y, por tanto no hay justificación que limite el derecho al trabajo de las personas infectadas.

Por consecuencia no se justifica el reusamiento de candidatos a un empleo por el simple hecho de que estén infectados por el VIH o tengan SIDA, las personas infectadas que estén en buen estado físico y mental, no hay motivo alguno para que no trabajen.

En Instituciones Públicas o Privadas aplican a las personas en general el examen de detección del VIH, conocido con el nombre del "Prueba de Elisa" de manera obligatoria a sabiendas que la Ley General de Salud lo prohíbe, si el examen resulta positivo o sea que la persona es portadora del VIH, se informa a los departamentos y/o se le retire de sus funciones sin importar si la persona tiene capacidad para desempeñar el trabajo, además de que no se les proporciona ayuda, asistencia, ni el respeto a la confidencialidad de sus expedientes previsto en la propia ley.

Personas seropositivas evitan denunciar este tipo de violaciones a sus derechos a las autoridades correspondientes por temor que los demás conozcan que poseen la enfermedad, y que por ello tenga como consecuencia actitudes de rechazo y de marginación socialmente notorias.

En el trabajo la mayoría de las veces al ser conocida la enfermedad es despedido de su centro laboral, lo que implica a su vez la pérdida de la

asistencia médica brindada por el gobierno en el momento que más lo necesitan.

Esta enfermedad requiere medidas especiales, legislativas o de otro tipo, contribuye a que se le considere como una afección particularmente amenazadora o peligrosa. En cierto país, la legislación estipula que el VIH debe incluirse en la "lista de enfermedades que constituyen un riesgo para la sociedad", mientras que en otro se ha incorporado el VIH a la lista de enfermedades contagiosas graves.

Es necesario que el personal sanitario y asistencial utilice ropa de protección, en especial guantes de látex para evitar el contacto con la sangre contaminada es determinante para evitar que accidentalmente pudiera producirse un contagio.

En muchos servicios sanitarios consideran prioritario facilitar esa ropa de protección a los médicos, se tienen menos en cuenta las necesidades del personal asistencial no oficial, como las personas que atienden a los enfermos de SIDA, a las parteras tradicionales, que tienen contacto directo con la sangre.

I.16 CONASIDA.

Hago mención de CONASIDA por ser un organismo mexicano creado por el gobierno mexicano en materia de prevención del SIDA, receptor de gran información y al mismo tiempo como órgano consultor, donde sus estadísticas e igualmente su información tienen la característica de oficial.

CONASIDA.- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

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

El objeto de este organismo es apoyar, coordinar y promover las acciones de los sectores público, social y privado que tienden a combatir la epidemia del SIDA (Artículo 1º. Del mencionado Decreto).

I.17 MEDIOS DE INFORMACION

Se encontró de manera consistente, que la mayoría de los consultados han obtenido la información de una gran variedad de medios, todos ellos un tanto formales, entre los que destacan los siguientes:

@ Televisión: Destacan los comerciales, los programas de debate (Nino Canún), Cristina, María Laría), y programas especiales sobre el tema tipo: Oscar Cadena, 60 minutos, etc.

@ Conversaciones con amigos y algún conocido que tenga mayor información sobre el tema: médico, dentista o enfermeras.

En el caso de los familiares esta apertura fue menos frecuente, particularmente entre padres e hijos.

Entre los esposos de mayor edad, se encontró una mayor apertura para hablar sobre el tema. De manera contraria a las parejas de novios, donde es menos frecuente que aborden este tema.

@ Revistas. En este caso mencionaron publicaciones de diversos géneros que incluyen algún artículo sobre el tema, se mencionaron las siguientes: Vanidades, Seducción, Teleguía, Medix.

@ Radio. Se mencionó de manera esporádica y la información provenía principalmente de anuncios (TELSIDA).

@ Conferencias y pláticas. En este caso los segmentos de menor edad, indicaron haber asistido a conferencias en sus escuelas. Dichos eventos a pesar de no resultar frecuentes, han sido al parecer altamente motivantes e informativos.

En el caso de las mujeres amas de casa, se mencionaron en algunos casos, haber asistido a pláticas en su centro de salud y de haber recibido algún tipo de información impresa.

En varios segmentos, algunos entrevistados manifestaron la inquietud por obtener mayor información sobre el tema, la cual sea confiable y científica. Mencionaron en específico la carencia de libros que traten sobre el tema.

Gran parte de los consultados sabían de la existencia del servicio de información denominado TELSIDA; sin embargo, da la impresión de que existe una actitud de poca predisposición a utilizar este servicio.

Al parecer los consultados tienen la imagen de que es un servicio que utilizan principalmente los enfermos terminales y los grupos de riesgo, lo cual además de alejarlos, se constituye como un freno a su uso.

1.18 RECORDACION PUBLICITARIA

De manera general y espontánea los mensajes mas presentes son de televisión. Al respecto el comercial más recordado e impactante para la mayoría de los consultados es donde aparece una pareja y un médico, el cual les informa que están contagiados de SIDA al igual que su bebé.

