

**U N I V E R S I D A D N A C I O N A L
A U T O N O M A D E M É X I C O**

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE DERECHO PENAL

**ANÁLISIS SOCIO - JURÍDICO DEL DELITO DE
PELIGRO DE CONTAGIO COMPRENDIDO EN EL
ARTÍCULO 159 DEL NUEVO CÓDIGO PENAL
PARA EL DISTRITO FEDERAL.**

T E S I S

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

P R E S E N T A :

MARÍA DE LA PAZ CHAVARRIA VARGAS

ASESOR:

LIC. JOSE PABLO PATIÑO Y SOUZA

MÉXICO, D.F.

2008



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.

DEDICATORIAS

A mis padres, Paz José Luis Chavarría y Evelia Vargas,

por su amor, paciencia, apoyo y confianza.

Por sus muestras de tenacidad y esfuerzo.

A mis hermanas, Gabriela y Lidia, por su cariño, comprensión y lealtad.

A mis abuelitos,

Jesús Chavarría A.(+) y Guadalupe Arellano, por su cariño y perseverancia.

Gabriel Vargas León y Lidia Sandoval (+), por todo su amor y sobre todo por ser un modelo de rectitud y fortaleza.

A mi tío, Santiago Álvaro Vargas Sandoval, por su ejemplo de probidad, honestidad y sensibilidad en el desempeño de su profesión.

A todos mis amigos, por su lealtad, tiempo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**,
por darme el privilegio de formar parte de su comunidad.

A la **H. Facultad de Derecho**, por acogerme en su seno y por ser pieza
fundamental en mi vida.

A todos los **Profesores de la Facultad de Derecho**,
por ser una luz en el camino de todos los alumnos,
por compartirnos desinteresadamente sus conocimientos y su amistad,

A mi estimado asesor, **Lic. José Pablo Patiño y Souza**,
por la oportunidad de estar bajo su dirección en este trabajo,
por la paciencia y confianza depositada.

A **Dios**, por su inmensa generosidad.

INDICE

INTRODUCCIÓN.	I
--------------------	---

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS NACIONALES Y EXTRANJEROS.

1.1 Código Penal de 1929 para el Distrito y Territorios Federales.	1
1.2 Código Penal de 1931 para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuera Federal, hoy Código Penal Federal.	4
1.3 Código Penal Italiano de 1930.	13
1.4 Código Penal Argentino.	16
1.5 Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.	18

CAPÍTULO II

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

2.1 Concepto y clasificación.	23
2.2 Generalidades de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	28
2.3 Control y Vigilancia Epidemiológica.	52
2.4 Formas de prevención.	57
2.5 Estadísticas.	60

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DOGMÁTICO DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO.

3.1 El delito. Concepto.	70
3.2 Sujetos y objeto.	71
3.3 Clasificación.	73
3.4 Elementos positivos y aspectos negativos del delito.	
3.4.1 La conducta y su ausencia.	78
3.4.2 Tipicidad; atipicidad.	81
3.4.3 Antijuricidad; causas de justificación.	84
3.4.4 Culpabilidad; inculpabilidad.	90
3.4.5 Punibilidad; excusas absolutorias.	99
3.5 Tentativa.	99
3.6 Formas de Autoría y Participación.	102
3.7 Concurso de delitos.	105
3.8 Resultado.	106
3.9 Extinción de la responsabilidad penal.	108

CAPÍTULO IV

LOS ELEMENTOS DEL CUERPO DEL DELITO Y ALGUNAS ESTADÍSTICAS.

4.1 Cuerpo del delito. Concepto.	112
4.2 Elementos subjetivos.	112
4.3 Elementos objetivos.	113
4.4 Elementos normativos.	114
4.5 Estadísticas sobre las querellas iniciadas por el delito de Peligro de Contagio	

ante la PGJDF.	116
---------------------	-----

CAPÍTULO V

EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD vs EL DERECHO A LA VIDA.

5.1 Generalidades del SIDA.	
5.1.1 Breve reseña Histórica.	121
5.1.2 Estadísticas.	126
5.2 La confidencialidad.	135
5.3 El derecho a la confidencialidad frente el derecho a la vida.	140
5.4 Pros y contras del derecho a la confidencialidad.	145
CONCLUSIONES.	147
PROPUESTA.	152
BIBLIOGRAFÍA.	157
LEGISLACIÓN.	158
DICCIONARIOS.	159
HEMEROGRAFIA.	159
OTRAS FUENTES.	160
PÁGINAS DE INTERNET.	160

I N T R O D U C C I Ó N .

Decidir el tema sobre el que ha de tratar un trabajo recepcional no es una tarea fácil, es así que al hojear nuestro Código Penal vigente para el Distrito Federal me encontré con el artículo 159 que contiene un delito denominado “Peligro de Contagio”, que se encuentra en el capítulo II del Título Tercero denominado “Delitos de peligro para la vida o la salud de las personas”; por lo que una vez leído y releído “n” numero de veces me comenzaron a surgir muchas dudas entorno algunos de los términos que ahí se emplean. Es así que comencé a indagar sobre este delito no solo en literatura propia de nuestra carrera, sino también en libros de medicina y algunas Normas Oficiales Mexicanas, motivo por el que decidí emprender este trabajo bajo el análisis del delito de Peligro de Contagio.

En el primer capítulo se abordaran los antecedentes históricos nacionales a la luz del Código Penal de 1929 para el Distrito y Territorios Federales, donde el delito en estudio se encuentra en el título Séptimo “De los Delitos contra la Salud”, Capítulo III “Del Contagio sexual y del nutricio”, abarcando desde el artículo 524 hasta el 533.

Por lo que respecta al Código Penal de 1931 para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero común y para toda la República en materia de Fuero Federal, hoy Código Penal Federal, se encuentra en el título Séptimo denominado “Delitos contra la salud”, capítulo II “Del peligro de contagio”, que a diferencia del anterior únicamente comprende el artículo 199 bis.

Por lo que respecta a los antecedentes extranjeros, el Código Penal Italiano de 1930 en su artículo 554 contempla el delito de contagio de sífilis o blenorragia dentro del capítulo de los Delitos cometidos contra la Integridad y Sanidad de la Estirpe, protegiendo con estos la unidad y la continuidad de las generaciones que

viven en un Estado. Por ejemplo, dentro de este capítulo X se contemplan delitos como el aborto, muerte o lesiones de la mujer, actos abortivos sobre una mujer considerada en cinta, causa de honor, impotencia procurada para evitar la procreación e incitación a prácticas contra la procreación.

Asimismo, el delito de Contagio Venéreo contemplado en el Código Penal Argentino, en el título VII denominado “Delitos contra la Seguridad Pública”, capítulo IV “Delitos contra la salud pública. Envenenar o adulterar aguas potables o alimentos o medicinas”, castiga al que propague una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas; es así que la ley 12.331, conocida como “De profilaxis antivenérea y examen prenupcial obligatorio”, contempla el delito de contagio venéreo al establecer que se reprimirá a quien sabiéndose afectado de una enfermedad venérea transmisible, la contagia a otra. Debiendo señalar desde este momento que no se castiga la puesta en peligro sino que el contrario se reprime el contagio sin que se haga mención sobre las vías o modos de producción del contagio.

Por lo que respecta a los antecedentes del actual Código Penal para el Distrito Federal acudí a la Asamblea Legislativa con el fin de buscar las versiones estenográficas de las discusiones que se dieron en el seno de la Comisión de Procuración y Administración de Justicia entorno a la aprobación del entonces Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, especialmente las relativas al artículo 159., sin obtener resultados positivos, logrando únicamente encontrar los Diarios de Debates de las sesiones en donde se presentan las diversas iniciativas del Código Penal y los relativos al día en que se aprueba dicho ordenamiento, sin que se le haya hecho ninguna objeción ni comentario al artículo en estudio.

En el segundo capítulo se verán algunas generalidades de las infecciones de transmisión sexual (ITS) de acuerdo a la clasificación hecha en la NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual. Asimismo, la diferencia que existe entre los términos de enfermedad e

infección, su control y vigilancia epidemiológica de acuerdo a lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, las formas de prevenirlas y algunas estadísticas que nos ilustren sobre su prevalencia en la población.

En el Tercer Capítulo se realizará el análisis dogmático del delito de Peligro de Contagio y en el Cuarto capítulo se abordarán los elementos del cuerpo del delito, qué se debe entender por ellos; asimismo, se analizará la posibilidad de prescindir o modificar algunos términos que se encuentran en la redacción del citado artículo.

Ya en el cuarto capítulo se verá que todos los Mexicanos tenemos, entre otros, derechos a la confidencialidad y el derecho a la vida. En la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes se contemplan como tales: 1) recibir atención medica adecuada; 2) recibir trato digno y respetuoso; 3) recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; 4) decidir libremente sobre su atención; 5) otorgar o no consentimiento validamente informado; 6) ser tratado con confidencialidad; 7) contar con facilidades para obtener una segunda opinión; 8) recibir atención medica en caso de urgencia; 9) contar con un expediente clínico y 10) ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida. Llama nuestra atención el derecho a la confidencialidad, es aquel bajo el cual toda la información expresada al médico debe ser manejada con estricta secrecía y únicamente podrá ser divulgada bajo la autorización previa y expresa del paciente; por lo que reflexionando nos surge la duda sobre ¿qué es lo que pasa con el esposo (as), concubino (a) y/o parejas sexual de aquellas personas que se encuentran infectadas con el virus del VIH/SIDA?. En base al secreto médico éstas personas no tienen derecho a saber que su vida esta en peligro, es decir que por la ignorancia del padecimiento de su pareja no pueden tomar las medidas necesarias para evitar ser contagiadas. La obligación de la confidencialidad no solo frente a la epidemia del VIH/SIDA coloca a los médicos en un dilema: a) saben que conforme a su juramento Hipocrático y a sus impedimentos legales deben mantener en absoluta secrecía el que su paciente se encuentra infectado por el virus del VIH/SIDA y b) por el sentido de preservar la vida humana saben que aquellas

personas que mantienen un contacto íntimo con el paciente infectado corren el peligro de ser infectados si no son advertidos a tiempo.

De este modo planteo la siguiente interrogante ¿es el derecho a la confidencialidad igual o superior al derecho a la vida?., es por lo cual, desde este momento, estimo oportuno establecer que la confidencialidad debe dejarse de lado solo cuando el paciente infectado no muestra su compromiso serio para evitar el contagio. Es así que el derecho a la confidencialidad que tenemos los pacientes termina cuando se ve amenazada la salud de otros.

Considero que este secreto debe olvidarse sólo cuando se trata de comunicárselo al esposo (a) y concubino (a) y no ante el resto de la sociedad por lo siguiente: ¿cuántas veces se encuentra contagiada una persona y por llevar una vida aparentemente normal no se lo comenta a su cónyuge, concubino (a) y/o pareja sexual y al poco tiempo los dos se encuentran infectados y fallecen?. Esto no tendría mayor problema, salvo el que significa perder dos vidas, si no procrearon hijos, pero lo peor se presenta cuando si existen hijos ya que esto implica la desaparición de una parte importante de la familia, la desintegración familiar, el desamparo de los hijos, en fin muchas mas interrogantes quedan al aire y obligan a recapacitar de nuevo acerca de del derecho a la confidencialidad en estos casos.

No es mi intención parecer indolente ante el sufrimiento de las personas contagiadas con el virus del VIH/SIDA al ser sujetos de discriminación, pues para evitar esta práctica diaria es indispensable no cerrarnos a la idea de que esta epidemia forma parte de nuestra vida diaria y sobre todo que nadie esta exento de adquirirla, mientras no se encuentre cura contra este mal debemos aprender a vivir con él y lograremos esto únicamente si la sociedad se encuentra informada

sobre las formas de contagio, ya que su desconocimiento crea la marginación y la humillación.

Como ya se dijo, se analizará si la redacción actual del artículo 159 es clara, de lo contrario propondríamos una nueva que permita evitar la evasión de la justicia.

María de la Paz Chavarría Vargas.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS NACIONALES Y EXTRANJEROS.

1.1 Código Penal de 1929 para el Distrito y Territorios Federales.

El primer antecedente nacional del delito de Peligro de Contagio se encuentra en el Código Penal de 1929, el cual fue creado mediante decreto de fecha 30 de enero de 1929, publicado en el Diario Oficial de la Federación el sábado 09 de Febrero del mismo año, por el que se autoriza al Poder Ejecutivo reformar, entre otros, los Códigos penal y de Procedimientos Penales. Es así que el 05 de octubre de 1929 se publica en el Diario Oficial el “Código Penal para el Distrito y Territorios Federales”, bajo el Título Séptimo, denominado “De los delitos contra la salud”, capítulo III “Del contagio sexual y del nutricio”. Siendo de esta manera la regulación en dicho Código:

Artículo 524. Toda persona que transmita a otra sífilis o una enfermedad venérea, será responsable en los términos de los artículos siguientes:

Artículo 525. Al que sabiéndose enfermo de sífilis o de un mal venéreo contagie a otro, se le aplicará una sanción de segregación, según las circunstancias del caso, de uno a seis años, y multa de diez a cuarenta días de utilidad, sin perjuicio de reparar totalmente el daño causado.

Artículo 526. Cuando el contaminador no sepa que está enfermo o, por su ostensible rudeza, ignore las consecuencias del contagio, o cuando, por cualquier otro motivo se pruebe la falta de intención, se le condenará al pago de una multa de cinco a veinte días de utilidad y a la reparación del daño causado.

Artículo 527. La contaminación aceptada por la víctima no modificará el delito ni las sanciones de éste por lo que se refiere al contaminador. El contagiado quedará exento de toda sanción.

Artículo 528. Cuando la persona contagiada fuere uno de los cónyuges, solo podrá procederse a instancia de cónyuge contagiado o a petición de sus parientes consanguíneos en primer grado.

Artículo 529. La sífilis y las enfermedades venéreas serán de curación obligatoria. Los médicos están obligados a advertir al enfermo de sífilis, o de un mal venéreo, el carácter de contagioso de su enfermedad, las consecuencias legales si contagia a otra persona y la prohibición de contraer matrimonio mientras **exista el peligro de contagio**. La contravención a lo dispuesto en este artículo, se sancionara con multa de cinco a veinte días de utilidad. En caso de reincidencia, se duplicara la multa, y cuando el facultativo contravenga por tercera o más veces esta disposición, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión por un año cada vez que incurra en una nueva contravención, además de la multa duplicada que, en cada caso, pagará.

Artículo 530. Si una nodriza o ama sabe o sospecha que se encuentra atacada de sífilis, tuberculosis, blenorragia, oftalmia purulenta, tracoma, chancro blando, granuloma venéreo, lepra o tiña, no podrá amamantar al hijo de otra persona, a no ser que el niño de que se trate padezca la misma enfermedad.

Artículo 531. Los niños heredosifilíticos no podrán se amamantados por otra mujer que no sea la madre. Cuando ésta no pueda hacerlo, serán criados por alimentación artificial o amamantados por nodrizas ya sifilíticas, debiendo someterse éstas y el niño al tratamiento médico correspondiente.

Quando el niño padezca sífilis por contagio y la madre se encuentre sana, la alimentación será artificial o natural. En este último caso, el niño será amamantado por nodriza sifilítica, debiendo sujetarse ambos al tratamiento indicado.

Artículo 532. Si el niño estuviere sano y la madre enferma por contagio, la alimentación será artificial o por nodriza sana, pero la madre no podrá amamantar a su hijo.

Artículo 533. La contravención a lo dispuesto en los tres artículos anteriores, se sancionará, como delito intencional o como imprudencia punible, según los casos y de acuerdo con los artículos 527 y 528.

Se impondrá arresto o segregación hasta seis años:

Al que intencionalmente propague cualquiera otra enfermedad, sean cuales fueren los medios; y

Al que intencionalmente propague una epizootia entre los animales domésticos, o parásitos, o gérmenes peligrosos para los cultivos agrícolas o forestales.¹

Cabe destacar que aquí no se trata exactamente de un delito de peligro de contagio, ya que se requería para su configuración de un contagio efectivo vía transmisión sexual de sífilis o de otras enfermedades venéreas. Asimismo, se requería que la persona que contagiara a otra debía saberse enfermo de sífilis o de un mal venéreo, sin embargo cuando la persona ignoraba su padecimiento, las consecuencias del contagio o probaba que no había sido su intención era sancionado con el pago de una multa de cinco a veinte días de utilidad y a la reparación del daño causado.²

La persona que cometía este delito era segregada con una sanción que podía ir de uno a seis años y multa de diez a cuarenta días de utilidad. La segregación, de acuerdo con el artículo 105 del mismo código, consistía en la privación de la libertad por más de una año, sin que pudiera exceder de veinte, constaba de dos períodos: el primero consistía en la incomunicación parcial diurna e incomunicación nocturna; en el segundo período los reos que por su buena

¹ Díaz de León, Marco Antonio. **Historia del derecho Penal y Procesal Penal Mexicanos**, tomo II, Ed. Porrúa, México, 2006, p.961-962

² De conformidad con el artículo 84 del citado código, por concepto de **utilidad diaria** se entiende la cantidad que obtiene un individuo cada día por salarios, sueldos, rentas, intereses, emolumentos o por cualquier otro concepto.

conducta, demostrada con hechos positivos, debían salir del primer período de segregación, eran trasladados al departamento del segundo período. En este último departamento no habrá incomunicación y permanecían en éste lugar hasta que extinguieran su condena u obtuvieran su libertad preparatoria.

Asimismo, cabe precisar que aún y cuando una persona aceptara el contagio no se modificaba el delito ni la pena para el sujeto que lo contagio, por lo que respecta a la persona infectada no era sancionada. En caso de que el contagio se llevara a cabo entre cónyuges se procedía a instancia del cónyuge contagiado o de sus parientes consanguíneos en primer grado o como actualmente lo conocemos por querrela de parte ofendida.

Considero que el motivo para la creación de este delito fue el de proteger a la descendencia al existir una prohibición expresa para contraer matrimonio mientras existía el peligro de contagio. En este mismo sentido se establecen en los últimos artículos diferentes hipótesis sobre la forma de alimentación a menores sanos o con alguna enfermedad, siempre protegiendo al infante.

1.2 Código Penal de 1931 para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal, hoy Código Penal Federal.

En uso de las facultades que le fueron concedidas al poder Ejecutivo mediante decreto de fecha 02 de enero de 1931 se expidió éste Código, debiendo aclarar que en su publicación original no existe algún delito semejante con el del Código Penal de 1929 o en su caso alguno que tuviera coincidencia con el que ahora se analiza.

El 17 de septiembre de 1937 el entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Gral. Lázaro Cárdenas, presentó ante la Cámara de Diputados una iniciativa en la que proponía se reformara el título Séptimo de éste Código. Los motivos de esta reforma tenían que ver con la propagación de las enfermedades venéreas, mismas que se encontraban en estrecha relación con la práctica de la prostitución. Es así que en la iniciativa el entonces Presidente exponía lo siguiente:

“Es deber del Estado proteger la salud de los elementos sociales, y para ello debe, no sólo dictar las medidas de salubridad tendientes a conservar la salud de las personas sanas y a impedir que sean contaminadas por los enfermos peligrosos, sino expedir además todas aquellas disposiciones que permitan complementar y hacer efectiva la labor que en tal sentido desarrollan las autoridades sanitarias. Esas normas, más que restringir cualquier aspecto de las relaciones sociales de las personas, deben tender a crear el hábito de la precaución...

... Una necesidad de profilaxis social impone la obligación de considerar como delito el hecho de que las personas enfermas de ciertos padecimientos contagiosos expongan a otras, por las relaciones íntimas que con ellas lleven, al peligro de contraer los mismos males. ... pero el hecho de que una persona exponga a otra al contagio de una enfermedad grave y fácilmente transmisible, hasta ahora ha carecido de sanción...”.

“... Los contactos sexuales son una de las formas de contagio que mayores perjuicios acarrea a la colectividad, tanto por los graves efectos que generalmente ocasionan a los individuos las enfermedades así transmitidas, cuanto por la funesta influencia que muchas de esas enfermedades ejercen en el vigor y salud de las generaciones futuras ...”.

En virtud de las consideraciones anteriores, el Poder Ejecutivo elaboró la siguiente iniciativa:

“Artículo 1°. Se reforma el Título Séptimo del Libro Segundo del Código Penal, en los siguientes términos:

El Título llevará por rubro “Delitos contra la salud”, y los artículos que actualmente contiene dicho Título, formarán el Capítulo I, que se denominará “De la tenencia y tráfico de enervantes”.

Artículo 2°. Se agrega el Capítulo II, en los siguientes términos:

Capítulo II. “De los delitos de peligro de contagio e incitación a la prostitución.

“Artículo 199 bis 1. El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante o de una enfermedad grave y fácilmente transmisible, tenga cópula, amamante, o de cualquier manera directa ponga en peligro de contagio la salud de otro, será sancionado con prisión hasta de seis años y multa hasta de diez mil pesos.

Se presumirá el conocimiento de la dolencia, cuando el paciente presente lesiones o manifestaciones externas de enfermedad fácilmente perceptibles”. ...”³

El estudio y dictamen a este proyecto de reforma al Código Penal fue turnada a las Comisiones Unidas 2^a. de Justicia y de Salubridad. El 27 de abril de 1938 las citadas comisiones concluyeron de su estudio:

“...

...

La reforma contenida en el artículo 199 bis 1, que se refiere al castigo que se impone a las personas que ponen en peligro de contagio la salud de otra, está perfectamente justificado, ya que actualmente tales hechos carecen de sanción, y como en realidad esos hechos constituyen en sí un delito, nada más justo que así quede instituido en el Código Penal, en beneficio de las personas sanas.

...”⁴

³ Diario de debates de la H. Cámara de Diputados del martes 28 de septiembre de 1937, p. 137 - 138

⁴ *Op. Cit.*, miércoles 27 de abril de 1938, p. 2-5

Una vez expuestas las razones fue sometida la iniciativa a votación, siendo aprobada por mayoría de votos y pasó a la H. Cámara de Senadores para los efectos Constitucionales.

El 28 de Diciembre de 1939, en la H. Cámara de Senadores, se sometió a discusión el Dictamen de Reformas al Código Penal aprobado por la H. Cámara de Diputados, su estudio fue turnado a las Comisiones Unidas Segunda de Justicia y de Salubridad, encontrando algunas objeciones a dicho proyecto.

La primera observación hecha fue la amplitud en que se encontraba redactado el artículo, es decir, además de comprender la sífilis, los males venéreos incluye “cualquier otra enfermedad grave y fácilmente transmisible”, términos que consideraron vagos y generales. Por lo que señalaron al respecto:

“El concepto grave es lo contrario de benigno o leve, y técnicamente, dicen los médicos, no debe hablarse de enfermedades graves sino de enfermos graves, ya que, según la diversidad de organismos, una misma enfermedad puede o no poner en estado de gravedad a los pacientes ... el alcance tan amplio y general de la terminología empleada ocasionaría que infinidad de personas, principalmente las de clases pobres, tuvieran que ser enjuiciadas y severamente castigadas. Hay enfermedades en que la sola convivencia bajo un mismo techo constituye directo peligro de contagio...”⁵

Es por esto que las Comisiones propusieron que el delito se limitara a los males venéreos y a la sífilis, estimando necesario establecer que la exposición al contagio fuera motivada por relaciones sexuales, sustituyendo así el término “cópula” propuesto. Por lo que respecta a la pena de prisión planteado en el dictamen lo consideran excesivo, toda vez que el delito es solamente de peligro de contagio, por lo que proponen su reducción a tres años de prisión y multa de \$3,000.00 como máximo.

⁵ Diario de los debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos., XXXVII Legislatura, del 28 de diciembre de 1939, p 29

Asimismo estimaron que *“no tiene objeto establecer la presunción de conocimiento de la dolencia a que se refiere el segundo párrafo del artículo que se estudia, y además, que otros muchos hechos diversos de la presentación de lesiones o manifestaciones externas de la enfermedad constituyen también presunciones de indiscutible valor, tales como hallar en poder del infractor recetas de médico, substancias curativas, etc. ... Conviene establecer el requisito de querrela del ofendido cuando se trate de cónyuges, para prevenir así los fraudes, abusos y daños que pudieran ocasionarse en el seno de las familias...”*.

El delito 199 bis quedaría comprendido en el título Séptimo, capítulo II denominado “Del peligro de contagio”, cuya redacción aprobada por la H. Cámara de Senadores quedaría de la siguiente forma:

Artículo 199 bis.- El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

Cuando se trata de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido”.

Éste proyecto pasa a la Cámara de Diputados y el 29 de Diciembre de 1939 se someten a su discusión las observaciones hechas por la Cámara de Senadores, siendo aprobadas en lo general y en lo particular por unanimidad, pasando al Ejecutivo para los efectos de ley. Esta segunda reforma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación del 14 de febrero de 1940, para quedar como sigue:

“ARTICULO PRIMERO.- Se reforma el título séptimo del libro segundo del Código Penal, en los siguientes términos:

El título llevara por rubro “**Delitos Contra la Salud**”, y los artículos que actualmente contiene dicho título, formaran al Capítulo I, que se denominara “De la Tenencia y Tráfico de enervantes”. Se agrega el **Capítulo II** que se denominará “**Del peligro de contagio**”, con el siguiente artículo:

Artículo 199 bis.- El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

Cuando se trata de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido”.

El 17 de mayo de 1990 se presentó la Quincuagésima Primera iniciativa de reformas, adiciones y derogaciones a diversas disposiciones del Código Penal, entre las que destaca la correspondiente al artículo en estudio, motivando de esta manera dicha reforma:

“ Por otro lado, reconociendo la existencia de personas que de forma irresponsable tienen relaciones sexuales, sin importarles las enfermedades venéreas infectantes que poseen, se consideró preciso controlarlas a través de alternativas a la pena de prisión, propiciando que la Secretaría de Salud intervenga de inmediato con el fin de prevenir un cuadro epidémico”.

En esta iniciativa, se proponía que se reformara el primer párrafo, quedando el segundo como tercero del artículo 199-bis y se le adicionara el segundo párrafo, para quedar de la siguiente manera:

“Artículo 199-bis. El que sabiendo que esta enfermo de un mal venéreo en un período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado con

tratamiento en libertad y 20 días de multa, sin perjuicio de la pena que corresponda, si se causa el contagio.

El Ministerio Público deberá informar de inmediato a las autoridades, en los términos que establece la Ley General de Salud.

...”

Fue la Comisión de Justicia la encargada de elaborar el estudio y análisis correspondiente, por lo que en la sesión del 11 de julio de 1990 de la H. Cámara de Diputados se presentó el dictamen de primera lectura y en cuyo proyecto de decreto se hacia la siguiente propuesta:

“...

Artículo 199-bis. 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 40 días multa.

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

El servidor público que en virtud de su encargo tenga noticias del hecho, deberá dar aviso de inmediato a las autoridades sanitarias, en los términos a que hace referencia la Ley General de Salud.

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

Como se puede observar, la diferencia entre la iniciativa y el proyecto de decreto consiste en que la Comisión de Justicia consideró conveniente conservar una pena privativa de libertad leve y facultaba a todo servidor público, que por su encargo tuviera conocimiento de estos casos, para de informar a la autoridad sanitaria. Asimismo, la Comisión estimó necesario no reducir el alcance del contagio al de las enfermedades venéreas por medio de relaciones sexuales, por

lo que tomó en cuenta que algunas enfermedades tienen períodos infectantes que pueden transmitirse por medios distintos a las de las relaciones sexuales y que constituyen conductas peligrosas para el contagio.

En la sesión celebrada el 12 de julio de 1990 se dispensa la segunda lectura al dictamen y se somete éste a su discusión en lo general, aprobándose por considerarlo suficientemente discutido.

Antes de entrar a la discusión en lo particular, la secretaría da lectura a un comunicado de la Comisión de Justicia, en el cual se menciona que en la reunión celebrada el 11 de julio acordaron modificar algunos artículos del dictamen, entre los que se encuentra el 199 bis, para quedar como sigue:

“Artículo 199 bis.- 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 multa.

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

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

Una vez discutido en lo particular fue aprobado el artículo 199-bis, por lo que el decreto que reforma y adiciona el Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal pasó a la H. Cámara de Senadores para los efectos constitucionales.

El 19 de Diciembre de 1990 se presentó en la Cámara de Senadores el dictamen de primera lectura del Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas

disposiciones del Código Penal hecho por las Comisiones Unidas de Justicia y de estudios Legislativos, primera sección; al entrar al estudio de la reforma al artículo 199 bis planteada por Cámara de Diputados, dicha Comisión puntualizó así:

“En virtud tanto de la existencia de enfermedades venéreas contagiosas, como de la aparición de enfermedades graves de carácter contagioso hasta hace poco desconocidas, que pueden cuasar trastornos a otros, es necesario que la legislación penal sancione a quien a sabiendas de su enfermedad ponga en peligro la salud de otra persona.

... Ahora bien, los daños a la salud pueden ser irreversibles y aún mortales, no solo pueden provocarse por relaciones sexuales, sino por otros medios, tales como transfusiones de sangre. Para esta eventualidad, se propone a quien conociendo su enfermedad, sea este venerea (sic) o no ponga en peligro de contagio –por cualquier medio transmisible- la salud de otro, se hará acreedor a pena privativa de la libertad de tres días a tres años, y multa hasta por cuarenta días. Si la enfermedad de que se trate es incurable, la pena será de seis meses a cinco años de prisión. Por otra parte, cuando el contagio se produzca entre cónyuges o personas que vivan en concubinato, solo se procederá contra el culpable por querrela del ofendido”.⁶

Este dictamen fue aprobado en la sesión celebrada el 20 de diciembre de 1990 y se pasó al Ejecutivo para los efectos constitucionales.

El Lunes 21 de enero de 1991 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Quincuagésima primera reforma al Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal para quedar como sigue:

“...

⁶ Diario de los debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, LIV Legislatura, del jueves 19 de diciembre de 1990.

Artículo 199 bis.- 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 multa.

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

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

1.3 Código Penal Italiano de 1930.

El Capítulo X, denominado “Delitos contra la integridad y la sanidad de la estirpe”, contempla delitos tales como el aborto en sus diversas formas, la impotencia procurada para evitar la procreación, la incitación a prácticas contra la procreación y el contagio de sífilis o de blenorragia.

El legislador italiano consideró que existen actividades delictuosas que no solamente afectan a la persona individual sino a su descendencia y decide adoptar el término estirpe para designar el objeto y características de esta clase de delitos.

Para Maggiore la palabra estirpe denota el origen de una persona y refiere que ésta es de uso raro, como en el caso del código, cuando quiere referirse a las generaciones presentes y futuras y a la continuidad histórica de una nación. Asimismo refiere que el término estirpe resulta inapropiado, toda vez que el código dirige sus mandatos y prohibiciones a todo el que se encuentre dentro del país, siendo o no italiano, de ahí que propone se les denomine “delitos contra la integridad y la prosperidad demográficas”.⁷

7 Maggiore, Giuseppe. **Derecho Penal. Parte especial. Delitos en particular**, vol IV, 3ª ed, Temis, 1989, p. 137-138.

El delito de contagio de sífilis o de blenorragia se encuentra comprendido en el artículo 554 de dicho Código y consiste en:

“El que, estando enfermo de sífilis y ocultando este estado, ejecute sobre alguno actos de tal índole que le ocasionen el peligro de contagio, será castigado, si el contagio se produjere, con reclusión de uno a tres años.

A la misma pena quedará sometido quien, estando enfermo de blenorragia y ocultando su estado, ejecutare sobre alguno los actos previstos por la disposición anterior, si el contagio ocurre y de él se deriva una lesión personal gravísima.

En ambos casos el culpable será castigado mediante querrela de la persona ofendida.

Si el culpable obró con el fin de ocasionar el contagio se aplicaran las disposiciones de los artículos 583, 584 y 585”.⁸

Asimismo Maggiore anota: *“Se imputa este delito a título de dolo (de peligro); es decir, bastan la conciencia y la voluntad de realizar sobre otra persona actos que puedan ocasionarle peligro de contagio, si se conoce el propio estado de enfermedad y se oculta. El resultado no debe ser querido, y queda a cargo del agente a título de responsabilidad objetiva. Si fuera querido, entraríamos en el terreno de la lesión voluntaria o del homicidio preterintencional (arts. 583, 584 y 585, último apartado)”*.⁹

El Código preveía que el delito podía ser cometido por *cualquier persona*, hombre o mujer, requiriendo que el sujeto activo estuviera infectado únicamente de sífilis o de blenorragia, si era portador de otro tipo de enfermedades venéreas se

⁸ Ranieri, Silvio., **Manual de Derecho Penal**, tomo V, ed. Temis, 1975, pp 216 y 217

⁹ Maggiore, *Op. Cit.*, pp. 163-164, 167.

sancionaba conforme a las disposiciones correspondientes a las lesiones dolosas o culposas.

Debiéndose ejecutar *sobre* el sujeto pasivo actos que le ocasionen el peligro de contagio, es decir, todos los movimientos corpóreos capaces de inocular el contagio, tales actos comprenden los de carácter sexual y los extra sexuales, siempre y cuando recaigan sobre otra persona, por ejemplo al lactar a un infante y los besos.

Estos actos debían ser *directos e inmediatos*, por lo que debían implicar un contacto entre el sujeto pasivo y el activo. Debiendo excluir, para efectos de este artículo, el contagio adquirido mediante objetos o utensilios domésticos, el hereditario y el indirecto (cuando se contagia a una tercera persona).

Se requería además que el sujeto activo *ocultara* al pasivo su estado de infección sifilítica o blenorragica, bastando para ello el simple silencio de su padecer. Si no existía el ocultamiento por parte del activo y el desconocimiento del pasivo no habría delito.

Además se necesitaba el consentimiento del sujeto pasivo para que se realizaran sobre su persona los actos descritos, siempre y cuando se ocultara el padecimiento y como resultado se produjera el *contagio*. Para su consumación bastaba en el caso de la sífilis únicamente el contagio sifilítico, por lo que respecta a la blenorragia, cuando se verifica la lesión personal gravísima que le sigue al contagio blenorragico.

Es así que únicamente se requería del sujeto activo su *voluntad* de ocultar su estado patológico y *de ejecutar los actos, con la conciencia* de que expone al peligro a una persona.

La comisión de este delito era *sancionado* con una pena de uno a tres años de reclusión y únicamente se *procedía* por *querrela* de parte ofendida.

En la exposición de motivos sobre el proyecto definitivo consideraron “*no habría sido prudente, ni políticamente oportuno, castigar el solo hecho de exponer a peligro, es decir, la tentativa*”¹⁰

No hay disposición para el caso de que el sujeto pasivo muriera, tal y como lo apunta Silvio Ranieri: “*Además, si la persona contagiada muere, el resultado mortal no esta previsto por el legislador, por haber considerado este que la sífilis y la blenorragia no son por si mismas causas inmediatas y directas de la muerte. Por consiguiente, no puede aplicarse el artículo 586. Pero la muerte podría ser imputada, si fuera atribuible a otra causa.*”¹¹

1.4 Código Penal Argentino.

En el Título VII, denominado “Delitos contra la seguridad pública” del Código Penal Argentino se encuentra el artículo 202 que establece:

“Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años, el que propagare una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas”.¹²

En términos generales éste artículo regula la propagación de una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas, por lo que de su lectura se desprende

¹⁰ *Ibid.* p 167

¹¹ Ranieri, Silvio, *Op. Cit* pp 219

¹² Código Penal Argentino consultado en la pagina <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/codigo-penal-argentina.html> el 08 de febrero de 2007, siendo las 12:37 horas.

que no basta el simple contagio a una persona para que se configure el delito, sino que es necesario se cometa en contra de diversos sujetos; teniéndose por *consumado* al momento de *producirse* el daño.

Por lo que respecta a los medios de propagación de la enfermedad la ley no dispone que deba de contagiarse por una forma específica. Asimismo, tal y como se desprende de la lectura de dicho artículo, se debe tratar de una enfermedad con la característica de ser *peligrosa y contagiosa para las personas*, pudiendo llevar a cabo la conducta cualquier persona, por lo que el dolo debe comprender el *conocimiento* del padecimiento de la enfermedad y la *voluntad* de propagarla.

Ahora bien, en el artículo 18 de la ley N° 12.331, denominada Profilaxis Antivenérea, se castiga el contagio venéreo al establecer:

“Art. 18.- Será reprimido con la pena establecida en el art. 202 del Código Penal, quien, sabiéndose afectado de una enfermedad venérea transmisible, la contagia a otra persona”.

Aquí también se requiere el contagio y el conocimiento, por parte del sujeto activo, de que padece una enfermedad venérea transmisible en período de contagio para que se tenga por consumado el delito. Aún y cuando debiera suponerse que el contagio debe realizarse por medio de relaciones sexuales, la ley no delimita los vías de contagio, pudiendo pensar que lo deja abierto para el caso de las relaciones nutricias.

Asimismo, es importante agregar que en los artículos 7 y 9 de la ley 12.331 se establece la obligatoriedad del tratamiento e internación, en el artículo 10 se prevé la obligación de los médicos de denunciar ante las autoridades la fuente del contagio¹³.

13 Citados por Patitó Jose Angel, Medicina Legal, 2ª edición, ed. Centro Norte, Argentina, 2001 pp. 331-332

Ahora bien, el artículo 203 del Código Penal establece lo siguiente:

“Cuando alguno de los hechos previstos en los tres artículos anteriores fuere cometido por imprudencia o negligencia o por impericia en el propio arte o profesión o por inobservancia de los reglamentos u ordenanzas, se impondrá multa de dos mil quinientos a treinta mil pesos, si no resultare enfermedad o muerte de alguna persona y prisión de seis meses a cinco años si resultare enfermedad o muerte”.

Fontán Balestra al respecto comenta: *“Apenas si es necesario aclarar que las exigencias subjetivas que hemos visto en los artículos 201 y 202, no rigen para las formas culposas, con las que son conceptualmente incompatibles. El artículo determina pena de multa para los casos en que del hecho solo resulte peligro para las personas, y de prisión si se produce la enfermedad o muerte. La multa no resulta aplicable a la hipótesis del artículo 202, descripta (sic) como una figura de daño, cuya objetividad consiste en propagar una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas”*.¹⁴

1.5 Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

El 28 de noviembre de 2000, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) presentó ante el pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal su iniciativa de Código Penal para el Distrito Federal, refiriéndose en la exposición de motivos

“**Artículo 7** Toda persona que padezca enfermedad venérea en período contagioso, está obligado a hacerse tratar por un médico ya privadamente ya en un establecimiento público. Los padres o tutores de un menor que padezca enfermedad venérea están obligados a cuidar el tratamiento de su hijo o pupilo”.

“**Artículo 9.** Las autoridades sanitarias podrán decretar la hospitalización forzosa para todo individuo contagioso que, agotados los recursos persuasivos no se someta con regularidad a la cura, y para aquellos cuyo tratamiento ambulante durante la fase de máximo contagio pueda constituir un peligro social.”

“**Artículo 10.** El médico procurara informarse a los efectos exclusivamente sanitarios de la fuente del contagio, transmitiendo a las autoridades sanitarias las noticias que este orden pudieran interesar a aquellas”.

¹⁴ Fontán Balestra, Carlos. **Tratado de Derecho Penal**, tomo VI, 2ª ed. Abeledo Perrot, Argentina, 1980, p 396

únicamente al delito en estudio de la siguiente manera: “*Por último, en el artículo 163 se establece la figura del peligro de contagio*”.¹⁵

El artículo 163 de la referida iniciativa, consideraba así el peligro de contagio:

LIBRO SEGUNDO
TITULO PRIMERO
DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL.

CAPITULO IX
Del peligro de contagio

Artículo 163. Al que sabiendo que padece una enfermedad grave, en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, siempre y cuando la víctima u ofendido no tenga conocimiento de esa circunstancia, se le impondrá prisión de tres meses a tres años y hasta cuarenta días multa.

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

Cuando se trate de cónyuges, concubinas o concubinarios, sólo se procederá por querrela de la víctima u ofendido.¹⁶

El 30 de noviembre de ese mismo año, el Partido Acción Nacional, expuso su iniciativa de un nuevo Código Penal para el Distrito Federal, sin hacer consideración alguna respecto a este delito en la exposición de motivos, sin embargo si fue contemplado en el artículo 138, correspondiente al Libro Segundo.

¹⁵ **Diario de los debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal**, 28 de noviembre de 2000, numero 28, p. 15

¹⁶ *Op. Cit.*, p. 41

Parte Especial; Sección Primera. Delitos contra las personas; Título Primero. Delitos contra la vida y la salud de las personas, Capítulo VII Delitos de peligro para la vida y la salud de las personas:

Artículo 138.- Al que padeciendo alguna enfermedad grave y transmisible ponga por cualquier medio en peligro la salud de otro violando un deber de cuidado se le impondrá de seis meses a tres años de prisión y multa de diez a cincuenta días, en ambos casos se aplicará tratamiento curativo obligatorio en institución adecuada.¹⁷

Estas fueron las únicas iniciativas que contemplaron este delito. Para el 30 de abril de 2002, fue presentado en el pleno de la Asamblea Legislativa el “Proyecto de Decreto que contiene el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal”, por los Diputados integrantes de la Comisión de Administración y Procuración de Justicia de la Segunda Legislatura, quienes manifestaron en la parte conducente de la exposición de motivos: *“Peligro de contagio; a quien con conocimiento de que padece alguna enfermedad grave, trasmisible y en período infectante (sic), por medio de relaciones sexuales u otro medio ponga en peligro de contagio la salud de otra persona será sancionado, si la víctima desconoce tal circunstancia, dicha conducta se agravará si dicha enfermedad sea incurable”*.¹⁸

Dicho proyecto fue votado en la misma sesión, sin que se hicieran observaciones relativas al artículo 159, por lo cual paso al Ejecutivo local para los efectos de ley correspondientes. Fue publicado en el la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de julio de 2002, para quedar como sigue:

¹⁷ **Diario de los debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal**, 30 de noviembre de 2000, numero 3, p. 49

¹⁸ *Op. Cit*, 30 de abril de 2002, numero 17, p. 109

TITULO TERCERO

DELITOS DE PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LAS PERSONAS CAPITULO II

PELIGRO DE CONTAGIO

Artículo 159. Al que sabiendo que padece una enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, siempre y cuando la víctima no tenga conocimiento de esa circunstancia, se le impondrán prisión de tres meses a tres años y de cincuenta a trescientos días multa.

Si la enfermedad padecida fuera incurable, se impondrán prisión de tres meses a diez años y de quinientos a dos mil días multa. Este delito se perseguirá por querrela de la víctima u ofendido.

Cabe mencionar que el 28 de abril de 2005 se presentó ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal una iniciativa en la que se propuso reformar la denominación del llamado Nuevo Código Penal para el Distrito Federal. El argumento radicó en la necesidad que había tenido el legislador de ponerle el adjetivo “Nuevo” para diferenciarlo del ordenamiento penal que sería abrogado. Exactamente un año después, fue votada y aprobada dicha iniciativa en el pleno del Órgano Legislativo local.

El 09 de junio de 2006 fue publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el “Decreto de Reformas al Nuevo Código Penal para el Distrito Federal”, quedando de la siguiente manera:

ARTÍCULO PRIMERO.- Se modifica la denominación del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

...

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal

...

TERCERO. En todos los ordenamientos legales a que se haga referencia al Nuevo Código Penal para el Distrito Federal se entenderá al Código Penal para el Distrito Federal.

CAPITULO II

LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.

2.1 Concepto y clasificación.

Es necesario distinguir entre los términos enfermedad, infección y enfermedades venéreas, para tal fin es conveniente hacer notar lo siguiente: *“Durante muchos años se les denominó enfermedades venéreas a estas infecciones, haciendo alusión a la Venus que representaba la belleza femenina, pero surgió un grupo que estaba en desacuerdo con ese término, que sólo reflejaba “machismo”, por lo que les cambiaron el nombre al de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Pero a partir de la década de 1990, por acuerdo internacional, ha cambiado el nombre a infecciones de transmisión sexual (ITS), argumentándose que el término enfermedades era inadecuado porque la palabra enfermedad engloba una serie de signos y síntomas, y no en todos los casos existe un cuadro de este tipo, es decir, hay personas infectadas que, sin tener signos ni síntomas (estado de portador asintomático), continúan transmitiendo la infección. Es por ello que el término aceptado en la actualidad a nivel internacional es el de infecciones de transmisión sexual”.*¹

Por **infección** se entiende a la penetración y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de personas o animales. Puede dar manifestaciones (enfermedad infecciosa) o no darlas (infección no manifiesta).

Para Gerardo Casanova Román *“el término Infecciones de transmisión Sexual (ITS) incluye no sólo a las personas que padecen la enfermedad, sino a las que*

¹ Casanova Román, Gerardo, et al. . **Infecciones de transmisión sexual**. 1ª edición, Alfil, México, 2004, pp 3-4

*son portadoras de un agente infeccioso, que padecen enfermedades asintomáticas o que se encuentran colonizadas por un microorganismo potencialmente capaz de provocar una enfermedad. Este término toma en cuenta agentes con períodos de incubación largos y a los que tienen la propiedad de mantenerse latentes en el huésped, que son, aún así, transmisibles por vía sexual”.*²

En la NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, no existe definición sobre lo que se debe entender por Infección de Transmisión Sexual (ITS), sin embargo las clasifica en cuatro grupos: **1)** para fines de registro y vigilancia epidemiológica, **2)** para fines de aplicación clínica, **3)** ITS prevenibles por vacunación y **4)** Ectoparásitos.

Al primer grupo corresponden las ***infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual***, entre las que se encuentran:

1.1 Sífilis congénita.

- 1.1.1 Sífilis congénita precoz, sintomática.
- 1.1.2 Sífilis congénita precoz, latente.
- 1.1.3 Sífilis congénita precoz, sin otra especificación.
- 1.1.4 Oculopatía sifilítica congénita tardía.
- 1.1.5 Neurosífilis congénita tardía (neurosífilis juvenil).
- 1.1.6 Otras formas de sífilis tardía, sintomática.
- 1.1.7 Sífilis congénita tardía, latente.
- 1.1.8 Sífilis congénita tardía, sin otra especificación.
- 1.1.9 Sífilis congénita, sin otra especificación.

1.2 Sífilis precoz.

- 1.2.1 Sífilis genital primaria
- 1.2.2 Sífilis primara anal.
- 1.2.3 Sífilis primara en otros sitios.

² Op. Cit. pp. 18-19

- 1.2.4 Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas.
- 1.2.5 Otras sífilis secundarias.
- 1.2.6 Sífilis precoz, latente.
- 1.2.7 Sífilis precoz, sin otra especificación.

1.3 Sífilis tardía.

- 1.3.1 Sífilis cardiovascular.
- 1.3.2 Neurosífilis sintomática.
- 1.3.3 Neurosífilis asintomática.
- 1.3.4 Neurosífilis no especificada.
- 1.3.5 Otras sífilis tardías sintomáticas.
- 1.3.6 Sífilis tardía latente.
- 1.3.7 Sífilis tardía, no especificada.

1.4 Otras sífilis y las no especificadas.

- 1.4.1 Sífilis latente, no especificada como precoz o tardía.
- 1.4.2 Sífilis, no especificada.