Los consultados ubicaron que se trata de un comercial de CONASIDA y en este caso, el mensaje de la fidelidad como método preventivo no fue registrado, ni relevante para ellos.

En algunos casos los consultados tendieron a confundir comerciales de marcas de condones (Sico), con mensajes relativos al tema de la prevención. Otros mensajes que recordaron los participantes fueron los siguientes:

@ Aparece el juego del gato cruzando equis. Este fue especialmente recordado por los grupos de menor edad (10-14 años) por el manejo de colores vivos y el uso de un juego importante para ellos. También se recuerdan carteles.

@ Un reloj empieza a girar cada vez más de prisa, hasta que explota. En este se recuerda particularmente la frase que dice: "No te acabes la vida".

@ Del juego de la lotería en donde aparece la muerte, en este caso también se recordaron carteles en el metro.

@ De manera secundaria se mencionaron los anuncios de una cafetería y de una oficina en donde los personajes están comentando la problemática, resultan atractivos principalmente para los grupos de mayor edad.

En el caso del radio se recordó con especial énfasis el mensaje para informarse por teléfono: TELSIDA.

BIBLIOGRAFIA

Tomasevski, Katarina, El Sida y Derechos Humanos, primera edición O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud), Washington, D.C., 1991,p.215.

Sepúlveda Amor, Jaime, Sida y Derechos Humanos, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F., 1992,p.27.

Moctezuma, B, Gonzalo, El Sida y El lugar de Trabajo, primera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1992,p.226.

Sepúlveda, A. Jaime, Sida, Ciencia y Sociedad, segunda reimpresión, Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1989, p. 47.

Miller, Weber., Atención a pacientes de Sida, primera edición, Editorial: El Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1989, p.50.

Conasida, Derechos de las personas con SIDA, primera edición, Conasida, México, D.F. 1990, p. 26.

Maters, H. Williams, Crisis, primera edición, Editorial Diana, México, D.F., 1989, p. 29.

Conasida Preguntas y Respuestas sobre SIDA, primera edición, Conasida México, D.F.,1994, pp.9-10.

Conasida, El médico frente al SIDA, primera edición, Conasida México, D.F., 1989, p. 142.

D.Durham, Jerry., Pacientes con SIDA, primera edición, Editorial El Manuel Moderno S.A., México, D.F., 1990, p.3.

Decreto de Constitución. Ley y Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1992

Miller, Weber, Atención a pacientes con SIDA, primera edición, Editorial El Manual Moderno, S.A., México, D.F. 1989, p. 10.

Miller, Weber, Atención a pacientes de SIDA, primera edición, Editorial El Manual Moderno, S.A. México, D.F., 1989, p.10.

Gallo, R.C., Traducción Francés, primera edición, Conasida. México, D.F. 1990. P. 60.

Sepúlveda Amor, Jaime, Sida, Ciencia y Sociedad, segunda reimpresión. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1989, p.132.

Sepúlveda A. Jaime, Sida, Ciencia y Sociedad, segunda reimpresión Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1989, p. 112.

Berkow, Robert, El Manual Merck, octava edición, Editorial Doyma, México, D.F., p. 321.

Sepúlveda Amor Jaime, Sida y Derechos Humanos, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F. 1992, p. 21.

Sepúlveda A. Jaime, Sida y Derechos Humanos, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F., 1992, p.27.

Conasida, Boletín Mensual, primera edición, Número 9, año 8, México, D.F., Septiembre, 1994, p. 2738.

Barragán, Moctezuma, Sida y Lugar de Trabajo, Comité de Aspectos Jurídicos del Conasida, primera edición, México, D.F. 1990, p. 33.

Sepúlveda A. Jaime, Sida y Derechos Humanos, primera edición, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F. 1992, p.28.

Sepúlveda, A. Jaime, Sida, Ciencia y Sociedad, segunda reimpresión, Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1989, P. 479.

Mann, Jonathan, Conferencia Internacional sobre el SIDA, primera edición, Conasida, México, D.F., 1991, p. 31.

Conasida, Guía para enfermeras, primera edición, Conasida, México, D.F., 1994.

Conasida, Guía para la Atención Psicológica, primera edición, Conasida, México, D.F., 1994

Conasida, Guía para la atención Domiciliaria, primera edición, Conasida, México, D.F., 1994

Conasida, Sociedad y SIDA, Publicaciones Periódicas, México, D.F., 1990-1993

Black (1986), p. 60

CDC (1982g, 1982h, 1983^a), CF Marx (1982)

Comisión Nacional de Derechos Humanos. "La Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos". 1^a Edición CNDH, México, 1995

Código Civil de 1932, Artículo 1916 respecto al daño moral, su definición.