1.5 Infección gonocócica.

- 1.5.1 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria.
- 1.5.2 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral y de glándulas accesorias.
- 1.5.3 Pelviperitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias.
- 1.5.4 Infección gonocócica del ojo.
- 1.5.5 Infección gonocócica del sistema osteomuscular.
- 1.5.6 Faringitis gonocócica.
- 1.5.7 Infección gonocócica del ano y del recto.
- 1.5.8 Otras infecciones gonocócicas.
- 1.5.9 Infección gonocócica no especificada.

- 1.6 Linfogramuloma (venéreo) por clamidias.
- 1.7 Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias.
 - 1.7.1 Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias.
 - 1.7.2 Infección del pelviperitoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias.
 - 1.7.3 Infecciones del tracto genitourinario inferior debidas a clamidias, sin otra especificación.
 - 1.7.4 Infección del ano y del recto debida a clamidias.
 - 1.7.5 Infección de faringe debida a clamidias.
 - 1.7.6 Infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias.
- 1.8 Chancro blando.
- 1.9 Granuloma inguinal.
- 1.10 Tricomoniasis.
 - 1.9.1 Tricomoniasis urogenital.
 - 1.9.2 Tricomoniasis de otros sitios.
 - 1.9.3 Tricomoniasis, no especificada.
- 1.11 Infección anogenital debida a virus del herpes (herpes simple).
 - 1.11.1 Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes (herpes simple).
 - 1.11.2 Infección de piel perianal y recto por virus de herpes simple.
 - 1.11.3 Infección anogenital por virus del herpes simple, sin otra especificación.
- 1.12 Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte.

1.13 Verrugas (venéreas) anogenitales.

1.14 Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, especificadas.

1.15 Enfermedad de transmisión sexual no especificada.

En el **segundo grupo** encontramos las siguientes:

2.1. Enfermedades caracterizadas **inicialmente por úlceras genitales**.

2.1.1 Chancroide

2.1.2 Infección genital por virus de Herpes Simples.

2.1.3 Granuloma Inguinal.

2.1.4 Linfogranuloma Venéreo.

2.1.5 Sífilis.

2.2 Enfermedades **caracterizadas por uretritis y cervicitis**.

2.2.1 Uretritis gonocócica.

2.2.2 Uretritis no gonocócica.

2.2.2.1 Cervicitis mucopurulenta.

2.2.2.2 Infección por *Chlamydia trachomatis*.

2.2.2.3 Infección por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*.

2.3 Enfermedades **caracterizadas por flujo vaginal**.

2.3.1 La etiología de la vaginosis bacteriana y la candidiasis urogenital no están consideradas como ITS; sin embargo, por ser las causas más frecuentes de flujo vaginal que requieren de tratamiento médico, se incluyen en este apartado. Pueden ser indicadores de otros problemas de salud y sólo en algunos casos de vaginosis bacteriana se establece la transmisión sexual.

2.3.2 Tricomoniasis.

2.4. Enfermedad pélvica inflamatoria (**EPI**).

2.5. Infección por el virus del papiloma humano (**VPH**).

Al tercer grupo corresponden las **ITS prevenibles por vacunación** y comprenden:

3.1 Virus de la hepatitis A (VHA).

3.2. Virus de la Hepatitis B (VHB).

El cuarto grupo lo conforman los **Ectoparásitos**.

4.1 Escabiasis.

4.2 Amibiasis genital.

4.3 Pediculosis pubis.

2.2 Generalidades de las Infecciones de Transmisión Sexual.

En este apartado se abordarán algunas de las infecciones de transmisión sexual consideradas en la NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, describiendo brevemente cada una de éstas, su modo de transmisión, incubación y su período de transmisibilidad.

Nombre: **SÍFILIS.**

Descripción: Treponematosis aguda y crónica que desde el punto de vista clínico se caracteriza por una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y las mucosas, largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras y el sistema nervioso central y cardiovascular. La lesión primaria (chancro) aparece unas tres semanas después de la exposición, en la forma de una úlcera indolora e indurada, con exudado seroso, en el sitio de la invasión inicial. Antes de la lesión inicial se produce invasión del torrente

sanguíneo, que suele ser seguida por la presencia de un ganglio linfático satélite, firme y no fluctuante (bubón).

Puede haber infección sin la presencia manifiesta de un chancro externo, es decir, este puede localizarse en el recto o en el cuello uterino. Después de 4 a 6 semanas, aún sin tratamiento específico, el chancro comienza a mostrar involución; en la mayoría de los casos aparece una erupción secundaria generalizada, a menudo con síntomas generales leves. Las manifestaciones secundarias ceden de manera espontánea en el término de varias semanas a 12 meses; todos los casos no tratados evolucionan a una infección latente que dura desde algunas semanas hasta varios años. En las primeras etapas, rara vez se produce la muerte o una incapacidad grave; las manifestaciones tardías acortan la vida, deterioran la salud y limitan la productividad de la persona

La Infección fetal ocasiona **sífilis congénita**, y se produce con gran frecuencia en las infecciones tempranas no tratadas de las mujeres embarazadas. A menudo ocasiona aborto o muerte fetal, y puede causar la muerte del lactante por parto prematuro y bajo peso al nacer, o por enfermedad generalizada. La enfermedad congénita puede producir manifestaciones tardías, con afección del sistema nervioso central y, a veces, estigmas tales como dientes de Hutchinson (incisivos pequeños, grisáceos y muy separados), nariz en silla de montar, tibias en sable y sordera. La sífilis congénita puede ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida.

Modo de transmisión: Por contacto directo durante la relación sexual con los exudados infecciosos de lesiones tempranas húmedas, evidentes u ocultas, de la piel y las mucosas; la exposición casi siempre tiene lugar durante el acto sexual oral, anal o vaginal.

En raras ocasiones se trasmite al besar o acariciar a niños con sífilis congénita temprana. La infección transplacentaria del feto se produce durante el embarazo en una mujer infectada.

La sífilis puede transmitirse por transfusión de sangre, si el donante está en fases iniciales. Es extraordinariamente raro el contagio por contacto con objetos contaminados.

Incubación: de 10 días a 3 meses, por lo común tres semanas.

Período de transmisibilidad: Es transmisible mientras están presentes las lesiones mucocutáneas húmedas de la sífilis primaria y secundaria. La distinción entre las etapas primaria y secundaria de la enfermedad, que son infecciosas, y los inicios de la etapa latente, no infecciosa, es algo arbitraria en lo tocante a la transmisibilidad, ya que las lesiones de las dos primeras pueden no ser evidentes en el individuo infectado. Las lesiones de la sífilis secundaria pueden recurrir, con frecuencia cada vez menor, durante un lapso de hasta cuatro años después de la infección, pero es raro que se transmita la infección después del primer año.

La transmisión materno-fetal de la sífilis es más probable durante la fase temprana de la enfermedad de la madre, pero puede producirse durante todo el período de la latencia. Los recién nacidos infectados pueden tener infecciones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto y que constituyen una fuente posible de infección.

Nombre: INFECCIÓN GONOCÓCICA (gonorrea, uretritis gonocócica, vulvovaginitis gonocócica, blenorragia, blenorrea).

Descripción: enfermedad bacteriana de transmisión sexual, limitada al epitelio cilíndrico y de transición, que difiere en hombres y mujeres en cuanto a su evolución, gravedad y facilidad para el diagnóstico. En los **hombres**, la infección gonocócica tiene como manifestaciones iniciales exudado purulento de la uretra anterior y disuria, en el término de 2 a 7 días después de la exposición. Un pequeño porcentaje de las infecciones gonocócicas en varones son asintomáticas.

En las **mujeres**, la infección va seguida por la aparición de cervicitis mucopurulenta que a menudo es asintomática, aunque algunas presentan secreción vaginal anormal y hemorragia vaginal después del coito. Las niñas prepúberes pueden contraer vulvovaginitis gonocócica por contacto genital directo con el exudado de personas infectadas, en casos de abuso sexual.

En los hombres homosexuales y en las mujeres son frecuentes las infecciones faríngeas y anorrectales. Éstas últimas, si bien suelen ser asintomáticas, pueden causar prurito, tenesmo y exudado purulento.

La conjuntivitis aparece en recién nacidos y rara vez en adultos, y puede causar ceguera si no se le trata en forma rápida y adecuada.

La uretritis no gonocócica y la cervicitis mucopurulenta no gonocócica también pueden ser causadas por otros agentes de transmisión sexual y dificultan considerablemente el diagnóstico clínico de gonorrea; los microorganismos que las causan a menudo coexisten con las infecciones gonocócicas.

Distribución: mundial, afecta tanto a hombres como a mujeres, y en particular a los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos. Su prevalencia máxima es en comunidades de nivel socioeconómico bajo. Las nuevas infecciones tienden a concentrarse en grupos de población de alto riesgo.

Modo de transmisión: por contacto con exudados de las mucosas de las personas infectadas, casi siempre como consecuencia de la actividad sexual. En los niños mayores de un año, se considera indicio de abuso sexual.

Incubación: Generalmente es de 2 a 7 días, y a veces más, cuando se presentan síntomas.

Período de transmisibilidad: puede durar meses si no se trata. El tratamiento eficaz interrumpe la transmisibilidad en cuestión de horas.

Nombre: LINFOGRANULOMA (VENÉREO) POR CLAMIDIAS.

Descripción: Infección de transmisión sexual por clamidias que comienza por una pequeña erosión, pápula, nódulo o lesión herpetiforme evanescente e indolora en el pene o en la vulva, a menudo inadvertida. Los ganglios linfáticos regionales presentan supuración, seguida por extensión del proceso inflamatorio a los tejidos contiguos. En el **varón** se observan bubones inguinales que pueden adherirse a la piel, mostrar fluctuación y llevar a la formación de fístulas. En la **mujer** es menos frecuente la afección de los ganglios inguinales; en cambio, se afectan los ganglios pélvicos, con extensión al recto y al tabique rectovaginal.

Por lo común se presentan fiebre, escalofríos, cefalea, artralgias y anorexia durante la fase de formación del bubón, quizá debidos a la diseminación sistémica de las clamidias. La enfermedad suele tener un curso prolongado y causar gran incapacidad, pero por lo regular no causa la muerte

Distribución: Mundial. La incidencia por edades es paralela a la actividad sexual. Se diagnostica menos comúnmente en las mujeres, quizá por la frecuencia de infecciones asintomáticas en ellas.

Modo de transmisión: Por contacto directo con las lesiones abiertas de personas infectadas, por lo regular durante el acto sexual.

Incubación: variable, con límites de 3 a 30 días para la lesión primaria; si el bubón es la primera manifestación, desde 10 a 30 días hasta varios meses.

Período de transmisibilidad: es variable, desde semanas hasta varios años, mientras existan las lesiones activas.

Nombre: INFECCIONES GENITALES POR CLAMIDIAS.

Descripción: Infección genital de transmisión sexual que se manifiesta en los hombres fundamentalmente como uretritis, y en las mujeres, como infección del cuello uterino. Las manifestaciones clínicas de la uretritis son exudado mucopurulento en cantidad moderada o escasa, prurito uretral y ardor al orinar; a menudo, resulta difícil distinguir las de la gonorrea. Entre las posibles complicaciones o secuelas de la infecciones uretrales masculinas están la epididimitis, esterilidad y síndrome de Reiter.

En la mujer, el cuadro clínico puede ser similar a la de la gonorrea; la manifestación inicial suele ser el exudado endocervical mucopurulento, con edema, eritema y hemorragia endocervical de fácil aparición, causada por la aparición del epitelio cilíndrico endocervical. Entre las complicaciones y secuelas destaca la salpingitis, con el riesgo de esterilidad, embarazo ectópico o dolor pélvico crónico.

La infección durante el embarazo puede ocasionar rotura de las membranas y parto prematuro, así como infección conjuntival y neumonía en el recién nacido.

Modo de transmisión: contacto sexual

Incubación: no se encuentra definido, quizá sea de 7 a 14 días.

Período de transmisibilidad: se desconoce

Nombre: CHANCROIDE (CHANCRO BLANDO).

Descripción: Infección bacteriana aguda localizada en la región genital, que se caracteriza clínicamente por una o varias úlceras dolorosas y necrosantes en el sitio de la infección, acompañada a menudo de tumefacción dolorosa y supuración de los ganglios linfáticos en la región afectada. Las úlceras chancroides, al igual que otras úlceras genitales, se acompañan de un mayor riesgo de infección por el VIH.

Modo de transmisión: por contacto sexual directo con las secreciones de las lesiones abiertas y la pus de los bubones.

Incubación: de 3 a 5 días, pero puede llegar a 14 días.

Período de transmisibilidad: dura hasta que cicatrice el chancroide y el agente infeccioso persista en la lesión original o en las secreciones de los ganglios linfáticos regionales; si no se da tratamiento con antibióticos, esto puede tardar hasta varias semanas o meses. Los antibióticos eliminan *H. Ducreyi* y las lesiones curan en el término de 1 a 2 semanas.

Nombre: GRANULOMA INGUINAL.

Descripción: enfermedad bacteriana crónica de baja transmisibilidad que causa destrucción progresiva de la piel y las mucosas de los genitales externos y las regiones inguinal y anal. Uno o varios nódulos o pápulas indurados evolucionan hasta convertirse en una lesión granulomatosa exuberante, indolora, ulcerosa o cicatrizal, de diseminación lenta. Las lesiones por lo regular son granulomas de color rojo carnosos, no friables, que se extienden en sentido periférico, con bordes enrollados característicos, y a la larga forman tejido fibroso. Si no se trata, el proceso puede llevar a la destrucción extensa de los órganos genitales y diseminarse por autoinoculación a otras zonas del cuerpo.

Modo de transmisión: se piensa que por contacto directo con las lesiones durante la actividad sexual.

Incubación: se desconoce; probablemente sea de 1 a 16 semanas.

Período de transmisibilidad: se desconoce; probablemente mientras duren las lesiones abiertas en la piel o en las mucosas.

Nombre: TRICOMONIASIS.

Descripción: enfermedad común y persistente del aparato genitourinario, causada por un protozoo, que en las mujeres se caracteriza por vaginitis, a menudo con pequeñas petequias o lesiones hemorrágicas puntiformes con aspecto de “fresa”, y una secreción verde amarillenta profusa, poco espesa, espumosa y fétida. Puede causar uretritis o cistitis, pero a menudo es

asintomática; también puede ocasionar complicaciones obstétricas y facilitar la infección por el VIH.

En los hombres, el agente infeccioso invade la próstata, la uretra o las vesículas seminales; a menudo produce solo síntomas leves. La tricomoniasis suele coexistir con la gonorrea. En la mayoría de las mujeres que padece tricomoniasis también padecen una vaginosis bacteriana

Modo de transmisión: por contacto con las secreciones vaginales y uretrales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales.

Incubación: de 4 a 20 días, con un promedio de 7 días; muchas personas son portadoras asintomáticas durante años.

Período de transmisibilidad: mientras haya infección persistente, que puede durar varios años.

Nombre: HERPES SIMPLE.

Descripción: el herpes simple es una infección vírica caracterizada por una lesión primaria localizada, un período de latencia y la tendencia a la recidiva también localizada. El herpes genital, que suele deberse al VHS-2, afecta principalmente a los adultos y se transmite por contacto sexual. Se presentan infecciones primarias y recurrentes, con síntomas o sin ellos. En las mujeres, los sitios principales de afección primaria son el cuello uterino y la vulva; la enfermedad recurrente por lo general afecta a la vulva, la piel perineal, las piernas y los glúteos. En los hombres las lesiones aparecen en el glande o en el prepucio, así como en el ano y el recto de quienes tienen relaciones sexuales anales. En hombres y mujeres, la infección puede afectar zonas genitales o perineales, así como la boca, según las prácticas sexuales de los individuos.

Distribución: Mundial. La infección por el VHS-2 suele comenzar con la actividad sexual. La prevalencia es mayor en los grupos socioeconómicos más bajos y en las personas con múltiples compañeros sexuales.

Modo de transmisión: la transmisión del VHS-2 es por contacto sexual y puede transmitirse a diversas localizaciones por contactos oral-genital, oral-anal o anal-genital.

Incubación: de 2 a 12 días.

Período de transmisibilidad: el VHS puede aislarse durante dos semanas y a veces hasta por siete semanas, después de la estomatitis primaria o de las lesiones genitales primarias. Tanto las infecciones primarias como las recurrentes pueden ser asintomáticas. Después de unas u otras, el sujeto puede excretar el VHS intermitentemente por las mucosas durante años y tal vez toda la vida, en presencia de manifestaciones clínicas o sin ellas

Nombre: VERRUGAS (VENÉREAS) ANOGENITALES.

Descripción: Enfermedad vírica que se manifiesta por diversas lesiones en la piel y en las mucosas. Las verrugas venéreas (condiloma acuminado), excrecencias carnosas con aspecto de coliflor, que la mayoría de las veces aparecen en las zonas húmedas de los genitales y la región circundante, alrededor del ano y dentro del conducto anal, ocasionalmente se vuelve maligno.

Modo de transmisión: por contacto sexual

Incubación: de 2 a 3 meses, con límites de 1 a 20 meses.

Período de transmisibilidad: se desconoce, probablemente mientras persistan las lesiones visibles.

Susceptibilidad: son frecuentes en los adultos jóvenes sexualmente activos. La incidencia de verrugas aumenta en los pacientes inmunodeprimidos.³

Nombre: ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI).

Descripción: la EPI es un proceso patológico de origen infeccioso que afecta a las mujeres sexualmente activas, adolescentes principalmente, es el resultado del ascenso de microorganismos del tracto genital inferior hacia el útero, salpinges y órganos pélvicos.

Se presenta como una enfermedad de difícil diagnóstico por lo inespecífico del cuadro clínico, siendo que muchos de los casos se llegan a confundir con otras patologías. Existe una forma de presentación asintomática a la cual se le ha denominado EPI silente, es decir se detecta hasta que ya se han producido las secuelas.

Ésta ocurre cuando se vence a la principal barrera natural, que es el endocervix y el moco cervical que ahí se produce. De esta manera los microorganismos ascienden del tracto genital inferior a la cavidad endometrial a través del orificio cervical, llegando a las trompas de Falopio y zonas vecinas.

La EPI aguda produce problemas inmediatos, como son el absceso tuboovárico y la perihepatitis, pero las mas preocupantes son las secuelas a largo plazo, que

³ Heymman, David ed, **El control de las enfermedades transmisibles**, 18ª edición, OPS, 2005, pp. 56-57, 323-324, 352-354, 364-365, 367-370, 419-420, 587-590, 657-658, 706-707.

incluyen infertilidad, aumento en el riesgo de embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

Modo de transmisión: El problema es causado por bacterias responsables de las infecciones de transmisión sexual, en especial *N. Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, pero también por microorganismos de la flora vaginal.

Siendo la EPI una consecuencia de la infección cervicovaginal, al prevención y tratamiento adecuados y oportunos pueden evitar que se desarrolle esta complicación.⁴

Nombre: INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Descripción: La manifestación clínica más frecuente de la infección por VPH son las **verrugas genitales**, presentándose como crecimientos papilomatosos múltiples, bien delimitados, que pueden incluir el introito vaginal, vulva, periné, ano y cuello uterino. El VPH asociado con otros factores constituye una de las principales causas del cáncer cervical.

El tiempo que transcurre entre la infección inicial y la enfermedad clínica indica que pueden ser necesarios varios cofactores (alteraciones genéticas, efectos hormonales, tabaquismo, inflamación crónica y carencia de micronutrientes) para que se presente progresión de la enfermedad.

Modo de transmisión: la vía principal de transmisión es la sexual, por que los factores de riesgo están estrechamente relacionados con el comportamiento

⁴ Casanova Román, Gerardo, *op. Cit* pp. 247-261

sexual: número de compañeros sexuales e inicio de una actividad sexual a una edad temprana.

Las vacunas del VPH son una muestra de una nueva generación de ingeniería genética (que incluye una porción del virus causante de la enfermedad que no contenga genes con potencial oncogénico que puedan transformar proteínas virales). Las vacunas están orientadas a los tipos virales 16, 18, 31, 33 y 45, siendo necesario su reforzamiento cada 10 años.

Período de transmisibilidad: La detección del Virus del Papiloma Humano por el sistema inmune es lenta, comparada con otras infecciones virales del aparato genital; después de un período de latencia, se inicia la replicación del DNA viral en las capas superiores del epitelio, originando la descamación de células infectadas; en ausencia de la lisis celular y de exposición del genoma viral, se evade la respuesta inmune del huésped.⁵

Nombre: HEPATITIS VÍRICA.

Bajo el rubro de hepatitis víricas se agrupan varias infecciones diferentes; todas son fundamentalmente hepatotrópicas y presentan un cuadro clínico inicial similar, pero difieren en cuanto a su causa y en algunas características epidemiológicas, inmunológicas, clínicas e histopatológicas. Su prevención y control varían mucho.

Para considerar a los cuadros de hepatitis viral como una infección transmitida sexualmente, ésta debe contemplar el requisito epidemiológico de que su principal vía documentada de infección sea el contacto sexual, situación que en la actualidad, favorecida por el control de las transfusiones sanguíneas, así como por

⁵ *Ibid*, pp. 49-66.

la implementación de programas de vacunación, ha hecho que la Hepatitis B pase a formar parte de este grupo.

Nombre: HEPATITIS VIRAL B (HVB).

Descripción: Solamente una pequeña porción de las infecciones agudas por el virus de la Hepatitis B (VHB) puede reconocerse sobre bases clínicas. Cuando existen manifestaciones clínicas, el comienzo suele ser insidioso⁶, o con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vomito. El cuadro puede ser afebril o presentar febrícula. La gravedad va desde las formas asintomáticas, que se detectan solo mediante pruebas de función hepática, hasta casos fulminantes y mortales de necrosis hepática aguda. Asimismo se observa infección fulminante por el VHB en embarazadas y en los recién nacidos cuya madre está infectada. Después de una infección aguda por el VHB, el riesgo de padecer infección crónica por el propio virus varía en sentido inverso a la edad.

Distribución: Mundial; la enfermedad es endémica, con pocas variaciones estacionales. La exposición al VHB puede ser común en algunos grupos de alto riesgo, tales como las personas que se inyectan drogas, las personas que tienen relaciones heterosexuales con muchos compañeros, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los contactos en el hogar y compañeros sexuales de individuos infectados por el VHB, el personal sanitario y de seguridad pública que esta expuesto a la sangre en el desempeño de su trabajo, los pacientes sometidos a hemodiálisis y los presos

Modo de transmisión: las sustancias corporales por las que puede transmitirse el VHB son: sangre y sus derivados; líquido cefalorraquídeo; líquidos peritoneal, pleural, pericárdico y sinovial; líquido amniótico; semen y secreciones

⁶ De acuerdo con el Diccionario Enciclopédico Océano Uno, debemos entender por **insidioso**: a la enfermedad que, bajo apariencia benigna, oculta gravedad suma.

vaginales; así como cualquier otro líquido corporal que contenga sangre, tejidos y órganos no fijados.

La transmisión se produce por exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) y a través de las mucosas o los líquidos corporales infectantes. Dado que el VHB es estable en superficies ambientales durante siete días por lo menos, puede producirse su inoculación indirecta a través de objetos inanimados.

Los principales modos de transmisión del VHB son el contacto sexual o contacto en el hogar con una persona infectada, la transmisión perinatal de la madre al hijo, el uso de drogas inyectables y la exposición nosocomial. La transmisión sexual del varón infectado a la mujer es tres veces más eficaz que de la mujer al varón. El coito anal, ya sea penetrante o receptivo, se acompaña de un elevado riesgo de infección.

Incubación: por lo general es de 45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días.

Período de transmisibilidad: todas las personas con positividad al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B son potencialmente infectantes. Se ha demostrado que la sangre de voluntarios inoculados experimentalmente es infectante muchas semanas antes de que aparezcan los primeros síntomas y lo sigue siendo durante todo el curso clínico agudo de la enfermedad.

Nombre: HEPATITIS VIRAL C (HVC).

Descripción: Se presenta un cuadro de aparición insidiosa, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito que evoluciona con ictericia con menor frecuencia que la hepatitis B. La infección inicial puede ser asintomática o

presentar manifestaciones leves y un elevado porcentaje de enfermos presentan infección crónica. Alrededor de la mitad de las personas con infección crónica a la larga padecen cirrosis o cáncer del hígado.

Modo de transmisión: principalmente por vía parenteral. Se ha confirmado la transmisión sexual y materno-infantil.

Incubación: oscila entre dos semanas a seis meses; por lo común es de seis a nueve semanas. La infección crónica puede persistir hasta por veinte años antes de que se presenten cirrosis o hepatoma.

Período de transmisibilidad: entre una y varias semanas antes de que se manifiesten los primeros síntomas; en casi todas las personas puede alargarse por tiempo indefinido.

Nombre: HEPATITIS VIRAL DELTA (HVD).

Descripción: Cuadro de aparición repentina, con signos y síntomas similares a los de la hepatitis B; puede ser grave y siempre coexiste con una infección por el virus de la hepatitis B (VHB). La hepatitis delta puede presentarse como una infección concurrente aguda con el virus de la hepatitis B (coinfección), o como una sobreinfección en pacientes con infección crónica por el VHB.

Distribución: mundial, pero su prevalencia varía ampliamente. Se presenta en forma epidémica o endémica en grupos de población con alto riesgo de infección por el VHB, en hemofílicos, personas que se inyectan droga y personas que están en contacto frecuente con sangre.

Modo de transmisión: se piensa que es similar al del VHB: por exposición a sangre y líquidos corporales serosos infectados; por agujas y jeringas contaminadas; por hemoderivados contaminados y por transmisión sexual.

Incubación: aproximadamente de dos a ocho semanas.

Período de transmisibilidad: la sangre es potencialmente infectante durante todas las fases de la infección activa por el virus de la hepatitis delta.

Susceptibilidad: todas las personas susceptibles a la infección por el VHB o con hepatitis B crónica pueden infectarse con el VHD.

Nombre: ESCABIASIS.

Descripción: Infestación parasitaria de la piel causada por un ácaro cuya penetración es visible en forma de pápulas, vesículas o surcos lineales diminutos que contienen los ácaros y sus huevos. En los varones, las lesiones predominan cerca de los pliegues interdigitales en la cara anterior de las muñecas y los codos, en los pliegues axilares, la cintura, los muslos y los órganos genitales externos. En las mujeres a menudo afectan pezones, el abdomen y la porción inferior de los glúteos. El prurito es intenso, especialmente en la noche, pero las complicaciones se limitan a la infección secundaria de las lesiones por el rascado.

Modo de transmisión: La transferencia de los parásitos suele hacerse por contacto directo y prolongado con la piel infestada y también durante las relaciones sexuales. La transferencia de los ácaros a partir de la ropa interior y de cama solo se produce si la ropa fue contaminada en ese mismo momento por personas infestadas. Los ácaros pueden penetrar en la piel en dos minutos y medio.

Incubación: en las personas sin exposición previa al ácaro es de dos a seis semanas antes de la aparición del prurito. Las personas que ya han estado infestadas manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición.

Período de transmisibilidad: persiste mientras no se destruyan los ácaros y los huevos por las medidas terapéuticas.

Susceptibilidad: existe cierta resistencia; en las personas previamente infestadas, menos ácaros logran establecerse en comparación con quienes no han sufrido exposición previa, en tanto que las personas inmunológicamente deficientes son susceptibles a la superinfestación.

Nombre: AMIBIASIS GENITAL.

Descripción: Infección debida a un parásito protozoario que se presenta en dos formas: el quiste infeccioso, bastante resistente y el trofozoíto, mas frágil, que puede ser patógeno. En raros casos se ulcera la piel, casi siempre de la región perianal, por extensión directa a partir de lesiones intestinales o de abscesos hepáticos amibianos; en los homosexuales activos pueden presentarse lesiones en el pene.

Modo de transmisión: puede haber transmisión sexual por contacto oral-anal.

Incubación: de unos días a varios meses o años; por lo común, de dos a cuatro semanas.

Período de transmisibilidad: todo el lapso en que se expulsan quistes de *E. Histolytica*, que puede prolongarse por años.

Nombre: V.I.H. / SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

Descripción: Este término fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos, preocupados por la aparición en 1981, de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente de tales deficiencias inmunitarias. Mas adelante se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el término de semanas a meses después de contraer la infección por el virus, muchas personas presentan una afección aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Mas adelante pueden mantenerse asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las enfermedades oportunistas o cánceres ulteriores relacionados con el VIH guarda relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario.

La neumonía bacteriana es uno de los cuadros mas comunes de manifestación inicial del Sida. Las manifestaciones clínicas de infección por el VIH en los lactantes y en los niños de corta edad se superponen con el retraso del crecimiento, las inmunodeficiencias hereditarias y otros problemas de salud en la infancia.

En caso de no recibir tratamiento eficaz contra el virus, la tasa de letalidad del Sida es muy alta. En la actualidad se encuentra en el comercio con métodos serológicos para detectar anticuerpos contra el VIH. La prueba de tamizaje mas utilizada (enzimoinmunoanálisis o ELISA) es muy sensible y específica. Como

medio de confirmación pueden emplearse las inmunoelectrotransferencia (Western blot) o los anticuerpos fluorescentes. Hay otras pruebas para detectar la infección durante el período que transcurre después de contraerla y antes de la seroconversión.

La mayoría de las personas infectadas por el VIH producen anticuerpos detectables en el término de uno a tres meses de la infección. El Período silente entre la detección más temprana posible del virus y la seroconversión es breve (menos de dos semanas)

El Sida se debe tratar como una enfermedad crónica. El tratamiento antirretrovírico es complejo y se basa en una combinación de fármacos; si se usa solamente uno, aparecerá resistencia rápidamente. Los fármacos son tóxicos y el tratamiento debe tomarse de por vida. El cumplimiento estricto es fundamental para que el tratamiento sea eficaz, lo cual no constituye una curación, pero logra suprimir la replicación vírica.

Agente infeccioso: el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, un retrovirus. Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2, diferentes desde el punto de vista serológico y geográfico, pero con características epidemiológicas similares. La patogenicidad del VIH-2 puede ser menor que la del VIH-1. También muestran diferencias genotípicas y fenotípicas; la enfermedad por el VIH-2 tiene una evolución más lenta y la transmisión materno infantil es menor.

Distribución: El VIH-1 presenta una mayor prevalencia en todo el planeta

Modo de transmisión: transmisión de persona a persona por contacto sexual (heterosexual u homosexual) sin protección; por contacto de la piel excoriada o las mucosas con líquidos corporales, como sangre, líquido cefalorraquídeo o semen; por el uso de agujas y jeringas contaminadas por el virus, entre ellas las que comparten los usuarios de drogas intravenosas; por el

transplante de órganos y tejidos infectados por el VIH. La presencia de una infección de transmisión sexual concomitante, en particular de tipo ulceroso, puede facilitar la transmisión del VIH.

Por transfusión de sangre infectada o sus derivados, en general son importantes factores de riesgo, la inadecuada selección de donantes, la no detección del virus en los bancos de sangre y la probabilidad de la donación en el “**período de ventana**”. Éste período, también conocido como “**ventana serológica**” es de notable importancia epidemiológica y médico-legal, pues comprende el lapso durante el cual la serología para la detección de anticuerpos es aún negativa, existiendo la posibilidad de transmisión de la enfermedad por parte del sujeto infectado.

Los factores determinantes básicos de la transmisión sexual del VIH son las modalidades y la prevalencia de comportamientos de riesgo, tales como las relaciones sexuales sin protección, con varios compañeros sexuales.

El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo (transmisión materno-infantil) ya sea que se infecten por procesos placentarios durante el parto o bien, por medio de la leche materna.

Los portadores suelen ser asintomáticos; por tal razón, desconocen el riesgo que tienen de transmitir la enfermedad, lo mismo que sus posibles compañeros sexuales.

El virus también se puede encontrar en la saliva, lágrimas, orina y secreciones bronquiales, pero no se han presentado casos en los que la transmisión se haya llevado a cabo después del contacto con tales secreciones. Asimismo, la infección tampoco se ha transmitido por picaduras de insectos.

Incubación: es variable. El lapso desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables por lo general es de uno a tres meses. El intervalo observado desde la infección por el VIH hasta el diagnóstico de Sida varía desde menos de 1 año hasta 15 años o más. El Sida representa la expresión clínica final de la infección por el virus VIH.

Los adolescentes y adultos (hombres y mujeres) que se infectan en edad temprana evolucionan con mayor lentitud hasta la aparición del Sida que los infectados a mayor edad. La evolución de la enfermedad también puede variar un poco según el tipo de virus.

Período de transmisibilidad: no se conoce con precisión; comienza muy poco después de contraer la infección por el VIH y se cree que dura toda la vida. Se considera que la infecciosidad es alta durante los primeros meses; aumenta conforme se eleva la viremia, al empeorar el estado clínico y por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual. En las secreciones están presentes virus libres o unidos a las células; por tal razón, las enfermedades de transmisión sexual ulcerosas o inflamatorias constituyen un factor de riesgo.

Susceptibilidad: es general. La raza, el sexo y el embarazo al parecer no modifican la susceptibilidad a la infección por el VIH o Sida. La presencia de otras infecciones de transmisión sexual, en especial las de tipo ulcerosas, incrementa la susceptibilidad, al igual que el hecho de que los varones no estén circuncidados.

Las interacciones entre el VIH y otros agentes infecciosos han suscitado gran preocupación desde el punto de vista médico y de la salud pública. La principal interacción reconocida hasta la fecha es con la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Las personas con una infección tuberculosa latente que también estén infectadas por el VIH presentan tuberculosis manifiesta con mayor frecuencia. Otras interacciones adversas con la infección por el VIH son las

infecciones por neumococos, la salmonelosis no causada por *S. Typhi*, el paludismo por *P. falciparum* y la leishmaniasis visceral.⁷

El virus VIH tiene en su ciclo dos etapas: **la fase temprana**, que culmina con la integración del ADN proviral al genoma de la célula y **la fase tardía** que implica la transcripción del genoma viral y la generación de una progenie infecciosa.

Desde el momento en que se infecta el paciente, el VIH se replica en forma continua alcanzando para cada paciente un nivel de equilibrio que depende del tipo de cepa y del huésped que se mantiene constante durante períodos determinados , pero que varía con el tiempo según el estadio evolutivo de la infección en la que se distinguen los siguientes estadios:

a) **Estadio agudo o precoz o primoinfección o infección aguda de varias semanas de duración:** la evolución a partir del momento del contagio es relativamente independiente de la vía de transmisión aunque, si, tienen importancia la dosis infectante, la virulencia intrínseca de la cepa y la capacidad de respuesta del huésped. En esta fase el virus se disemina e invade muchos tejidos, sobre todo el sistema linfóide y el sistema nervioso. Las manifestaciones clínicas que se pueden presentar en esta fase y que llegan a durar 15 días son: fiebre, sudoración, artralgias , mialgias, linfadenopatías, odinofagia, anorexia, cefalea, erupción cutánea, diarrea, entre otras.

b) **Estadio intermedio o crónico:** este estadio dura varios años, la actividad proliferativa viral persiste y se alcanza un equilibrio dinámico. Durante esta fase los pacientes suelen ser asintomáticos, con o sin adenopatías. La probabilidad de que la infección progrese sobrepasa en los adultos el 50% y en niños el 80%, a los 7 a 10 años de haberse producido la infección.

⁷ Heymman, David ed, *Op, cit*, pp. 249-251, 333-337, 343-345, 346-348, 596-602.

c) **Estadio final o de crisis:** aquí se presenta un incremento de la actividad replicativa del virus, interpretándose que en esta fase el sistema inmunológico ha agotado su capacidad para destruir al virus e ir reponiendo los linfocitos CD 4. clínicamente hay una alteración del estado general, infecciones oportunistas, neoplasias, diciéndose entonces que el paciente tiene SIDA.⁸

La **NOM-010-SSA2-1993**, denominada “modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana” proporciona los lineamientos para considerar que una persona se encuentra “infectada por el VIH” o “Caso de SIDA”:

“**4.4.-** Con base a los estudios de laboratorio realizados, se considerará que la persona se encuentra “**infectado por el VIH**” o no, conforme a los siguientes criterios:

4.4.1.- Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo.

4.4.2.- No se considerara a la persona infectada, si:

a) Sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resulto positiva, o

b) Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero las pruebas suplementarias son negativas.

4.4.3.- En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria es indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y suplementaria) tres meses después.

4.5.- Se considerará que una persona es un “**caso de SIDA**”, cuando satisfaga la siguiente definición:

4.5.1.- Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH –ya que la prueba se realizó o sus resultados son indeterminados- y en ausencia de otra causa de inmunodepresión o inmunodeficiencia, los siguientes

⁸ Patito Jose Ángel. **El S.I.D.A. en medicina legal**, s.e, Ed. Centro norte, Argentina, pp. 33-34

diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar;
- Infección por Herpes simples, causante de úlcera mucocutánea de mas de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad;
- Infección por Citomegalovirus de un órgano interno, que no sea el hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con mas de un mes de edad;
- Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años; ...".⁹

2.3 Control y vigilancia epidemiológica.

De conformidad con la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica, se entiende por **control** a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad. Asimismo, por **vigilancia epidemiológica** al estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como de sus condicionantes, en la población.

En la referida NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, contemplan como medidas de control:

- Corroborar el diagnóstico de ITS mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.
- Para el manejo de las ITS los objetivos deben orientarse a establecer un diagnóstico correcto (sindromático y/o etiológico).
- Proporcionar un tratamiento específico, eficaz y oportuno, para curar y prevenir las complicaciones asociadas a las ITS.

⁹ NOM-010-SSA2-1993 "Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, consultada en la página [http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/nomssa/index/assoc/HASHef4c.dir/doc.pdf#search="NOM-010-SSA2-1993"](http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/nomssa/index/assoc/HASHef4c.dir/doc.pdf#search=)

- Disminuir el riesgo de transmisión del producto en el caso de mujeres embarazadas y, en su caso, establecer medidas de seguimiento y atención a productos potencialmente infectados.
- Tratamiento y notificación de los casos diagnosticados de acuerdo con las disposiciones que se establecen en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

Por lo que respecta a la vigilancia epidemiológica se establece que:

- Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) estarán sujetas a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria a la autoridad sanitaria mas cercana.
- En la vigilancia deben considerarse las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a: servicios de calidad, confidencialidad, privacidad, un trato equitativo y no discriminatorio.
- Independientemente de la información diaria, deben incluirse en la notificación semanal de las enfermedades transmisibles.
- El estudio, seguimiento y control de casos y contactos de pacientes con ITS, deben hacerse de acuerdo con lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, “Para la vigilancia epidemiológica”.
- La investigación de los casos índice y de los contactos, debe llevarse a cabo en las personas con diagnóstico de ITS comprobado, previo consentimiento de los pacientes, conservando la confidencialidad de la información.
- En caso de que el paciente sea mayor de edad se obtendrá la información y consentimiento directamente de él con la firma correspondiente o, en su caso, huella dactilar. En el caso de que la persona sea incapaz se podrá obtener la información y el consentimiento del padre, madre o tutor, en caso de la falta de éstos no se justificara la negación de la atención. Los adolescentes son una población vulnerable, por lo que se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento.

- El personal de salud y las instituciones encargadas de la atención del paciente con ITS, deben observar las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico, según lo establece la NOM-168-SSA1-1998, “Del expediente clínico”.

En la NOM-017-SSA-2-1994, se establece que la vigilancia epidemiológica es un sistema que recolecta la información sobre diversos eventos de interés médico epidemiológico, capaz de analizar la información y proporcionar un panorama sólido que permita iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. En ésta NOM se establecen los padecimientos y riesgos que están sujetos a notificación e investigación, así como la frecuencia con que éstas deben realizarse, de acuerdo con su trascendencia.

Para lograr con su cometido, las acciones de vigilancia epidemiológica se apoyan en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en el cual participan coordinadamente todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para realizar la vigilancia epidemiológica. El SINAVE tiene por objeto obtener conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables referentes al proceso salud-enfermedad en la población, a partir de la información que se genera en todos los servicios de salud, para ser utilizados en la planeación, capacitación, investigación y evaluación de los programas de prevención, control, eliminación, erradicación y en su caso tratamiento y rehabilitación.

El SINAVE clasifica los eventos de vigilancia de acuerdo a su magnitud y trascendencia en: **a)** generales (comprenden todos los incluidos en el SINAVE), **b)** especiales (son aquéllos para los cuales se cuenta con subsistemas especiales de vigilancia, por ser de alta prioridad) y **c)** emergentes (son los de nueva aparición en el país).

Asimismo, de acuerdo a la trascendencia e importancia de los padecimientos y eventos sujetos a vigilancia, la periodicidad para su notificación debe ser: **a)** inmediata, **b)** diaria, **c)** semanal, **d)** mensual, **e)** anual y **f)** diversa.

Las infecciones de transmisión sexual objeto de notificación inmediata son: sífilis congénita, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección por VIH. Esta notificación se debe realizar por la vía más rápida de que se disponga y la debe realizar la fuente de información a la Unidad de vigilancia y ésta a su vez al nivel inmediato superior y en forma directa y simultánea a la representación nacional del órgano normativo del SINAVE.

Independientemente de la información diaria, son objeto de notificación semanal, entre otros, los casos de:

- Infecciones de **transmisión sexual**: sífilis adquirida, sífilis congénita, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, seropositivos a virus de inmunodeficiencia humana, infección gonocócica de tracto genitourinario, candidiasis urogenital, chancro blando, herpes genital, linfogranuloma venéreo y tricomoniasis urogenital.
- Otras enfermedades transmitibles: hepatitis vírica A, hepatitis vírica B, otras hepatitis víricas.

Las acciones generales de vigilancia epidemiológica se complementan a través de la operación de **Subsistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica**, destinados **únicamente** para aquellos **padecimientos y riesgos potenciales a la salud**, que por su importancia y trascendencia requieren de información adicional y la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control. Son objeto de aplicación de subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica los padecimientos como: **a) Síndrome de inmunodeficiencia humana; b) Infección por virus de la inmunodeficiencia humana; y c) Sífilis congénita.**

La notificación de los casos y contactos de VIH/SIDA se deben entregar en sobre cerrado, con el sello de “confidencial”, dirigido al titular de la unidad de vigilancia, quien deberá manejar la información en forma confidencial y bajo su mas estricta responsabilidad, por lo que **no se comunicará a ninguna otra persona o autoridad** más que a las directamente responsables de la vigilancia.

Son objeto de estudio epidemiológico de Caso, los casos o defunciones, entre otras, por hepatitis virales, sífilis congénita, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, seropositivos a VIH. El estudio de caso implica la investigación del entorno clínico-epidemiológico, con apoyo de laboratorio cuando sea necesario, así como el llenado del formato Estudio Epidemiológico de Caso o los formularios correspondientes diseñados por el órgano normativo.

El estudio de brote es la investigación de los factores epidemiológicos de dos o más casos asociados en un área geográfica delimitada. El estudio de brotes debe incluir la investigación epidemiológica individual de casos y el llenado del formato de notificación de brote desde el seguimiento hasta la resolución del mismo.¹⁰

La Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA debe realizarlo el epidemiólogo de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico administrativo correspondiente, dicho seguimiento debe efectuarse cada año para los infectados por VIH y cada seis meses para los casos de SIDA. La investigación de las fuentes de infección y de los contactos, se llevara a cabo en los sujetos infectados por VIH comprobados y en los casos de SIDA, previo consentimiento del paciente, conservando la confidencialidad de la información, entre las acciones que comprende esta investigación se encuentran:

- Estudiar los contactos sexuales durante los cinco años previos a la fecha probable de infección. La vigilancia epidemiológica y seguimiento de los contactos sólo podrá realizarse con el consentimiento libre del paciente,

¹⁰ En la **NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica** se le denomina **caso** al individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación. A la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí se le denomina **brote**.

respetándose su voluntad de no proporcionar información. En caso de visitar el domicilio de un paciente para dar o solicitar algún tipo de información, no se mencionara a otra persona que no sea el paciente el diagnóstico de VIH/SIDA. Asimismo también se podrá apoyar al paciente para que él mismo informe a sus contactos, informar a los contactos con el consentimiento del paciente, pero preservando su identidad y evitar en la medida posible realizar visitas domiciliarias que pueden generar graves conflictos al afectado y a su familia.

- Estudiar a quienes le hayan donado o a quienes haya donado sangre, órganos, tejidos y células germinales, en los cinco años previos a la fecha probable de infección,
- Identificar a las personas con quienes hayan compartido el uso de agujas y jeringas en los cinco años previas a la fecha probable de infección;
- Estudiar a los hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad;
- En menores de 5 años deberá descartarse la transmisión perinatal del virus mediante investigación del estado serológico de la madre.

2.4 Formas de prevención.

La NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual establece las siguientes medidas de prevención:

Prevención primaria:

- La prevención de las ITS se debe llevar a cabo en toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de estas infecciones, además de llevar a cabo acciones mas específicas y frecuentes dirigidas a la población en general y, en particular, a poblaciones con practicas sexuales de riesgo vulnerables.

- Reducir la incidencia de la enfermedad través de la educación integral: sexual, reproductiva y promoción de la salud, orientando sus actividades a aumentar la autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de su salud.

Prevención secundaria debe estar dirigida a :

- Promover servicios de salud públicos y privados para el diagnóstico y tratamiento oportunos que eviten el desarrollo de secuelas de los pacientes con ITS.
- Promover servicios accesibles, aceptables y eficaces de asistencia, en los cuales se proporcione consejería, diagnóstico eficaz y oportuno a pacientes sintomáticos, asintomáticos y a sus parejas sexuales.
- Prestar servicios de prevención, consejería y asistencia de ITS en el contexto de la atención materno infantil, prenatal, de planificación familiar y detección oportuna de cáncer y en los servicios especializados de VIH/SIDA.
- Otorgar servicios de apoyo y consejería para pacientes y sus parejas, contactos y familiares tanto durante la fase de diagnóstico como de tratamiento, brindando información accesible, promoviendo la adherencia al tratamiento y las prácticas sexuales protegidas.

Además de las ya mencionadas podemos agregar las siguientes:

- Proporcionar educación sexual en la que se destaque la importancia de iniciar la actividad sexual hasta en tanto se alcance la madurez sexual.
- La educación para la salud a todos los niveles, alertando desde los riesgos que significan tener varios compañeros sexuales, concurrentes o consecutivos. Asimismo, informar que existe un aumento en el riesgo de infección por el VIH cuando se comparten utensilios para inyectarse drogas.

- Prevención y control de las ITS en los trabajadores sexuales y en sus clientes. Informar sobre la inconveniencia de las relaciones sexuales anónimas o fortuitas.
- Crear programas para la pronta detección de casos en los que se incluyan entrevistas con los pacientes, la investigación de los contactos y de la fuente de infección.
- Llevar a cabo la vigilancia serológica de los casos para descartar otras infecciones de transmisión sexual.
- Evitar el contacto sexual hasta que hayan cicatrizado todas las lesiones, dependiendo de la infección de transmisión sexual.
- La única forma absolutamente segura de evitar la infección por contacto sexual es la abstención o la práctica de relaciones sexuales mutuamente monógamas con una persona que no esté infectada. De lo contrario, es importante utilizar en forma correcta un preservativo o condón de látex cada vez que la persona tenga contacto sexual vaginal, anal u oral.
- Las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento son medidas importantes para crear conciencia sobre el estado de las personas (infectadas o no), fomentar los cambios en la conducta y diagnosticar la infección por el VIH.
- Todas las embarazadas deben recibir asesoramiento respecto a la infección por el VIH al inicio del embarazo, promoviendo que se sometan a una prueba de detección del VIH como parte de la atención prenatal.
- Examinar todas las unidades de sangre donada en busca de anticuerpos contra el VIH, utilizando únicamente aquella que muestre resultados negativos. Asimismo el semen, leche o huesos donados deben congelarse y almacenarse durante 3 a 6 meses antes de usarlos.
- Adoptar las “Precauciones Universales” al manipular, usar y desechar las agujas y otros instrumentos cortantes. Por lo que todas las personas que por razón de su trabajo estén en contacto directo con este tipo de instrumentos deberá utilizar guantes de látex, protectores oculares y otros dispositivos de protección personal para evitar el contacto con sangre o con

líquidos corporales. Estas precauciones deben adoptarse al atender a todos los enfermos y al efectuar todos los procedimientos de laboratorio.