Conasida, Conasida y Derechos Humanos, SIDA-VIH, Conasida, primera edición, México, D.F., 1992

Decreto de Constitución. Ley y Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1992

Conasida, Gaceta Conasida, Año II, Número I, Mayo-Junio, México, D.F., 1989

Conasida, El Laboratorista frente al SIDA, primera edición, Conasida, México, D.F., 1989

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 106^a. Edición, Editorial Porrúa, México, D.F., 1994

Diario Oficial de la Federación, 10 de agosto de 1987.

Diario Oficial de la Federación, 27 de mayo de 1987

Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas. 3^a. Edición, México, 1989. P. 13-14

Dickens., Bernard., Asignación de Recursos a los pacientes de SIDA y condiciones afines, primera edición., Organización Panamericana de la Salud., Washington, D.C., 1991

D. Durham, Jerry, Pacientes con SIDA, primera edición, Editorial El Manual Moderno S.A., México, D.F., 1990

Fuenzalida Puelma, Hernán, Aportes a la ética, y el Derecho al estudio del SIDA, Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), Washington, D.C., 1988

Organización Panamericana de Salud "El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado". Organización Panamericana de Salud, 1989

Fuenzálda. P., Hernán, Reflexiones sobre el SIDA y la asignación de recursos, primera edición. (O.P.S.), Washington, D.C., 1991

Fluss., Sevs., Legislación Internacional sobre el SIDA., primera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1991

García Huete, Enrique, SIDA, Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral, primera edición, Editorial EUDEMA, México, D.F., 1983

García Becerra, José Antonio. Teoría de los Derechos Humanos. Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sin. México, 1991, p. 11-13

Goldsmith (1988)

González Ruelas, Enrique, Dr., Gaceta de Salud Mental, Secretaría de Salud, Año III, Número 12, Publicación Bimestral, Julio-Agosto, México, D.F., 1994.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, El SIDA, régimen jurídico, primera edición, Año IV, Número 12, Septiembre-Diciembre, U.N.A.M., México, D.F., 1989

Masters, William, Comportamiento Heterosexual en la era del SIDA, CRISIS, primera edición, Editorial Diana, México, D.F., 1989

Instituto de Investigaciones Jurídicas, Boletín informativo, Número 23, Xalapa, Veracruz, 1989

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Mirko D. Grmek, Historia del SIDA, primera edición en español, Siglo XXI Editores, México, D.F., 1992

Organización Mundial de la Salud, SIDA: Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas afectadas por el VIH y las personas con SIDA., O.M.S., 41ª. Asamblea Mundial de la Salud. Documento WHA41/1988/REC/1,22., Mayo, 1988

Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo., primera edición., México, D.F., 1989

Rojano Esquivel, José Carlos, Introducción a la Teoría de los Derechos Humanos. Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Querétaro. 5/año p. 6 SS ob. Cit. p. 8

Salgado Rosaniz, José Luis, La adecuación jurídico penal del SIDA al sistema Penal Mexicano, Tesis, Estado de México, 1991

Secretaría de Salud, Ley General de Salud, México, D.F., 1993

Tomasevski, Katarina., Políticas de Salud Pública y SIDA., primera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1991

U.N.A.M., Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, D.F., 1985.

Sepúlveda Amor Jaime, Comenta que se ha llegado a argumentar que la protección de la salud pública requiere la denegación o limitación de los derechos de los individuos afectados, que hay que sacrificar los derechos de unos pocos en aras de los derechos de muchos.

La soberanía interna de los Estados tiene por límite reconocido las normas de derechos humanos, las que no toleran la idea de la discriminación por razones de edad, sexo, raza, creencias, lengua o condición alguna.

La ley nacional, regida por las normas constitucionales, debe reflejar, dichos derechos y adecuarse a la juridicidad internacional en cuanto al respecto a la dignidad y la igualdad, esenciales de todas las personas, incluidos ciertamente los enfermos de SIDA.

Deben existir órganos especializados en hacer valer los derechos y en cierta forma obligar por medio de las leyes a que se respeten los derechos y se cumplan las mismas para beneficio de éstos marginados por la sociedad.

Miller Weber, Que actualmente con los estudios que se han realizado, no se toma al SIDA como un enfermedad exclusiva de los homosexuales, sino que también personas sanas son capaces de contraer la enfermedad por causas como transfusiones sanguíneas, o en el caso de los drogadictos por el uso de agujas contaminadas.

Se considera ya como un mal universal y nadie se encuentra exento de padecerlo.

Artículos del Código Penal, 199 bis, 9, 288 cap. I, 350, 215 fracc. II, 288 y 210

Artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículos 1º, 14, 16, 4, 73 fracc. XVI, 5, 3, 9, 6 y 11

Para el Código Civil para el Distrito Federal, Artículo 156

Ley General de Salud, Artículos 27 fracc. II y 51

Reformas a la Ley General de Salud, Artículos 2º, 134 fracc. XIII, 136, 137, 138 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12

Artículos de la Ley Federal del Trabajo: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 53, 473, 474, 475, 487, 488, 54, 55, 477, 478, 479, 480 y 483

Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.