- Realizar desinfecciones concurrentes del equipo contaminado con sangre, líquidos corporales, así como de las excreciones y secreciones visiblemente contaminadas con sangre y líquidos corporales.
- Los enfermos y sus compañeros sexuales deberán abstenerse de donar sangre, plasma, órganos para trasplante, tejidos, células, semen para inseminación artificial.
- Si no se cuenta con guantes de látex y la piel entra en contacto con sangre, es necesario lavarla lo antes posible. Se recomienda usar cubrebocas o mascarilla, visor y ropa protectora cuando se practiquen procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre o líquidos sanguinolentos.

2.5 Estadísticas.

Las estadísticas a analizar son las correspondientes al año 2006, en ellas se aprecia que dentro de las 20 principales causas de enfermedad en el Distrito Federal sólo se encuentra registrada la Candidiasis urogenital, sin que figuren infecciones de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano, sífilis, chancro, gonorrea, linfogranuloma venéreo y el VIH/SIDA. Asimismo, en tercer lugar se encuentran a las infecciones de vías urinarias, sin embargo éstas, en caso de ser mal diagnosticadas, pueden esconder una infección de transmisión sexual.

Si se comparan estas estadísticas con las correspondientes a las de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) del 2006, a nivel nacional podemos apreciar que existe una alta incidencia en infecciones como el virus del papiloma humano, sífilis adquirida y VIH/SIDA. Por otra parte, al analizar las defunciones y tasa de mortalidad por ITS del 2000 al 2005, existe un incremento importante año con año.

DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (INCLUYE VIH/SIDA) *
SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL Y AÑO DE REGISTRO DEL FALLECIDO, 2000-2005

ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL	AÑO DE REGISTRO DE LA DEFUNCIÓN											
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Def.	Tasa ^{1/}	Def.	Tasa ^{1/}	Def.	Tasa ^{1/}	Def.	Tasa ^{1/}	Def.	Tasa ^{1/}	Def.	Tasa ^{1/}
Aguascalientes	18	1.9	31	3.2	18	1.8	37	3.7	36	3.5	39	3.7
Baja California	273	10.7	207	7.9	257	9.5	239	8.6	287	10.0	274	9.3
Baja California Sur	26	5.9	20	4.4	24	5.2	25	5.2	34	6.9	32	6.4
Campeche	36	5.1	31	4.3	48	6.5	42	5.6	38	5.0	37	4.8
Coahuila de Zaragoza	63	2.7	59	2.4	81	3.3	76	3.1	82	3.3	77	3.0
Colima	21	3.8	28	5.0	33	5.8	29	5.0	29	5.0	32	5.4
Chiapas	146	3.6	166	4.0	155	3.7	190	4.4	207	4.8	226	5.1
Chihuahua	128	4.1	140	4.4	165	5.1	189	5.7	176	5.2	174	5.1
Distrito Federal	629	7.1	617	7.0	557	6.3	563	6.4	529	6.0	527	6.0
Durango	30	2.0	28	1.8	39	2.5	31	2.0	45	2.9	46	3.0
Guanajuato	112	2.3	115	2.3	126	2.5	134	2.7	125	2.5	117	2.3
Guerrero	150	4.7	167	5.2	177	5.5	190	5.9	185	5.7	175	5.4
Hidalgo	37	1.6	53	2.3	47	2.0	41	1.7	48	2.0	37	1.5
Jalisco	343	5.3	347	5.3	351	5.3	379	5.7	327	4.8	322	4.7
México	468	3.5	438	3.2	419	3.0	390	2.7	398	2.8	407	2.8
Michoacán de Ocampo	100	2.4	97	2.3	105	2.5	100	2.4	95	2.3	97	2.3
Morelos	87	5.4	85	5.2	98	5.9	81	4.8	82	4.8	80	4.7
Nayarit	43	4.5	49	5.1	51	5.2	62	6.3	52	5.2	65	6.5
Nuevo León	133	3.4	168	4.2	152	3.8	158	3.8	186	4.5	172	4.1
Oaxaca	130	3.6	144	4.0	140	3.8	128	3.5	139	3.8	160	4.3
Puebla	211	4.0	195	3.7	226	4.2	203	3.7	256	4.7	178	3.2
Querétaro de Arteaga	29	2.0	28	1.9	28	1.8	37	2.4	28	1.8	29	1.8
Quintana Roo	73	8.1	65	6.9	65	6.7	75	7.4	98	9.3	88	8.1
San Luis Potosí	39	1.7	52	2.2	49	2.1	58	2.4	47	2.0	52	2.2
Sinaloa	58	2.2	83	3.1	86	3.2	82	3.0	103	3.7	92	3.3
Sonora	54	2.4	63	2.7	71	3.0	83	3.4	86	3.5	96	3.9
Tabasco	90	4.6	105	5.3	135	6.8	153	7.6	144	7.0	156	7.6
Tamaulipas	108	3.8	108	3.7	107	3.6	147	4.8	145	4.7	149	4.7
Tlaxcala	25	2.5	26	2.6	30	2.9	28	2.7	21	2.0	29	2.7
Veracruz Llave	498	7.0	560	7.8	583	8.1	633	8.7	649	8.9	661	9.1
Yucatán	85	5.0	94	5.5	82	4.7	75	4.3	96	5.4	88	4.9
Zacatecas	20	1.4	15	1.1	26	1.8	20	1.4	28	2.0	23	1.6
Otros Países	24		8		16		8		5		4	
Nacional ^{2/}	4,287	4.3	4,392	4.3	4,547	4.4	4,686	4.5	4,806	4.6	4,743	4.5

^{1/} Según clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10^a revisión:

Sifilis: A50-A53
Chlamydia: A55-A56
Gonorrea: A54
VIH/Sida: B20-B24

Otras enfermedades de transmisión sexual: A57-A64, N70-N76

^{1/} Tasa por 100 mil habitantes residentes

Fuente: Numerador tasa: INEGI/SSA, DGIS; Cubos de información en mortalidad, 2000-2005.
Denominador tasa: CONAPO, 2002; Proyecciones de la población de México, 2000-2030.

^{2/} Nacional incluye muertes de residentes en el extranjero, y personas de sexo no especificado.

Veinte principales causas de enfermedad en Distrito Federal por grupo de edad
Población General
Estados Unidos Mexicanos-2006

Número	Policlinico	Código de la lista de causas de enfermedad	Grupos de edad											Total	
			< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y +		
1	Infecciones respiratorias agudas (J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0)		170 048	371 504	239 158	152 214	88 351	94 825	360 952	94 808	149 298	64 904	117 588	374	1 009 272
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09	31 566	61 852	32 388	24 644	15 142	24 109	93 913	24 147	38 205	15 803	31 728	105	384 482
3	Infección de vías urinarias	N50, N54, N59.0	2 205	12 583	14 556	11 457	15 211	23 144	94 007	25 538	43 191	19 305	43 417	148	305 136
4	Úlceras, gargaritis y quiebras	K25-K29	0	0	0	3 155	6 350	8 991	42 721	13 883	19 788	8 885	15 904	61	118 868
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	99	1 370	3 383	3 549	4 132	5 922	16 301	5 274	6 362	2 871	4 732	4	54 019
6	Piperfusión arterial	I10-I15	0	0	0	0	73	448	7 800	6 385	12 983	6 623	13 771	27	48 448
7	Otros mielia aguda	H50.0-H51.1	1 136	7 328	6 838	3 947	2 467	2 641	9 537	2 510	3 258	1 248	1 852	19	43 002
8	Diabetes melitus no dependiente (Tipo II)	E11-E14	0	0	2	6	50	357	7 848	5 909	11 458	5 552	8 030	32	39 942
9	Conjuntivitis	H50, H51.0	2 224	4 596	3 801	2 572	1 750	1 900	6 905	2 422	3 007	1 185	2 681	118	30 091
10	Aneurisma intestinal	A08.0-A08.3, A08.9	897	3 478	3 584	2 988	2 001	2 249	7 918	1 724	2 983	1 095	2 073	0	30 558
11	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83, J45, J46	563	5 024	4 267	3 609	1 608	1 520	5 079	1 000	1 616	759	1 558	1	27 541
12	Asma y estado asmático	J45, J46	395	5 570	7 236	3 835	1 167	890	3 610	1 187	1 622	623	1 138	20	27 238
13	Variola	B01	1 088	6 313	6 888	3 110	1 157	962	1 729	56	56	21	37	8	21 455
14	Mordeduras por perro	W64	34	1 533	2 356	2 101	1 671	1 322	3 692	702	1 222	411	1 039	0	18 174
15	Accidentes de transporte en vehículos con motor	V00-V25, V40-V79	25	141	257	474	1 441	2 370	6 577	1 173	1 161	368	428	1	14 412
16	Chancras con indur	T20-T32	304	1 948	978	883	954	1 220	4 061	800	1 058	344	674	6	13 006
17	Chancras ulceroles	B37.3-B37.4	75	150	96	119	707	1 828	5 844	1 714	1 417	428	363	1	12 740
18	Enfermedades leishmanias del corazón	I20-I25	0	0	0	0	14	65	668	705	2 023	1 300	4 162	9	9 224
19	Neumonías y bronconeumonías (no especificado en accidente de transporte)	J12-J18 excepto J16.2, V01-V09	1 870	1 842	410	594	112	144	765	295	624	437	2 300	18	9 127
20	Otras causas		12	162	285	550	1 102	1 278	2 653	769	752	382	522	1	8 700
TOTAL DE PRINCIPALES CAUSAS			212 579	464 862	527 472	219 707	147 508	178 190	661 803	191 543	298 854	133 102	254 887	963	3 127 479
Otras causas			2 442	6 942	7 008	5 198	3 267	4 114	14 869	3 658	5 116	2 172	5 412	37	60 473
Total, global			215 021	491 804	534 479	224 815	150 805	180 313	698 762	195 201	301 970	135 274	260 309	960	3 187 952

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología



SALUD

Cuadro II

Incidencia de ITS, por entidad federativa*

México, 2006

Entidad Federativa	Sumario	Tasa	Sifilia aducido	Tasa	Sifilia congénita	Tasa	Harper (síntesis)	Tasa	Linfogranuloma venéreo	Tasa	Chicozo (blanco)	Tasa	Yus de (blanco)	Tasa
Aguascalientes	2	0.2	8	0.8	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0.1	0.1	1.0	0.9
Baja California	54	1.8	382	22.6	12	0.4	122	4.0	3	0.1	0.1	0.1	1.0	0.9
Baja California Sur	23	4.5	16	3.1	0	0.0	8	1.6	2	0.4	0	0.0	0.0	0.4
Campeche	13	1.6	49	6.2	1	0.1	32	4.1	5	0.6	0.3	0.4	1.65	22.4
Coahuila de Zaragoza	90	3.6	66	2.6	3	0.1	48	1.9	9	0.3	0.6	0.6	0.76	42.6
Colima	7	1.2	44	7.4	1	0.2	8	1.3	0	0.0	0	0	1.0	2.99
Chiapas	88	2.0	44	1.0	1	0.0	106	2.4	17	0.4	0.4	0.6	1.5	74.3
Chihuahua	49	1.4	260	7.4	22	0.6	96	2.8	51	1.5	0.8	1.0	0.89	30.3
Durango Federal	23	0.3	125	1.2	2	0.0	43	0.5	5	0.1	0.1	0.1	0.1	0.771
Durango	4	0.3	26	1.0	1	0.1	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.3
Guanajuato	14	0.3	53	1.0	0	0.0	21	0.4	5	0.1	0	0	0.2	42.8
Guanajuato	101	3.4	88	2.1	0	0.0	119	3.6	7	0.2	0.3	1.3	1.648	39.2
Hidalgo	2	0.1	145	6.0	0	0.0	13	0.5	4	0.2	0	0.3	0.61	29.9
Jalisco	145	2.1	66	1.0	5	0.1	343	5.0	14	0.2	0.2	0.2	1.75	2.5
México	28	0.2	23	0.2	0	0.0	63	0.4	9	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
Michoacán	22	0.5	28	0.7	0	0.0	41	1.0	2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.45
Morelia	7	0.4	17	1.0	0	0.0	55	3.2	1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Nayarit	24	2.4	359	30.9	4	0.4	38	3.8	5	0.5	0.2	1.2	0.55	0.63
Nuevo León	43	1.0	141	3.3	3	0.1	98	2.2	2	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0
Oaxaca	51	1.4	51	1.4	0	0.0	42	1.1	3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Puebla	19	0.2	32	0.6	0	0.0	30	0.5	6	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Quintana Roo	5	0.3	10	0.6	1	0.1	22	1.4	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0
San Luis Potosí	37	0.7	41	1.7	0	0.0	55	2.3	4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Sinaloa	51	1.8	194	6.9	3	0.1	109	3.9	11	0.4	0.4	0.4	0.9	0.7
Sonora	39	0.8	133	5.3	16	0.6	5	0.2	4	0.2	0	0.3	0.3	0.3
Tlaxcala	26	1.2	50	2.4	0	0.0	34	1.1	3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Tlaxcala	102	3.5	369	5.2	0	0.0	147	4.6	26	0.8	0.8	0.8	2.2	2.94
Tlaxcala	14	1.3	23	2.1	0	0.0	12	1.1	1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Veracruz	43	0.6	87	1.2	0	0.0	145	2.0	30	0.5	0.5	0.7	1.44	13.2
Yucatán	36	0.9	39	2.1	0	0.0	100	5.5	14	0.8	0.8	0.8	1.80	9.8
Zacatecas	21	1.5	28	2.0	2	0.1	30	2.1	1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Nacional	1,266	1.2	2,562	2.4	78	0.1	1,982	1.8	254	0.2	0.2	0.2	0.7	24.12

Datos al 31 de diciembre del 2006.

(*) Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: SSA, Dirección Nacional de Epidemiología, SUIVE, 2006.

Incidencia de Candidiasis urogenital (B37.3-B37.4) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006

Estado	Grupos de edad											Tasa
	< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 y +	
Aguascalientes	39.12	25.10	18.51	21.67	113.38	309.64	405.73	346.77	167.37	162.05	70.68	203.71
Baja California	16.65	9.45	8.69	19.26	144.44	460.31	318.23	446.34	194.44	151.13	50.33	213.96
Baja California Sur	0.00	2.71	14.56	25.95	248.22	717.56	707.40	428.11	351.80	273.47	69.90	393.58
Campeche	13.62	18.32	17.31	61.35	261.77	757.91	807.66	584.47	341.05	165.20	114.68	421.15
Cochahuila	15.33	4.32	5.20	8.39	169.62	421.97	380.61	225.22	193.25	133.43	81.17	213.14
Colima	214.78	12.22	9.23	52.84	270.32	483.13	380.48	410.39	284.30	199.84	98.85	238.96
Chiapas	15.70	23.88	21.75	45.33	308.23	957.26	1051.16	858.44	389.32	269.83	115.92	517.85
Chihuahua	50.19	10.67	5.56	15.28	161.23	368.20	321.28	265.36	138.00	116.33	50.25	186.24
Distrito Federal	55.44	28.00	14.14	16.19	93.37	234.21	200.31	308.04	173.24	154.72	38.10	144.52
Durango	0.00	0.00	0.00	11.11	233.85	694.63	678.61	669.69	298.82	181.44	80.11	351.86
Guanajuato	9.43	5.29	6.47	30.03	150.39	400.03	522.40	693.07	317.72	295.07	109.26	277.32
Guerrero	13.99	12.38	11.20	39.37	192.32	563.12	687.45	588.90	331.13	205.54	102.38	319.47
Hidalgo	34.67	18.14	11.94	32.36	238.42	691.72	790.47	392.04	266.04	165.68	84.75	384.03
Jalisco	51.56	24.89	12.92	20.61	141.82	379.85	425.32	379.71	237.76	183.85	110.19	232.49
México	10.98	11.29	10.10	20.80	117.84	375.85	362.74	378.82	194.64	194.75	74.27	213.04
Michoacán	6.53	7.03	3.42	14.99	201.41	577.56	747.08	672.64	319.01	233.63	116.15	360.94
Morales	0.00	0.00	0.00	49.88	366.96	719.35	835.29	609.34	344.46	290.74	176.89	439.10
Nayarit	28.09	15.24	43.37	44.03	438.78	1118.58	1175.14	1082.03	596.09	449.21	213.73	635.31
Nuevo León	12.28	5.66	4.27	15.30	118.22	327.49	301.79	358.73	210.33	243.45	74.37	190.15
Oaxaca	29.49	15.24	14.40	32.46	250.70	730.51	1097.16	969.10	402.63	266.30	132.82	485.07
Puebla	9.85	9.97	11.65	25.66	185.78	544.32	645.70	716.15	286.33	209.74	102.66	330.22
Querétaro	0.00	0.00	0.00	17.23	149.39	485.67	551.08	446.43	224.16	181.49	104.80	280.03
Quintana Roo	4.58	1.14	5.32	28.43	244.77	622.51	574.88	426.44	362.10	226.42	150.65	340.02
San Luis Potosí	38.67	21.24	10.05	22.03	212.92	607.70	688.72	598.15	239.77	144.97	75.15	338.78
Sinaloa	18.66	33.37	31.02	40.02	208.40	541.85	558.33	424.69	279.71	203.87	111.75	307.05
Sonora	26.98	5.47	4.91	9.16	116.65	232.64	232.41	191.51	144.02	121.59	73.32	136.89
Tlaxcala	30.85	11.53	23.65	62.85	433.02	1081.28	1043.57	1087.13	582.12	480.36	192.53	603.79
Tlaxcala	44.31	18.30	13.23	25.20	358.25	891.18	732.63	687.06	310.31	197.89	111.89	433.75
Tlaxcala	0.00	1.24	0.00	33.84	196.15	621.41	661.94	652.00	295.22	173.57	79.04	348.73
Veracruz	8.95	9.36	16.40	30.00	400.49	1103.34	1192.02	886.70	451.26	328.38	142.51	399.88
Yucatán	268.74	36.14	24.37	48.65	360.67	1073.70	1061.42	958.97	474.86	297.01	146.44	579.88
Zacatecas	11.37	11.69	9.33	35.41	366.85	1113.93	1223.08	1093.48	516.39	339.64	133.82	600.73
TOTAL GLOBAL	27.73	13.86	11.68	27.61	207.49	671.46	692.18	647.11	279.87	218.49	99.71	322.36

Tasa por 100 habitantes
 FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Epidemiología SSA

Incidencia de Herpes genital (A60.0) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006

Estado	Grupos de edad													Tasa	
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65+	75+			
Aguascalientes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09
Baja California	0.00	0.45	0.00	0.65	1.71	7.67	6.51	4.95	2.44	9.60	2.44	4.60	4.03	4.03	4.03
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	6.10	2.07	2.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.55
Campeche	0.00	0.00	0.00	0.00	2.45	5.15	8.59	2.50	3.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.06
Coahuila	0.00	0.00	0.40	0.38	1.23	1.74	2.92	3.57	2.07	6.13	1.46	1.86	1.86	1.86	1.86
Colima	0.00	0.00	0.00	0.00	1.65	1.73	2.15	2.93	3.00	6.66	0.00	0.00	0.00	0.00	1.34
Chiapas	1.12	0.27	0.00	0.55	1.18	3.29	5.01	3.05	3.02	0.00	0.00	0.59	2.37	2.37	2.37
Chihuahua	1.52	0.00	0.00	0.00	1.77	4.11	4.07	2.10	3.55	4.55	2.18	2.46	2.46	2.46	2.46
Distrito Federal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.53	0.77	0.75	0.54	0.73	0.00	0.32	0.49	0.49	0.49	0.49
Durango	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06
Guanajuato	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18	0.40	0.57	0.42	0.91	0.89	1.13	0.41	0.41	0.41	0.41
Guerrero	0.00	0.00	0.00	0.00	3.31	5.74	7.19	3.96	6.82	5.04	1.61	3.64	3.64	3.64	3.64
Hidalgo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.39	0.98	1.01	0.79	0.56	1.54	0.00	0.54	0.54	0.54	0.54
Jalisco	1.54	0.40	0.15	0.00	2.15	8.96	8.68	5.36	7.59	5.12	4.78	4.99	4.99	4.99	4.99
México	0.00	0.00	0.07	0.00	0.20	0.49	0.74	1.08	0.46	0.30	0.15	0.42	0.42	0.42	0.42
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.00	0.65	1.67	1.93	1.51	0.69	0.00	1.15	0.97	0.97	0.97	0.97
Morelos	0.00	0.00	1.20	0.00	1.16	2.50	4.20	4.13	7.46	6.71	7.69	3.17	3.17	3.17	3.17
Nayarit	0.00	0.00	0.00	0.96	2.94	4.15	6.45	5.71	7.78	0.00	3.19	3.79	3.79	3.79	3.79
Nuevo León	0.00	0.00	0.25	0.00	1.82	2.08	3.21	2.86	5.02	3.50	2.12	2.21	2.21	2.21	2.21
Oaxaca	0.00	0.00	0.00	0.00	0.96	2.11	2.95	1.73	1.53	1.84	0.00	1.12	1.12	1.12	1.12
Puebla	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.18	1.19	2.22	0.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.54
Querétaro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.94	2.18	2.48	4.77	3.02	0.00	1.35	1.35	1.35	1.35
Quintana Roo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.62	2.30	0.00	1.57	5.66	13.70	1.59	1.59	1.59	1.59
San Luis Potosí	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	5.26	4.45	1.67	2.91	3.22	1.35	2.27	2.27	2.27	2.27
Sinaloa	0.00	0.00	0.00	0.00	1.43	5.62	7.57	6.65	4.22	5.55	1.29	3.90	3.90	3.90	3.90
Sonora	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.98	0.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20
Tabasco	0.00	0.00	0.00	0.44	0.00	0.00	3.22	1.89	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.15
Tamaulipas	0.00	0.00	0.00	0.00	4.04	8.50	7.20	5.83	6.42	2.49	3.41	4.56	4.56	4.56	4.56
Tlaxcala	0.00	0.00	0.93	0.00	0.00	1.85	2.10	0.00	1.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.10
Veracruz	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	2.79	4.05	2.96	2.02	1.52	1.53	1.98	1.98	1.98	1.98
Yucatán	0.00	0.00	0.00	0.00	2.17	9.55	9.38	5.27	11.23	2.95	4.66	5.46	5.46	5.46	5.46
Zacatecas	0.00	0.00	0.00	0.00	2.68	3.76	3.21	7.61	2.09	0.00	1.10	2.12	2.12	2.12	2.12
TOTAL GLOBAL	0.21	0.65	0.07	0.07	1.05	2.85	3.27	2.44	2.58	2.07	1.48	1.84	1.84	1.84	1.84

Tasa por 100,000 habitantes
FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

*Incidencia de Infección gonocócica genitourinaria (A54.0 - A54.2) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006*

Población General

Estado	Grupos de edad											Tasa	
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y +		
Aguascalientes	0.00	0.00	0.00	0.00	1.73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19
Baja California	0.00	0.00	0.00	0.00	0.68	6.62	2.47	3.71	0.49	0.00	0.00	0.00	1.78
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	8.14	9.27	7.40	3.48	2.75	0.00	0.00	0.00	4.46
Campeche	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.15	2.48	2.50	0.00	11.66	0.00	0.00	1.65
Coahuila	0.00	0.00	0.40	0.00	2.86	7.82	6.32	4.29	2.07	1.53	0.73	0.00	3.50
Colima	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.73	2.68	0.00	2.16	0.00	0.00	0.00	1.17
Chiapas	0.00	0.55	0.80	0.55	1.38	5.92	2.39	3.55	1.13	0.00	2.35	0.00	1.97
Chihuahua	0.00	1.58	0.59	0.56	2.06	2.84	1.36	2.63	0.79	1.16	1.09	0.00	1.40
Distrito Federal	0.00	0.00	0.00	0.14	0.53	0.38	0.38	0.18	0.37	0.00	0.00	0.00	0.26
Durango	0.00	0.00	0.00	0.00	0.61	0.00	0.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26
Guajuato	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.60	0.40	0.85	0.61	0.89	0.00	0.27	0.27
Guerrero	0.00	0.75	0.27	0.50	3.03	9.57	5.77	4.62	0.91	7.57	0.54	0.00	3.39
Hidalgo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.44	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08
Jalisco	0.00	0.40	0.00	0.14	1.15	3.65	3.90	1.69	3.31	1.71	0.75	0.00	2.11
México	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28	0.33	0.36	0.27	0.00	0.31	0.00	0.19
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.21	0.22	0.95	1.26	0.00	0.00	0.95	0.00	0.00	0.52
Morelos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.76	1.03	0.00	4.47	0.00	0.00	0.40
Nayarit	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	0.00	4.07	0.00	7.78	0.00	0.00	0.00	2.39
Nuevo León	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26	2.34	1.68	1.23	1.77	0.00	0.00	0.00	1.00
Oaxaca	0.00	0.35	0.00	0.68	1.20	2.90	2.14	1.15	2.30	1.04	0.42	0.00	1.36
Puebla	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.91	0.44	0.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23
Querétaro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.23	0.20	0.00	0.00	3.02	1.40	0.00	0.31
Quintana Roo	0.00	0.00	0.00	0.00	14.60	31.48	16.59	1.82	0.00	0.00	0.00	0.00	10.53
San Luis Potosí	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	3.07	1.04	0.00	0.58	0.00	0.00	0.00	0.70
Sinaloa	0.00	0.00	0.00	0.00	2.50	5.24	2.83	0.66	1.41	2.77	0.00	0.00	1.93
Sonora	0.00	0.00	0.00	0.00	0.84	1.32	1.25	0.71	1.03	1.58	0.00	0.00	0.75
Tabasco	0.00	0.00	0.00	0.00	0.45	5.15	2.00	0.00	0.00	0.00	1.13	0.00	1.24
Tamaulipas	1.77	1.31	0.00	0.97	4.71	7.82	4.77	2.91	4.28	2.49	0.00	0.00	3.48
Tlaxcala	0.00	0.00	0.00	0.00	0.87	1.85	2.40	0.00	1.40	8.47	0.00	0.00	1.29
Veracruz	0.00	0.00	0.00	0.00	1.21	1.03	0.89	0.25	0.34	0.56	0.65	0.00	0.59
Yucatán	0.00	0.00	0.00	0.53	2.17	2.25	1.08	0.00	0.00	0.00	0.93	0.00	0.87
Zacatecas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	3.01	3.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.48
TOTAL GLOBAL	0.05	0.18	0.08	0.15	1.14	2.83	1.87	1.08	0.96	1.08	0.38	0.00	1.17

Tasa por 100,000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

Incidencia de Linfocitoma venéreo por clamidias (A55) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006

Población General

Estado	Grupos de edad											Tasa
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	85 y +	
Aguascalientes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.32	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09
Baja California	0.00	0.45	0.33	0.00	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.07	0.57	0.00	0.00	0.39	0.00	0.39
Campeche	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.56	0.00	1.95	0.00	0.00	0.53
Coahuila	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.17	0.24	0.00	0.52	0.00	0.73	0.35
Colima	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Chiapas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.59	0.44	0.52	0.51	0.38	1.17	0.59	0.38
Chihuahua	0.00	0.00	0.00	0.00	0.88	1.89	3.17	1.95	1.57	0.00	0.00	1.46
Distrito Federal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.10	0.00	0.24	0.00	0.00	0.07
Durango	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Guajuato	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.20	0.42	0.00	0.00	0.00	0.10
Guerrero	0.00	0.38	0.00	0.25	0.00	0.32	0.35	0.00	0.45	0.00	0.00	0.21
Hidalgo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.98	0.14	0.00	0.56	0.00	0.00	0.17
Jalisco	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.46	0.34	1.13	0.00	0.00	0.00	0.20
México	0.00	0.00	0.00	0.07	0.07	0.21	0.06	0.00	0.00	0.30	0.00	0.06
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22	0.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05
Morelos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06
Nayarit	0.00	0.00	0.00	0.00	2.94	0.00	0.34	0.00	1.30	0.00	0.00	0.50
Nuevo León	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26	0.00	0.41	0.00	0.00	0.00	0.05
Oaxaca	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00	2.07	0.00	0.08
Puebla	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11
Querétaro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Quintana Roo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
San Luis Potosí	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17
Sinaloa	0.00	0.51	0.00	0.00	0.36	0.75	0.59	0.56	0.00	1.39	0.00	0.39
Sonora	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.44	0.25	0.71	0.00	0.00	0.00	0.16
Tabasco	0.00	0.00	0.00	0.44	0.00	0.47	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14
Tamaulipas	0.00	2.61	1.32	0.97	1.35	0.68	0.37	1.75	0.00	0.00	0.00	0.81
Tlaxcala	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09
Veracruz	0.00	0.00	0.00	0.00	0.54	0.88	0.80	1.23	0.84	0.00	0.22	0.52
Yucatán	0.00	0.00	0.00	0.00	1.08	1.69	0.72	3.16	1.40	0.00	0.00	0.76
Zacatecas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.52	0.00	0.00	0.00	0.07
TOTAL GLOBAL	0.00	0.12	0.05	0.05	0.23	0.41	0.35	0.41	0.25	0.19	0.05	0.24

Tasa por 100,000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Epidemiología/SSA

Incidencia de Sífilis adquirida (A51-A53) por grupos de edad
 Estados Unidos Mexicanos
 2006

Población General

Estado	Grupos de edad											Tasa
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65+	
Aguascalientes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.97	0.64	0.00	2.91	0.00	2.02	0.77
Baja California	0.00	0.90	0.00	0.00	13.66	31.01	17.66	19.17	11.70	9.60	6.49	12.95
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	4.07	10.34	3.41	10.44	0.00	0.00	0.00	3.16
Campeche	0.00	0.00	0.00	0.00	6.12	24.45	7.87	2.50	9.27	0.00	0.00	6.33
Coahuila	0.00	0.00	0.00	0.00	6.54	5.21	3.40	3.57	2.59	1.53	0.73	2.69
Colima	0.00	0.00	0.00	0.00	4.94	8.66	17.17	5.86	4.31	0.00	0.00	7.48
Chiapas	0.00	0.00	0.00	0.00	1.77	2.19	1.70	0.51	0.38	0.00	0.59	1.00
Chihuahua	0.00	0.00	0.59	0.83	11.77	19.26	9.32	8.93	7.90	5.82	4.92	7.58
Distrito Federal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.79	2.05	2.23	0.54	0.86	0.72	0.96	1.21
Durango	0.00	0.00	0.00	0.00	0.61	2.00	2.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.98
Guanajuato	0.00	0.00	0.00	0.00	0.55	2.62	1.74	0.85	1.52	0.00	1.51	1.06
Guerrero	0.00	0.38	0.00	0.00	1.65	5.42	4.59	1.32	0.45	1.26	0.54	2.12
Hidalgo	0.00	0.00	0.00	0.37	3.13	7.06	6.94	14.29	14.06	14.76	14.48	6.13
Jalisco	0.00	0.20	0.00	0.14	0.72	2.13	1.80	0.00	1.36	0.00	0.75	1.01
México	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.21	0.27	0.36	0.27	0.00	0.00	0.16
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.00	1.08	1.91	0.76	1.01	0.34	0.95	0.77	0.67
Morelos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	3.74	1.91	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00
Nayarit	0.00	0.00	0.00	0.00	14.69	19.67	20.03	7.62	12.96	0.00	4.79	11.05
Nuevo León	0.00	0.00	0.00	0.25	3.64	6.23	4.61	4.49	1.77	1.75	4.66	3.33
Oaxaca	0.00	0.00	0.00	0.00	0.72	2.11	2.86	2.30	1.52	1.04	0.85	1.39
Puebla	0.00	0.00	0.00	0.16	0.33	0.55	1.00	1.48	0.52	2.26	0.32	0.58
Quintana Roo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	1.23	1.39	0.00	0.00	0.00	0.00	0.63
San Luis Potosí	0.00	0.00	0.00	0.00	6.01	6.12	8.93	1.92	4.70	5.66	10.27	5.60
Sinaloa	0.00	0.00	0.00	0.00	5.71	14.61	12.39	6.65	5.16	5.55	5.17	7.07
Sonora	0.00	0.00	0.00	0.00	10.07	15.93	7.85	2.12	2.58	1.58	0.74	5.36
Tabasco	0.00	0.00	0.00	0.00	3.14	3.75	4.45	0.94	1.45	4.65	1.13	2.43
Tamaulipas	0.00	0.87	0.33	0.65	5.05	10.20	8.32	6.99	5.56	0.00	2.84	5.34
Tlaxcala	0.00	1.24	0.00	0.00	0.87	1.85	4.20	3.69	2.90	0.00	1.76	2.15
Veracruz	0.00	0.20	0.00	0.00	0.91	2.06	2.21	1.23	2.02	0.48	1.21	1.21
Yucatán	0.00	0.00	0.00	0.00	2.17	2.91	4.69	1.05	1.40	0.00	0.93	2.17
Zacatecas	0.00	0.00	0.00	0.00	2.68	1.50	4.94	1.52	0.00	0.00	1.10	2.01
TOTAL GLOBAL	0.00	0.10	0.03	0.08	2.48	4.94	3.90	2.72	2.31	1.58	1.63	2.43

Tasa por 100 000 habitantes mayores de un año
 FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ISSA

*Incidencia de Sífilis congénita (A50) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006*

Población General

Estado	Grupos de edad											Tasa		
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y +			
Aguascalientes	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05
Baja California	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Campeche	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
Coahuila	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
Colima	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10
Chiapas	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
Chihuahua	0.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.36
Distrito Federal	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
Durango	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04
Guanajuato	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Guerrero	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Hidalgo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Jalisco	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04
México	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Morelos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Nayarit	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23
Nuevo León	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04
Oaxaca	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Puebla	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Querétaro	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
Quintana Roo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
San Luis Potosí	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sinaloa	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06
Sonora	0.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.36
Tabasco	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tamaulipas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tlaxcala	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Veracruz	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Yucatán	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Zacatecas	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08
TOTAL GLOBAL	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04

Tasa por 1 000 habitantes menores de un año

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ISSA

CAPITULO III

ANÁLISIS DOGMÁTICO DEL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO.

3.1 El delito. Concepto.

A lo largo de la historia se han propuesto diversas definiciones del delito, sin que a la fecha alguna tenga validez universal, tal vez sea debido a la época y que las necesidades de cada pueblo son diferentes; inclusive, lo que un pueblo considera como delito tal vez para otro no lo sea. Sin embargo, diversos penalistas han formulado su definición, entre las que destaca la hecha por Francisco Carrara, principal exponente de la escuela clásica, lo define como: *“La infracción de la Ley del Estado promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso”*. Por su parte, la escuela positivista pretendió encontrar al delito como un fenómeno o hecho natural, resultado de factores hereditarios, de causas físicas y de fenómenos sociológicos; Rafael Garófalo, como exponente de esta escuela, lo define como: *“la violación de los sentimientos altruistas de probidad y de piedad, en la medida media indispensable para la adaptación del individuo a la colectividad”*.¹

Asimismo, existen dos corrientes que pretenden estudiar al delito. La primera es la **concepción totalizadora o unitaria**, la cual estima imposible dividirlo en elementos, lo considera como un todo orgánico y como tal debe ser estudiado para comprender su verdadera esencia. En contraposición a esta concepción

¹ Citados por Castellanos Tena, Fernando, **Lineamientos elementales de Derecho Penal**, 41ª ed, Porrúa, México, 2001, pp 125-126.

surge la **concepción analítica o atomizadora**, la cual lo estudia a través del fraccionamiento de los elementos que lo integran, sin dejar de reconocer la estrecha relación que existe entre los mismos y mucho menos su unidad.

Los autores definen al delito a través de sus elementos, sin que exista uniformidad de criterios, toda vez que algunos son considerados como no esenciales. De ahí que surjan las concepciones bitómicas, tritómicas, tetratómicas, pentatómicas, hexatómicas, heptatómicas, etc.

Por ejemplo, para el Maestro Fernando Castellanos los elementos esenciales del delito, con su respectivo aspecto negativo, son: conducta, tipicidad, antijuridicidad (o antijuricidad) y culpabilidad. Por su parte el Maestro Francisco Pavón Vasconcelos estima como elementos del delito: conducta o hecho, tipicidad, antijuridicidad, culpabilidad y punibilidad.

Por lo que hace a la definición legal del delito, encontramos que el artículo 7° del Código Penal Federal define al delito como: “la acción u omisión que sancionan las leyes penales”. El Código Penal para el Distrito Federal es omiso en intentar proporcionar una definición del delito.

3.2 Sujetos y objeto.

En nuestra materia se distinguen dos **sujetos**: el sujeto activo y el sujeto pasivo del delito. El primero de ellos debe ser necesariamente un ser humano, pues sólo éste se encuentra dotado de capacidad y voluntad, que infringe la ley penal con su actuar positivo o negativo.

Cabe mencionar que de acuerdo al artículo 27 de nuestra legislación penal vigente en el Distrito Federal solo son penalmente responsables las personas físicas, sin

embargo admite que los miembros o representantes de una persona moral puedan cometer un delito con los medios que ésta les proporcione. En caso de que el delito se cometa a su nombre o bajo su amparo o beneficio, el Juez le impondrá las consecuencias jurídicas accesorias previstas en el mismo Código, como son: suspensión, disolución, prohibición de realizar determinadas operaciones, remoción e intervención.

El sujeto pasivo es el titular del derecho violado y jurídicamente protegido por la norma. El ofendido es la persona que resiente el daño causado por el actuar o no del sujeto activo. Al contrario del sujeto activo, éstas calidades se pueden presentar en una persona física, una moral, el Estado y la sociedad en general. Se puede hablar de que en algunas ocasiones pueden llegar a coincidir el sujeto pasivo y el ofendido en una sola persona.

Para el delito en estudio, tendrá el carácter de **sujeto activo la persona que sabe que padece una enfermedad grave en período infectante**, excluyendo la posibilidad de que una persona moral tenga esta calidad. El **sujeto pasivo puede ser cualquier persona física** sana que desconozca el padecimiento del activo.

En cuanto al objeto hay que distinguir entre **objeto jurídico y objeto material**. El primero constituye la esencia del delito, es el bien jurídico tutelado o protegido por la ley penal, sin éste no tendría razón de ser castigar algunas de las conductas que lesionan a la sociedad. El objeto material es la persona o cosa dañada o que sufre el peligro derivado de la conducta delictiva; es decir, sobre ella recae directamente el daño causado por el delito.

En el delito de peligro de contagio el **objeto jurídico es la salud de las personas**. El **objeto material será la persona que se encuentra en peligro** de ser contagiada de una enfermedad grave.

3.3 Clasificación.

La doctrina coincide en clasificar a los delitos de acuerdo los siguientes criterios.

A) Por su duración:

- Instantáneos: son aquellos cuya duración concluye en el momento mismo de perpetrarse.
- Instantáneo con efectos permanentes. Como su nombre lo indica, la conducta destruye o disminuye el bien jurídico tutelado, en forma instantánea, pero permanecen las consecuencias nocivas del mismo.
- Permanente o continuo: cuando se viola el mismo precepto legal y su consumación se prolonga en el tiempo.
- Continuado: con unidad de propósito delictivo, pluralidad de conductas e identidad del sujeto pasivo, se viola el mismo precepto legal.

Por lo que hace al delito de Peligro de Contagio se trata de un **delito instantáneo**, ya que solo se configura en el momento mismo de su ejecución.

En el caso de que se llegue a producir el contagio de alguna enfermedad (delito de daño), se estaría en la presencia de un delito instantáneo con efectos permanentes ya que la alteración en la salud permanece por tiempo determinado o indeterminado (cuando la enfermedad no es curable).

B) Por la conducta:

- Acción: en éstos se requiere del movimiento corporal del agente que infringe una ley prohibitiva.
- Omisión: consisten en la no ejecución de lo ordenado por la ley; es decir, éstos delitos violan una ley dispositiva. Asimismo se dividen en:
 - *Simple omisión: es la falta de una actividad jurídicamente ordenada, con independencia del resultado material que produzcan, se sancionan por la omisión misma.

*Comisión por omisión: el agente actúa de una manera diversa a la ordenada por la norma, o bien, decide no actuar, por lo que su inacción produce un resultado material.

En cuanto a la conducta desplegada por el agente, el delito en estudio es de **acción**, ya que para su configuración es necesaria la realización de movimientos corpóreos.

C) Por el daño que causan, pueden ser:

- Daño. Una vez consumado el delito causan un daño directo y efectivo al bien jurídicamente protegido.
- Peligro. En este caso no existe afectación al bien jurídico tutelado, sino que sólo se pone en riesgo.

A su vez, algunos autores estiman que el peligro puede ser *efectivo*: cuando el riesgo es mayor o existe más probabilidad de causar afectación. Será *presunto*: cuando el riesgo de afectar el bien es menor.²

Tal y como se desprende del mismo nombre del delito en estudio, se trata de un **peligro**, puesto que no se requiere para su consumación que se lleve el contagio efectivo. Es así que una vez verificado el presupuesto material (relaciones sexuales o por cualquier otro medio transmisible) se pone en peligro la salud de la persona..

D) Por el numero de actos.

- Unisubsistentes. Con una sola acción se configura el delito
- Plurisubsistentes. Se integra por la concurrencia de varios actos, sin embargo cada acto de manera aislada no constituye un delito

² Urosa Ramírez, Gerardo Armando. **Teoría de la ley penal y del delito**, Porrúa, México, 2006, pp. 77

El delito de peligro de contagio es **unisubsistente**, cuando la acción típica queda agotada en un solo acto.

E) Por el número de sujetos que participan.

- Unisubjetivo: se agota con la intervención de un solo sujeto. El artículo 159 establece: “Al que...”,
- Plurisubjetivo: El delito requiere de la participación de dos o mas sujetos.

El artículo 159, establece: “Al que...”, por lo que de su lectura se desprende que es **unisubjetivo**, ya que es suficiente la intervención de un solo sujeto activo.

F) Por su procedibilidad:

- Oficio: cualquier persona puede iniciar la denuncia respectiva y no necesariamente el agraviado.
- Querrela o a petición de parte ofendida: únicamente se persiguen por la solicitud que hace el ofendido o sus legítimos representantes. En este caso la parte ofendida puede otorgar el perdón.

El artículo 159 es muy claro en su ultimo párrafo el establecer “Este delito **se perseguirá por querrela** de la victima u ofendido”.

G) Por la materia:

- Delitos del fuero común. se encuentran en los cuerpos normativos dictados por las legislaturas locales.
- Delitos del fuero federal. Son los que se encuentran en las leyes que expide el H. Congreso de la Unión.
- Delitos del fuero militar. Se aplican exclusivamente a las fuerzas castrenses.

El Peligro de contagio se encuentra comprendido en el artículo 159 del Código Penal para el Distrito Federal (**fuero común**), pero también esta vigente en el artículo 199 bis del Código Penal Federal.

H) Por su composición:

- Normales: el delito únicamente contempla elementos objetivos para integrarlo.
- Anormales: además de los elementos objetivos se requieren de los elementos normativos y/o subjetivos para configurar el delito.

En el Peligro de contagio se requieren además de los elementos objetivos, los normativos y los subjetivos, por lo que se trata de un delito **anormal**.

I) Por su autonomía o dependencia.

- Autónomos o independientes: no requieren para su existencia de otro tipo.
- Dependientes o subordinados: dependen de otro tipo para integrarse.

Será **autónomo** el delito de peligro de contagio por no necesitar de otro para existir.

J) Por su formulación:

- Casuísticos. El tipo plantea diversas hipótesis para integrarse.
- Amplios. No se establece un medio específico de comisión, de modo que puede serlo cualquiera.

En el delito en estudio dispone "...por relaciones sexuales **u otro medio transmisible...**", por lo que será **amplio**.

K) Por el resultado:

- Formales o de simple actividad: en ellos se sanciona la acción u omisión en sí misma, sin que sea necesario que se produzca alguna alteración en la estructura o funcionamiento del objeto material.
- Materiales o de resultado: se requiere de la destrucción o alteración de la estructura o funcionamiento del objeto material.

Como lo indica el título del delito en estudio, se trata solamente de un “peligro de contagio”, es decir, no se requiere del contagio para configurarse; solo se sanciona la acción por lo que se trata de un delito de **resultado formal**.

L) Por su estructura.

- Simples. La lesión jurídica es única, es decir la salud personal es el único bien jurídico tutelado.
- Complejos. Se forma por la unión de dos delitos, dando lugar a una figura delictiva nueva y superior en gravedad a las que lo conforman individualmente.

Se está frente a un tipo **simple** al ser la salud de la persona el único bien jurídico tutelado.

M) Clasificación en orden al sujeto.

- Por lo que hace a la calidad en el **sujeto activo** se trata de un delito **propio, especial o exclusivo** de un sujeto cualificado; es decir, se requiere que dicho sujeto se encuentre enfermo de una enfermedad grave en período infectante.
- En cuanto al **sujeto pasivo** se trata de un delito personal por que solo se implica a una persona física.

N) Clasificación legal.

Libro Segundo, Título Tercero “Delitos de peligro para la vida o la salud de las personas”, Capítulo II “Peligro de Contagio”, artículo 159.

3.4 Elementos positivos y aspectos negativos del delito.

La doctrina considera que desde el punto de vista cronológico, concurren al mismo tiempo todos los elementos del delito, por lo cual no se puede hablar de una prioridad temporal. Sin embargo el maestro Celestino Porte Petit nos habla de la existencia de una **prelación lógica** entre éstos al establecer *“habida cuenta de que nadie puede negar que, para que concurra un elemento del delito, debe antecederle el correspondiente, en atención a la naturaleza propia del delito. La circunstancia de que sea necesario que exista en elemento para que concurra el siguiente, no quiere decir que haya prioridad lógica, porque ningún elemento es fundante del siguiente, aun cuando sí es necesario para que el otro elemento exista”*.³

3.4.1 La Conducta y su ausencia.

Este primer elemento del delito ha recibido diversas denominaciones como acción, hecho o conducta.

Por lo que hace la crítica al término de acción, la doctrina considera que este término no resulta muy afortunado toda vez que en sí mismo no comprende a la omisión; es decir resulta contradictorio que un movimiento comprenda una inactividad.

Por lo que hace a los términos **conducta o hecho** son los más aceptados entre la doctrina, pues conciben al **hecho como género** en los delitos que requieren, con relación al tipo un resultado material, siendo sus elementos: la conducta, el resultado y el nexo de causalidad que existe entre los dos primeros. La **conducta como género** cuando por sí integra el elemento del delito, sin necesidad de

³ Citado por Pavón Vasconcelos, Francisco. **Manual de Derecho Penal Mexicano**, 19ª ed, Porrúa, México, 2006, p. 198.

resultado ni nexo causal. En otras palabra, se habla de una conducta cuando el tipo requiere de una mera actividad de sujeto; se referirá al hecho cuando el propio tipo exija una conducta que tenga como consecuencia un resultado material.

La conducta como elemento del hecho puede presentarse de dos maneras: como actividad o inactividad del sujeto. Para el Maestro Pavón Vasconcelos “...*la conducta consiste en el peculiar **comportamiento** de un hombre que se traduce exteriormente en una **actividad o inactividad voluntaria**. Este concepto es comprensivo de las formas en las cuales la conducta pueda expresarse: **acción u omisión**. Conviene insistir en que la conducta consiste exclusivamente en una **actividad o movimiento corporal**, o bien en una **inactividad, una abstención, un no hacer**; tanto el actuar como el omitir, el hacer como el no hacer, tienen íntima conexión con un factor de carácter psíquico que se identifica con la **voluntad de ejecutar la acción o de no realizar la actividad esperada con una finalidad específica**”.⁴*

La acción representa una conducta positiva que consiste en un hacer, un movimiento corporal voluntario, con los que se viola una norma de carácter prohibitivo (indican abstención). En contraposición a la acción se encuentra la omisión; la cual es una conducta negativa o de no actividad. La omisión se divide en a) omisión simple y b) omisión impropia o comisión por omisión. Las dos son una inactividad de carácter voluntario, salvo que cuando violan una norma preceptiva hablamos de omisión simple, o bien cuando se viola una norma preceptiva y otra prohibitiva estamos frente a una omisión impropia o comisión por omisión.

De lo anterior se desprende que la conducta se integra por **a)** el movimiento corporal o la inactividad del sujeto frente a la acción esperada por la norma y **b)** la voluntad de realizar la acción o la omisión, o la voluntad de no inhibir el movimiento corporal o la inactividad.

⁴ Pavón Vasconcelos, Francisco, *Op cit*, p. 224

El delito de peligro de contagio es un delito de acción, ya que requiere de un movimiento corporal, tal es el caso de las relaciones sexuales o por cualquier otro medio transmisible.

Como **elementos de la omisión simple** se encuentran la *inactividad*, inacción o *el no hacer esperado y exigido* por el mandato de obrar y *voluntad de omitir el deber de actuar*, sea en forma dolosa o culposa. El deber jurídico de obrar se halla en la norma penal, por ser el incumplimiento a mandatos de hacer contenidos en los tipos penales. Los **elementos de la omisión impropia** son: la *voluntad, inactividad o no hacer*, cuya relevancia jurídica se encuentra en la acción esperada y exigida y *un deber de obrar y un deber jurídico de abstenerse que resultan violados*. El *resultado* constituye la consecuencia de la inactividad, expresión física de la conducta.⁵

Cuando la conducta se realiza sin la intervención de la voluntad del agente, se estará frente a una **ausencia de conducta**. Como ya se vio anteriormente, la voluntad constituye un elemento esencial de la conducta, por lo que si no se encuentra ésta, no se puede configurar el delito

El artículo **29, fracción I** del Código Penal para el Distrito Federal establece como ausencia de conducta “**la actividad o inactividad se realice sin intervención de la voluntad del agente**”.

Entre la doctrina existe uniformidad de criterios al señalar como excluyentes del delito a la fuerza física irresistible, movimientos reflejos y los estados de inconsciencia.

La **fuerza física irresistible** la dividen en *vis absoluta* y *vis mayor*. La diferencia entre una y otra radica la fuerza física exterior que las genera.

⁵ *Ibid.* pp. 245, 247

La **vis absoluta** consiste en la fuerza física exterior e irresistible proviene de otro hombre que se ejerce directamente sobre el agente y que es superior a las fuerzas de éste, la cual impide la posibilidad de actuar o no del sujeto. Esta fuerza debe ser material, física, producto de hechos externos, irresistible y que por tal se ve obligado a ceder ante ella.

La **vis maior** es producto de impulsos externos de la naturaleza o es energía no humana, por lo que el movimiento corporal no se le puede atribuir al sujeto.

Como lo señala el maestro Urosa Ramírez, refiriéndose a los **actos o movimientos reflejos**, *“En estos actos se elimina la voluntad psicológica enviada a los sistemas nerviosos que controlan determinada actividad, y en consecuencia, se descarta el ilícito por ausencia de conducta o hecho. En esta hipótesis estarían las convulsiones epilépticas o movimientos instintivos. ... la excluyente únicamente abarca estímulos del mundo exterior –no interior- que en contacto con los centros sensores orgánicos producen determinado comportamiento involuntario”*.⁶

Se consideran como estados de inconsciencia al sueño profundo, sonambulismo, embriaguez o hipnotismo, toda vez que en estos no interviene la voluntad del agente. Ahora bien, si el sujeto se colocó voluntariamente en alguno de estos estados, se cae en el supuesto de las acciones libres en su causa, que eliminan la posibilidad de configurar esta excluyente del delito.

3.4.2 Tipicidad; atipicidad.

⁶ Urosa Ramírez, *op cit.* p 99

El **artículo 14** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece:

“... En los juicios del orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía y aún por mayoría de razón, pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito que se trata.”...

Lo anterior significa que no puede existir delito sin ley que lo prevea. La diferencia que existe entre tipo y **tipicidad** radica en que el primero se entiende como la descripción legal que hace el legislador de una conducta en los preceptos penales, la segunda **es la adecuación de una conducta con la descripción hecha en la ley.**

Se le atribuye al tipo una función prevencionista, ya que al establecerse una pena ésta tiene un carácter intimidatorio, de esta forma los sujetos que quieren cometer un delito no lo hacen por temor a la sanción. Además cuenta con una función motivadora; es decir, al considerar algunas conductas como delictivas crean en las personas la convicción de comportarse al margen de la ley, por lo que al existir la impunidad se crea un sentimiento que invita a la comisión de delitos.

El tipo se encuentra conformado por elementos objetivos, subjetivos y normativos; así como por referencias de índole temporal, espacial, de ocasión y personales, pero no siempre los tipos penales contienen a todos estos elementos o referencias. Por lo que hace al estudio de cada uno de estos elementos se realizará hasta el capítulo siguiente, con el fin de evitar repeticiones innecesarias; por lo cual se procede al estudio del aspecto negativo de la tipicidad.

Se habla de que existe ausencia de tipicidad (atipicidad) cuando no se puede encuadrar la conducta al tipo por la falta de alguno de los elementos de éste.

Hay que precisar la diferencia que existe entre ausencia de tipo y ausencia de tipicidad; la primera se refiere a que la ley no considera la descripción de una

conducta; en la segunda sí existe el tipo, sin embargo la conducta no se amolda o llena todos los elementos que el mismo tipo exige.

El Código Penal para el Distrito Federal establece en su artículo 29, fracción II lo referente a la atipicidad:

“Artículo 29. (Causas de exclusión). **El delito se excluye cuando:**

II (Atipicidad). Falte alguno de los elementos que integran la descripción legal del delito que se trate. “

Se puede hablar de que son causas de atipicidad:

- **La falta de objeto material u objeto jurídico.** Para el caso del delito en estudio podrá ser causa de atipicidad el que el sujeto pasivo se encontrara previamente infectada de la misma enfermedad que el activo, por lo cual no puede existir peligro de contagio.
- **Se encuentren ausentes los elementos subjetivos del injusto requeridos.** “**A sabiendas...**”. Por ejemplo, que el sujeto activo desconociera su padecimiento por ser una infección asintomática.
- **Cuando no se encuentran las referencias temporales o espaciales requeridas.** No se requieren en el delito de peligro de contagio.
- **Al no haberse realizado la conducta con los medios comisivos exigidos por el tipo.** Este delito requiere que se ponga en peligro de contagio la salud de otra persona por medio de “relaciones sexuales u otro medio transmisible”, la segunda es una forma muy amplia, si se considera que la transmisión puede ser directa o indirecta.
- **Por no cumplirse con la calidad y número de sujetos (activos y pasivos) previstos en el tipo.** No son requeridos por el delito en estudio.

3.4.3 Antijuridicidad; causas de justificación.

“...La antijuridicidad es puramente objetiva, atiende sólo al acto, a la conducta externa. Para llegar a la afirmación de que una conducta es antijurídica, se requiere necesariamente un juicio de valor, una estimación entre esa conducta en su fase material y la escala de valores del Estado. ... Lo cierto es que la antijuridicidad radica en la violación del valor o bien protegido a que se contrae el tipo penal respectivo. En los tipos penales se señalan los valores que es necesario amparar; una conducta es antijurídica cuando vulnera dichos bienes o valores.”⁷

La antijuridicidad constituye un concepto unitario, sin embargo se le ha considerado en dos aspectos: el **formal** cuando implica una transgresión a una norma dictada por el Estado, es decir que se encuentra en oposición a la ley o contrariando las prohibiciones de ésta; y será **material** cuando se traduzca en una contradicción a los intereses colectivos, es decir sea contraria a la sociedad.

Es así, que una vez que se haya llevado a cabo la adecuación de la conducta con algún tipo penal, ésta se presumirá antijurídica, sin embargo puede no serlo por mediar alguna causa de justificación, siendo esta el aspecto negativo de la antijuridicidad.

Las causas de justificación excluyen a la antijuridicidad de una conducta típica. También reciben el nombre de justificantes, causas eliminatorias de antijuridicidad, causas de licitud o tipos permisivos, etc. Como ya mencioné con antelación, éstas causas son objetivas, pues recaen sobre la acción realizada, sobre el hecho y su realización externa. Asimismo son reales, pues favorecen a cuantos intervienen en la realización de la conducta típica; no generan ninguna consecuencia al no ofender o lesionar intereses jurídicos ajenos.

⁷ Castellanos Tena, Fernando, *Op cit*, p. 179

Las causas de justificación no coexisten, toda vez que se excluyen entre sí.

Las características de las causas de justificación son:

- a) Deben ser históricas o reales de manera tal que si solo existen en la mente del autor no hay causa de justificación.
- b) Deben estar expresa y limitativamente contempladas en la ley, de tal suerte que no pueden existir por encima de las legislaciones penales, ni siquiera en forma supra-legal.
- c) Favorecen erga omnes a diferencia de otras excluyentes que sólo aprovechan al autor (exime a todos los partícipes). ⁸

Se procede a analizar de manera breve cada una de las causas de licitud.

“Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

III (Consentimiento del titular). Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de un bien jurídico disponible;
- b) Que el titular del bien jurídico, o quien esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien; y
- c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundadamente que, de haberse consultado al titular del bien o a quien esté legitimado para consentir, éstos hubiesen otorgado el consentimiento.

⁸ Urosa Ramírez, *Op cit.* p. 48

El consentimiento, debe ser previo a la comisión a la infracción penal, si se otorga con posterioridad carece de efectos, además se puede revocar siempre y cuando no se haya otorgado de manera libre.

El momento de su otorgamiento distingue al consentimiento del perdón; es decir, el primero debe otorgarse antes para que surta sus efectos, en cambio el perdón se otorga con posterioridad a la conducta típica sin que se destruya la infracción penal.

El inciso **a)** del citado artículo se refiere a que el bien sea disponible, que interpretándolo a *contrario sensu*, son aquellos en los que se protege el interés colectivo del Estado y la sociedad sobre la voluntad del particular

Como en el caso del delito de Peligro de contagio el bien jurídico es la salud de las personas, la salud de los individuos representa un interés colectivo tanto del Estado como de la sociedad para su preservación, lo cual implica que también de una manera tácita el Estado busca la conservación y el bienestar de la especie, por lo que no se debe considerar al consentimiento como una causa de justificación al representar la salud un bien disponible. De esta forma no se colma el primer requisito que marca el citado artículo, por lo cual no es posible la actualización de esta causa de licitud.

Por su parte el inciso **b)** se refiere al consentimiento otorgado por el titular del bien jurídico, o quien esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien. Lo anterior significa la facultad jurídica necesaria y suficiente para el acto de disposición así como para comprender el alcance y significación de sus actos por parte de quien otorga el consentimiento.

Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

IV (Legítima defensa). Se repela una agresión real, actual o inminente y sin derecho, en defensa de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa empleada y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de su defensor.

Se presume que existe legítima defensa, salvo prueba en contrario, cuando se cause un daño a quien por cualquier medio trate de penetrar o penetre, sin derecho, al lugar en que habite de forma temporal o permanente el que se defiende, al de su familia o al de cualquier persona respecto de las que el agente tenga obligación de defender, a sus dependencias o al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación. Igual presunción existirá cuando el daño se cause a un intruso al momento de sorprenderlo en alguno de los lugares antes citados en circunstancias tales que revelen la posibilidad de una agresión.

Analizando los elementos de la definición legal de la legítima defensa encontramos:

- **Agresión:** se entiende el movimiento corporal del atacante (ser humano) que amenaza con lesionar o lesiona intereses jurídicamente protegidos y que hace necesario el uso de la violencia por parte del que la rechaza.
- **Real:** significa que debe ser verdadera, no imaginaria ni hipotética
- **Actual o inminente:** deberá ser presente, si fuese pasada estaríamos frente a una venganza, en su caso de ser futura se podría prevenir por otros medios. O bien que se pueda presumir una agresión cercana, es decir que este próximo a suceder.
- **En defensa de bienes jurídicos propios o ajenos:** se puede tratar de cualquier clase de bienes protegidos por el derecho, tanto del que se defiende como al que se defiende.

Cabe hacer notar que el Código Penal Vigente para el Distrito Federal no contempla la existencia de “la racionalidad de los medios empleados”, considerado en la legislación Federal, con lo cual se puede llegar a un exceso en las causas de licitud.

Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

V (Estado de necesidad). Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el sujeto, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo.

El estado de necesidad procede cuando se encuentra ante la disyuntiva de sacrificar un bien jurídico ajeno de menor o igual valor por otro bien, propio o ajeno, de mayor valor, siempre y cuando no exista otro medio para evitar el conflicto de intereses. La valuación de los bienes en conflicto supone una parte importante para tenerla como causa de justificación por estado de necesidad. Asimismo se requiere que se encuentren en un peligro real, actual o inminente. Otro elemento importante es que no haya sido ocasionado dolosamente, admitiendo de esta forma los que se ocasionan culposamente. Respecto a que “el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo”, se refiere a la obligación generada por razón del empleo o cargo del sujeto, posición de garante.

Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

VI (Cumplimiento de un deber o ejercicio de un derecho). La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional de la conducta empleada para cumplirlo o ejercerlo;

El cumplimiento de un deber impide el nacimiento de la antijuridicidad. Dicho deber puede derivar de las normas jurídicas o de una orden de autoridad por la cual se ordena al subordinado realice determinado comportamiento. La orden debe ser formal y sustancialmente legítima; la primera se refiere a que el superior que la dictó sea competente y la segunda a la competencia del subordinado para ejecutarla.

El ejercicio de un derecho nace del reconocimiento hecho por la ley sobre el derecho ejercitado, así como por la facultad o autorización otorgada en forma lícita por la autoridad competente. Esta facultad o autorización debe de derivar de una autoridad dentro de su competencia, siempre y cuando reúna los requisitos legales.

Una conducta típica supone su antijuridicidad, a menos que opere como excepción alguna justificante, sin embargo en caso de que se lleguen a rebasar los límites de una conducta legitimada por una justificante, surge la ilicitud. En otras palabras, una conducta en su fase inicial resulta lícita, pero al pasar los límites comprendidos por una justificante se considera como un **exceso en las causas de licitud**. Este comportamiento no se deja sin consideración por parte de la ley al establecer:

Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

...

Si en los casos de las fracciones IV, V y VI de este artículo el sujeto se excediere, se estará a lo previsto en el artículo 83 de este Código”.

Artículo 83. “...

Al que incurra en exceso, en los casos previstos en las fracciones IV, V y VI del artículo 29 de este Código, se le impondrá la cuarta parte de las penas o medidas de seguridad, correspondientes al delito de que se trate, siempre y cuando con relación al exceso, no exista otra causa de exclusión del delito”.

3.4.4 Culpabilidad; inculpabilidad.

Se define a la culpabilidad como “*el nexa intelectual y emocional que liga al sujeto con su acto*”.⁹

Para que un sujeto sea culpable se requiere en su conducta la intervención del conocimiento y de la voluntad

Como presupuesto de la culpabilidad se habla de la imputabilidad, ya que la primera no podría existir sin la segunda. La **imputabilidad** debe ser entendida como la **capacidad de entender y de querer** en el campo del Derecho Penal. El conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales en el autor que se encuentran presentes al momento de realizar una conducta típica y antijurídica y de la cual deberá de responder.

Es así que se puede hablar de la imputabilidad desde dos puntos de vista: el objetivo y el subjetivo. El objetivo se refiere a que el sujeto debe contar con cierta edad (18 años) para que se le reconozca como sujeto activo del delito. Desde el punto de vista subjetivo es que sea de salud mental adecuada. Interpretando a *contrario sensu* la primera parte de la fracción VII del artículo 29 será imputable quien al momento de realizar el hecho típico tenga la capacidad de comprender su carácter ilícito o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de no padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado. Comprender la ilicitud del hecho significa poseer la facultad intelectual para asumir que la conducta es contraria a derecho.

La segunda parte del citado artículo se refiere a las denominadas “**acciones liberae in causa**” que se presentan cuando un sujeto comete un delito bajo el

⁹ Castellanos Tena, Fernando, *Op cit*, p 234

influjo de cualquier sustancia que le ocasione una alteración en su mente, siempre y cuando dicha ingestión se realice de manera libre y espontánea.

La **imputabilidad disminuida** se presenta cuando un sujeto se encuentra afectado en sus facultades mentales y por tanto su capacidad de cognición y voluntad, sin que tal afectación se de a tal grado de excluir su imputabilidad. *“La imputabilidad disminuida presume que el agente al momento de realizar el hecho típico, no tiene los mínimos patrones psicológicos considerados como normales; empero, éstos se encuentran en una zona colindante a los mismos. Lo anterior no significa que la capacidad del agente esté anulada plenamente, sino tan sólo sensiblemente dañada, en virtud de padecer perturbación mental o desarrollo intelectual parsimonioso”*.¹⁰

El artículo 65 del Código Penal para el Distrito Federal establece respecto al tratamiento de los imputables disminuidos lo siguiente:

Artículo 65 (Tratamiento para imputables disminuidos). Si la capacidad del autor sólo se encuentra considerablemente disminuida, por desarrollo intelectual retardado o por trastorno mental, a juicio del juzgador se le impondrá de una cuarta parte de la mínima hasta la mitad de la máxima de las penas aplicables para el delito cometido o las medidas de seguridad correspondientes, o bien ambas, tomando en cuenta el grado de inimputabilidad, conforme a un certificado médico apoyado en los dictámenes emitidos por cuando menos dos peritos en la materia.

La **inimputabilidad** sucede cuando al momento de realizar el hecho típico el sujeto activo no cuenta con la capacidad para comprender su carácter ilícito o de conducirse de acuerdo a esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado.

¹⁰ Urosa Ramírez, *op cit.* p.232

Artículo 29. (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

VII (Inimputabilidad y acción libre en su causa). Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el sujeto hubiese provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado típico producido en tal situación.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 65 de este Código.

Existen diversos **criterios para fundamentar a la inimputabilidad**. El **objetivo** tiene relación con la edad del sujeto, por lo que para nosotros una persona es inimputable si es menor de 18 años de edad. Otro criterio se refiere a la **sanidad mental** del sujeto, son inimputables las personas que padecen un trastorno mental transitorio (emplean sustancias tóxicas de manera accidental o involuntario) o permanente (en el caso de enfermedades mentales). Como ejemplo se encuentran los esquizofrénicos, paranoicos y delirantes epilépticos. El criterio de la maduración psicofisiológica del sujeto se refiere a los oligofrénicos (padecen un déficit de inteligencia congénita o precozmente adquirida), por ejemplo la idiocia, imbecilidad y los débiles mentales.

La **culpabilidad** se presenta en dos formas: **el dolo y la culpa**.

Artículo 18. (Dolo y Culpa). Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente.

Obra **dolosamente** el que, conociendo los elementos objetivos del hecho típico de que se trate, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta su realización.

...

Como **elementos** del dolo existe uno **ético**, que se constituye por la conciencia que tiene el sujeto de que se encuentra quebrantando el deber; el otro elemento es el **psicológico o volitivo**, que consiste en la voluntad de realizar el acto.

Asimismo, existen diversas especies de dolo, a saber:

- **Dolo directo o de primer grado:** el sujeto persigue con la realización de su conducta un resultado típico. Es decir, se representa el resultado tipificado en la ley y lo quiere.
- **Dolo indirecto o de consecuencias necesarias:** en este el sujeto también acepta el resultado típico, sin embargo el resultado buscado trae consigo otros resultados tipificados por la ley penal y que asume como necesarios para lograr su propósito criminal.
- **Dolo eventual:** en este se desea que se produzca un resultado delictivo, previéndose la posibilidad de que surjan otros no deseados directamente. Es decir, aquí el sujeto se representa como probable la producción de un resultado típico, muestra indiferencia y con de acuerdo a su voluntad realiza la conducta que de acuerdo a su representación habría de producirlo.
- **Dolo indeterminado:** en este el sujeto realiza la conducta con la intención indeterminada de lesionar o dañar, pero con la certeza de que su conducta producirá varios resultados típicos.

La diferencia entre el dolo eventual y el indirecto radica en que en el primero los resultados paralelos que se producen en virtud de la conducta antijurídica no son aceptados, sino que muestra indiferencia ante su producción.

El delito de peligro de contagio **sólo** admite la forma dolosa. Lo cual significa que el sujeto activo debe tener conocimiento de que padece una enfermedad grave en

período infectante su padecimiento y de los alcances de su conducta, así como la voluntad proyectada para poner en peligro un bien jurídico ajeno.

La otra forma de la culpabilidad es la culpa, la cual se encuentra prevista en el artículo 18 del Código del Distrito Federal:

Artículo 18. (Dolo y Culpa). Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente.

...

Obra **culposamente** el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado que objetivamente era necesario observar.

Existen **dos clases** de culpa:

- **Culpa inconsciente o sin representación:** en ella el sujeto activo al realizar su conducta desconoce que está violentando una norma que exige cuidado, y sin tener representación alguna respecto a la producción de un resultado típico, se conduce imprudentemente causándolo (no prevé el resultado, siendo previsible).
- **Culpa consciente o con representación:** el sujeto sabe que se encuentra violando una norma que exige cuidado, y con la representación de que probablemente produciría un resultado típico, realiza la acción, con la esperanza de que el resultado jamás se lleve a cabo (previó confiando en que no se produciría).

La **inculpabilidad** representa el aspecto negativo de la culpabilidad. Si un sujeto realizó una conducta típica y antijurídica, se debe analizar, previamente y dentro de la culpabilidad, si el sujeto actuó imputablemente y si es así se debe verificar que no exista a su favor alguna causa de inculpabilidad.

Como causas de inculpabilidad se encuentran el error de tipo, error de prohibición y la no exigibilidad de otra conducta.

Es así que el artículo 29 en su fracción VIII contempla al error de tipo y al error de prohibición al establecer:

Artículo 29 (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

VIII. (Error de tipo y error de prohibición). Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible, respecto de:

- a) Alguno de los elementos objetivos que integran la descripción legal del delito de que se trate; o
- b) La ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de este Código.

El citado artículo distingue entre error vencible e invencible. *“Podemos definir el error vencible como aquél que hubiera podido sortearse de haber observado el sujeto el cuidado que le correspondía a un hombre común acorde a las circunstancias, en tanto que en el inevitable, el agente, aún empleando la debida diligencia, continua sumergido en el mismo”*.¹¹

El error es un falso conocimiento de la verdad. El **error de tipo** se encuentra comprendido en el inciso **a)** de este artículo y se refiere al conocimiento incorrecto que tiene un sujeto sobre los elementos esenciales contenidos en el tipo, que para el caso de la materia local únicamente se refiere a los elementos objetivos que

¹¹ *Ibid*, p. 610-611

integran la descripción legal. El dolo presupone el conocimiento, por parte del sujeto, de los elementos descriptivos del delito; en el error de tipo falta su conocimiento por lo tanto se excluye al dolo.

Si el error de tipo es invencible se elimina tanto el dolo como la culpa, pero si es vencible únicamente de elimina el dolo y permanece la culpa, siempre y cuando el hecho admita esa forma de ejecución. Para este ultimo caso se estará a lo dispuesto por el artículo 83 del Código Penal.

En el delito en estudio se puede presentar el error de tipo, cuando el sujeto activo desconoce que la enfermedad que padece se encuentra en período infectante y mucho menos sabe de su gravedad, por lo que con su actuar pone el peligro de contagio a otra persona.

Artículo 83 (Punibilidad en el caso de error vencible). En caso de que sea vencible el error a que se refiere el inciso a), fracción VIII del artículo 29 de este Código, la penalidad será la del delito culposo, si el hecho de que se trata admite dicha forma de realización.

...

Este error para que tenga efecto de excluyente de delito deberá referirse a los elementos objetivos de la descripción legal, sin que puedan alegarse iguales consecuencias para los secundarios como los errores en la persona (*aberratio in persona*) y en el golpe (*aberratio ictus*). El primero recae sobre la persona debido a una errónea representación, en la segunda hay una desviación en el golpe que causa un daño igual, mayor o menor al que se propuso el sujeto.

El **error de prohibición** se refiere a la ilicitud de la conducta por:

- Que el sujeto desconozca la existencia de la ley (error de prohibición directo).

- Desconozca el alcance de la misma
- O por que crea que su actuar se encuentra amparado bajo una causa de justificación (error de prohibición indirecto o también denominadas eximentes putativas).

Para los dos primeros el sujeto no ha captado los valores que se encuentran inmersos en la norma y que le son ajenos por razones sociales y/o culturales impidiéndole una percepción correcta de la norma. Es decir, a causa de la ignorancia de la ley o por no comprender su alcance debido a las precarias condiciones culturales o de aislamiento del sujeto. En la tercera existe un reconocimiento del mandato legal que prohíbe su actuar, sin embargo el sujeto cree que le ampara una causa de justificación.

Se consideran eximentes putativas:

- **Defensa putativa.** “El sujeto cree, fundado en error esencial e invencible, ejecutar un legítimo derecho de defensa, siendo injustificada tal creencia por la inexistencia de una auténtica agresión”.
- **Estado de necesidad putativo.** “La creencia de un estado de peligro, real, grave e inminente, fuera de toda realidad, constituye un falso conocimiento del hecho que lleva al agente a lesionar bienes jurídicos ajenos.”
- **Ejercicio de un derecho putativo y cumplimiento de un deber putativos.** “La conducta antijurídica se supone lícita, a virtud del error sobre la existencia del derecho o del deber que se ejercita o cumplimenta”.¹²

El error de prohibición invencible tiene efectos de excluyente del delito, en caso de que se trate de un error vencible o superable opera como atenuante, sin que se destruya la responsabilidad del sujeto.

Artículo 83 (Punibilidad en el caso de error vencible).

¹² Pavón Vasconcelos, Francisco, *op cit*, p. 224

... Si el error vencible es el previsto en el inciso b) de la misma fracción, la penalidad será de una tercera parte del delito que se trate.

La otra causa de inculpabilidad se refiere a la **no exigibilidad de otra conducta**.

“El juicio de reproche no sólo se minimiza o desaparece cuando el sujeto del injusto se encuentra en condiciones psíquicas diversas a las de un individuo común y corriente, o cuando actúa con base en una falsa noción sobre el carácter antijurídico del hecho, sino también cuando se conduce bajo circunstancias anómalas ante las cuales cualquier persona común hubiera sucumbido, pues en tales circunstancias, se puede establecer que se ha obrado en situación de inexigibilidad, considerando que el derecho no puede compeler a nadie a resistir una imposición motivacional excepcional que el hombre medio no está obligado a tolerar”.¹³

Artículo 29 (Causas de exclusión). El delito se excluye cuando:

IX. (Inexigibilidad de otra conducta). En atención a las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al sujeto una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido conducir conforme a derecho.

La doctrina considera como casos de inexigibilidad de otra conducta al **estado de necesidad exculpante** que opera cuando se trata de bienes de igual valor y se sacrifica uno de éstos, eliminando la reprochabilidad. También considera el miedo grave y el temor fundado, sin que se encuentren previstos en la ley.

¹³ Urosa Ramírez, *op cit.* p 258

3.4.5 Punibilidad; excusas absolutorias.

Por punibilidad debemos entender “*La amenaza de pena que el Estado asocia a la violación de los deberes consignados en las normas jurídicas, dictadas para garantizar la permanencia del orden social*”.¹⁴

El delito de peligro de contagio establece como pena de prisión de tres meses a tres años de prisión y de cincuenta a trescientos días multa. Pero en caso de que se trate de una enfermedad incurable se impondrá prisión de tres meses a diez años y de quinientos a dos mil días multa.

Las excusas absolutorias representan el aspecto negativo de la punibilidad, su presencia hace inexistente el delito. “*Son descargos a favor del sujeto bajo circunstancias especialísimas, en donde se integra el delito, pero por razones de política criminal o elemental justicia, se encuentra libre de pena alguna. En efecto, las excusas absolutorias son de índole estrictamente personal, se encuentran expresamente señaladas en el texto de la ley e impiden la sanción del delito por razones de utilidad pública o política criminal*”.¹⁵

Para el delito en estudio no se presentan.

3.5 Tentativa

El delito debe recorrer un camino que va desde su inicio hasta su conclusión, a este se le conoce comúnmente como *Iter criminis*, el cual es únicamente válido

¹⁴ Pavón Vasconcelos, Francisco, *op cit*, p 633

¹⁵ Urosa Ramírez, *op cit*. p. 285-286

cuando se esta frente a delitos dolosos. Este camino del delito se integra por dos fases: **la interna y la externa**. La primera se lleva acabo en la mente del sujeto y comprende tres fases: la **ideación** que se hace el sujeto de realizar el delito, si acepta se presenta la **deliberación** en la cual analiza los pros y contras del realizar el delito. La última etapa consiste en la **resolución** de cometer el delito, pero sin que aún salga de su mente dicha decisión.

La **fase externa** del delito corresponde a la fase externa, misma que a su vez comprende tres etapas: la **resolución**, en la que la idea ya abandona la esfera interna para surgir al exterior, pero solamente idea exteriorizada; la **preparación** y la **ejecución** que es para el caso de que reúnan todos los elementos señalados en el tipo penal, en esta etapa a su vez se puede presentar la consumación del delito o bien la tentativa.

La tentativa la define el maestro **Fernando Castellanos** como ***“los actos ejecutivos (todos o algunos), encaminados a la realización de un delito, si éste no se consuma por causas ajenas al querer del sujeto”***. Distinguiendo el citado autor entre la **tentativa acabada o delito frustrado** *“cuando el agente emplea todos los medios adecuados para cometer el delito y ejecuta los actos encaminados directamente a ese fin, pero el resultado no se produce por causas ajenas a su voluntad”*; y la **tentativa inacabada o delito intentado** cuando *“se verifican los actos tendientes a la producción del resultado, pero por causas extrañas, el sujeto omite alguno y por eso el evento no surge; hay una incompleta ejecución”*.¹⁶

Es así que la tentativa se integra con un elemento subjetivo que es la intención dirigida a cometer un delito y con otro elemento objetivo, que son los actos ejecutivos realizados por el agente así como por un resultado que no se verifica por causas ajenas a la voluntad del sujeto.

¹⁶ Castellanos Tena Fernando, Op cit p 287, 289

El Código Penal para el Distrito Federal, establece en lo relativo a la tentativa:

“Artículo 20. (Tentativa punible). Existe tentativa punible, cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza realizando, en parte o totalmente, los actos ejecutivos que deberían producir el resultado, u omitiendo los que deberían evitarlo, si por causas ajenas a la voluntad del sujeto activo no se llega a la consumación, pero se pone en peligro el bien jurídico tutelado.

Artículo 21. (Desistimiento y arrepentimiento). Si el sujeto desiste espontáneamente de la ejecución o impide la consumación del delito, no se le impondrá pena o medida de seguridad alguna por lo que a éste se refiere, a no ser que los actos ejecutados constituyan por sí mismos algún delito diferente, en cuyo caso se le impondrá la pena o medida señalada por éste”.

Artículo 78. (Punibilidad de la tentativa). La punibilidad aplicable a la tentativa, será de entre una tercera parte de la mínima y dos terceras partes de la máxima, previstas para el correspondiente delito doloso consumado que el agente quiso realizar.

En la aplicación de las penas o medidas de seguridad a que se refiere este artículo, el juzgador tendrá en cuenta, además de lo previsto en el artículo 72 de este Código, el mayor o menor grado de aproximación a la consumación del delito y la magnitud del peligro en que se puso al bien jurídico protegido”.

El fundamento de la punición en la tentativa es el principio de efectiva violación de la norma penal, al **poner en peligro intereses jurídicamente tutelados**, que en el caso de delito de peligro de contagio es la salud del individuo. Como se vio en el inicio del presente capítulo, el delito en estudio es de resultado formal o de simple actividad, sin que sea necesario que se produzca alguna alteración en el objeto material; asimismo, en relación a su clasificación por el daño que causan es de peligro, toda vez que no existe afectación al bien jurídico tutelado, sino que como su nombre lo dice sólo se pone en peligro o riesgo. Es así que estimo que no es posible hablar de una tentativa en el delito de peligro de contagio, toda vez que

este delito se consuma al momento mismo de poner en peligro de contagio la salud de otra persona, ya sea por relaciones sexuales o por cualquier otro medio transmisible. En otras palabras, considero que se estaría hablando de un peligro del peligro de contagio.

Suponiendo, sin conceder, que fuera posible la tentativa en el delito de peligro de contagio las penas a imponer quedarían de la siguiente forma:

- Punibilidad de la tentativa tratándose de **enfermedades curables: 1 mes a 2 dos años de prisión.**
- Punibilidad de la tentativa para el caso de que la **enfermedad** sea **incurable: 1 mes a 6 años 8 meses de prisión.**

3.6 Formas de autoría y participación.

La **participación** es la voluntaria cooperación de varios individuos en la realización de un delito, sin que el tipo requiera esa pluralidad. Su grado de participación esta en función de la conducta realizada.

Maggiore clasifica las formas de participación según el grado, la calidad, el tiempo y la eficacia.

- a) según el *grado*, la participación puede ser *principal* y *acesoria*; mientras la primera se refiere a la consumación del delito, la segunda atiende a su preparación.
- b) Según la *calidad*, la participación puede ser *moral* y *física*, comprendiendo la primera tanto la instigación como la determinación o provocación; a su vez la instigación abraza, como subclases: el mandato, la orden, la coacción, el consejo y la asociación.

- c) En razón del *tiempo*, la participación es *anterior*, si el acuerdo es previo a la comisión del delito y en tal momento se precisa la intervención que en él lleva cada partícipe; *concomitante*, si la temporalidad está referida al instante mismo de la ejecución del delito; y *posterior*, cuando se comprenden actos que se ejecutan después del evento, pero con acuerdo previo, y
- d) Según su *eficacia*, la participación es *necesaria y no necesaria*, de acuerdo con la naturaleza del delito, ya sea que éste exija o no, para su comisión el concurso de personas.¹⁷

Cuando una persona ejecuta por sí misma el delito estamos en presencia de un **autor**, en cambio si son varios sujetos los que lo originan reciben el nombre de **coautores**.

La autoría se clasifica en **material, intelectual y mediata**.

- Son autores **materiales** los que realizan el hecho criminal por sí mismos.
- Los autores **intelectuales** son los que planean y ordenan la ejecución de un delito.
- Pueden ser autores **mediatos** los que:
 - Realizan el delito valiéndose del error en que se encuentra el sujeto activo de la acción;
 - El que ejerce una presión o coacción física o mental en contra de otro sujeto para que realice el hecho
 - El que realiza un delito valiéndose de inimputables, trátense de enajenados mentales o menores.
 - El que realiza un delito valiéndose de animales.¹⁸

Los autores mediatos delinquen por medio de otro que adquiere el carácter de mero instrumento.

¹⁷ Citado por Castellanos Tena, *Ibid*, p. 297

¹⁸ Monarque Ureña Rodolfo, **Lineamientos elementales de la Teoría General del Delito**, Porrúa, México, 2000, p 142

El artículo 22 del Código Penal para el Distrito Federal establece que son responsables del delito, quienes:

- I Lo realicen por sí;
- II Lo realicen conjuntamente con otro u otros autores;
- III Lo lleven a cabo sirviéndose de otro como instrumento;
- IV Determinen dolosamente al autor a cometerlo;
- V Dolosamente presten ayuda o auxilio al autor para su comisión; y
- VI Con posterioridad a su ejecución auxiliien, al autor en cumplimiento de una promesa anterior al delito.

Quienes únicamente intervengan en la planeación o preparación del delito, así como quienes determinen a otro o le presten ayuda o auxilio, sólo responderán si el hecho antijurídico del autor alcanza al menos el grado de tentativa del delito que se quiso cometer.

La instigación y la complicidad a que se refieren las fracciones IV y V, respectivamente, sólo son admisibles en los delitos dolosos. Para las hipótesis previstas en las fracciones V y VI, se impondrá la punibilidad dispuesta en el artículo 81 de este Código.”

Artículo 81. (Punibilidad de la complicidad). Para los casos a que se refieren las fracciones V y VI del artículo 22 de este Código, la penalidad será de las tres cuartas partes del mínimo y del máximo de las penas o medidas de seguridad previstas para el delito cometido, de acuerdo con la modalidad respectiva.

Para el caso en concreto del delito de peligro de contagio no se requiere la participación de dos o mas sujetos para su configuración. En este delito será el autor material la persona sabedora de que su padecimiento es una enfermedad grave en período infectante y que ejecuta ella misma la conducta.

De igual manera se puede presentar la autoría intelectual, cuando un sujeto instiga o induce a otro para poner en peligro de contagio la salud de un tercero, ya sea por medio de relaciones sexuales o por cualquier otro medio transmisible, así como la autoría inmediata. El primer caso se podría presentar cuando un sujeto

por razón de su trabajo tiene contacto con fluidos contagiosos y por inducción de otro pone en peligro la vida de un tercero.

3.7 Concurso de delitos.

Existen dos tipos de concurso de delitos: **ideales** o formales y los **reales** o materiales.

El Código Penal para el Distrito Federal establece al respecto lo siguiente:

“**Artículo 28. (Concurso ideal y real de delito).** Hay **concurso ideal**, cuando con una sola acción o una sola omisión se cometen varios delitos.

Hay **concurso real**, cuando con pluralidad de acciones u omisiones se cometen varios delitos.

No hay concurso cuando las conductas constituyan un delito continuado.

En caso de concurso de delitos se estará a lo dispuesto en el artículo 79 de este Código.

Artículo 79 (Aplicación de la sanción en el caso de concurso de delitos). En caso de **concurso ideal**, se impondrán las sanciones correspondientes al delito que merezca la mayor penalidad, las cuales podrán aumentarse sin rebasar la mitad del máximo de la duración de las penas correspondientes de los delitos restantes, si las sanciones aplicables son de la misma naturaleza; cuando sean de diversa naturaleza podrán imponerse las penas correspondientes a los restantes delitos. En ningún caso, la pena aplicable podrá exceder de los máximos señalados en el Título Tercero del Libro Primero de este Código.

En caso de **concurso real**, se impondrá la pena del delito que merezca la mayor, la cual podrá aumentarse en las penas que la ley

contempla para cada uno de los delitos restantes, sin que exceda del máximo en el artículo 33 de este Código.”

El **concurso ideal** se distingue en **homogéneo** cuando la misma conducta (acción) cumple repetidamente el mismo tipo. Será **heterogéneo** cuando la única conducta infringe varios tipos penales.

Por ejemplo estamos frente a un concurso ideal cuando un sujeto que padece una infección de transmisión sexual y sabiendo esto comete el delito de violación.

3.8 Resultado.

El resultado se puede apreciar desde un punto de vista amplio cuando se refiere al actuar u omitir del hombre que produce en el mundo físico un conjunto de efectos naturales. En cuanto a un sentido mas restringido se debe separar de la conducta, configurándose exclusivamente con el efecto material del comportamiento del hombre.

El Derecho únicamente otorga el carácter de resultado a aquél efecto que considera relevante para la integración del tipo. Así el resultado es la consecuencia de la acción, a la que la ley considera decisiva para la realización del delito.

Atendiendo al tipo de resultado causado se habla de un resultado formal y otro material. El primero de éstos se integra con la pura conducta del sujeto y su resultado es únicamente jurídico, el segundo se refiere a la transformación que se produce en el mundo material o externo. La diferencia se aclara cuando el efecto o consecuencia de la conducta consiste únicamente en al situación de peligro creada para determinado bien jurídico, que en el caso que nos ocupa es la salud

del individuo. Aquí el peligro constituye en si mismo el resultado de la actividad del sujeto. Es así que el resultado constituye una violación al ordenamiento legal, pues lo que se protege es la seguridad de ciertos bienes, la situación de peligro en que se les coloca constituye en si misma una efectiva lesión al ordenamiento jurídico.

Cabe mencionar que el concepto de peligro difiere del concepto de daño, ya que en éste existe una lesión de intereses y el otro existe lo que se denomina una probabilidad de daño o peligro de lesión de intereses. Es decir, en el daño se concreta un resultado lesivo para un bien jurídico determinado, en el delito de peligro el daño esta ausente, no existe, aunque sí la probabilidad abstracta o concreta de dicho daño. Por probabilidad se entiende a la mayor o menor certidumbre sobre el acontecimiento de un resultado o evento dañoso.

Ahora bien, en relación al peligro la doctrina ha elaborado tres posturas. La corriente **objetiva** del peligro lo considera como algo real, tangible, un verdadero acontecimiento que sucede en el mundo real; la posibilidad y la probabilidad del peligro se constata a través de la experiencia, al observar los hechos. Por su parte los **subjetivistas** niegan que éste sea un hecho ya que solo puede ser captado por las personas de forma subjetiva, pues se trata de un temor que se opera en la mente y en el sentimiento del hombre, quien la capta como una situación de peligro amenazante. Los que son partidarios de la teoría **mixta (objetivo-subjetiva)** sostienen que el peligro se encuentra conformado tanto por un elemento objetivo como uno subjetivo, pues su posibilidad o probabilidad del mismo requiere de su constatación a través de la experiencia. Aquí la posibilidad y la probabilidad son la parte subjetiva, en tanto que la situación de peligro en que se coloca un objeto como consecuencia de la actividad humana representa la objetiva.

Como se ha visto, en los delitos de daño se produce una destrucción o disminución del bien jurídico con la consiguiente lesión de interés del titular,

mientras tanto, en los delitos de peligro, se toma en cuenta la probabilidad de que el bien jurídico puede resultar dañado como consecuencia de la conducta del agente, es decir la amenaza que tiene el bien de ser destruido o disminuido.

3.9 Extinción de la responsabilidad penal.

El término responsabilidad penal *“equivale a poner a cargo de alguien, por su culpabilidad, una consecuencia penal a virtud de un hecho ilícito (típico) cometido”*.¹⁹

La responsabilidad presupone la culpabilidad, siendo competencia de los órganos jurisdiccionales de la materia declararla cuando se ha cometido un hecho delictuoso, previo el proceso respectivo en que se cumplan las formalidades del procedimiento.

Es así que se habla de medios o formas de extinción de la acción penal y de las penas y medidas de seguridad que se pueden llegar a presentar desde el momento de la comisión del delito, pasando por la averiguación previa y el proceso, hasta la ejecución de la sentencia.

El Código Penal para el Distrito Federal establece las reglas generales de la extinción de la pretensión punitiva y de la potestad de ejecutar las penas y medidas de seguridad:

Artículo 94. (Causas de extinción). La pretensión punitiva y la potestad para ejecutar las penas y medidas de seguridad se extinguen por:

- I Cumplimiento de la pena o medida de seguridad;
- II Muerte del inculcado o sentenciado;

¹⁹ Pavon Vasconcelos Francisco, *op cit*, pp 771

- III Reconocimiento de la inocencia del sentenciado;
- IV Perdón del ofendido en los delitos de querrela o por cualquier otro acto equivalente;
- V Rehabilitación;
- VI Conclusión del tratamiento de inimputables
- VII Indulto;
- VIII Amnistía;
- IX Prescripción;
- X Supresión del tipo penal; y
- XI Existencia de una sentencia anterior dictada en proceso seguido por los mismos hechos.

Por lo que hace al **cumplimiento de la pena o medida de seguridad** es importante señalar que al haberse cumplido el plazo señalado en una sentencia, no tiene razón de ser que el sujeto continúe privado de su libertad, ya que supuestamente ha sido rehabilitado.

La **muerte del inculpado o sentenciado** también se extingue la acción penal o la pena, salvo la reparación del daño y el decomiso de los instrumentos con que se cometió el delito.

Por lo que hace al **reconocimiento de inocencia** opera una vez que el sujeto a sido condenado a pena o medida de seguridad, pudiendo anular la sentencia cuando se pruebe que es inocente del delito por el que fue juzgado. Esta forma extingue la pena o medida de seguridad así como todos sus efectos.

El **perdón** procede únicamente para los delitos que se persiguen por querrela. El artículo 159 del Código Penal para el Distrito Federal establece como requisito de procedibilidad para el delito de peligro de contagio la querrela de la víctima u ofendido. El artículo 264 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal establece:

“**Artículo 264.** Cuando para la persecución de los delitos sea necesaria la querrela de parte ofendida, bastará que ésta, aunque sea menor de edad, manifieste verbalmente su queja, para que se proceda en los términos de los artículos 275 y 276 de este Código. Se reputara (sic) parte ofendida por tener por satisfecho el requisito de la querrela necesaria, a la **victima** (sic) **o titular del bien jurídico lesionado o puesto en peligro** por la conducta imputada al indiciado, y tratándose de incapaces, **a los ascendientes** y a falta de estos, a los **hermanos o a los que representen a aquéllos legalmente**; cuando la víctima por cualquier motivo no se pueda expresar, el legitimado para presentar la querrela serán las personas previstas por el artículo 45 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal...”.

El perdón se puede otorgar por el ofendido o la persona que se encuentre legitimado para otorgarlo ante el Ministerio Público, si éste no ha ejercitado la acción penal correspondiente, o ante el Juez, antes de que cause ejecutoria la sentencia, si ya ha causado estado la sentencia se podrá ocurrir ante el Juez para otorgar el perdón. El perdón no es revocable, salvo en caso de que se trate de delitos de violencia familiar, y sólo beneficia a la persona en cuyo favor se otorga.

La **rehabilitación** tiene por objeto reintegrar al sentenciado en el goce de sus derechos, funciones o empleo del que se le haya suspendido o inhabilitado por sentencia firme.

El **tratamiento de inimputables** se extingue cuando se acredite que el sujeto no ya no requiere tratamiento. El **indulto** es una facultad discrecional del titular del poder Ejecutivo, extingue las penas y medidas de seguridad impuestas en sentencia ejecutoria, salvo el decomiso de instrumentos, objetos y productos relacionados con el delito, así como la reparación del daño. La **amnistía** extingue la pretensión punitiva o la potestad de ejecutar las penas y medidas de seguridad impuestas en los términos que la ley que la conceda.

La **prescripción** extingue la pretensión punitiva y la potestad de ejecutar las penas y las medidas de seguridad por el transcurso del tiempo. Para el caso de que se trate de un delito instantáneo, como el peligro de contagio, el plazo para el cómputo de la prescripción corre a partir del momento en que se consuma el mismo, asimismo en caso de que el delito requiera de la querrela prescribirá en un año, contado desde el día en que quienes puedan formular la querrela o el acto equivalente, tengan conocimiento del delito y del delincuente, y en tres años fuera de esa circunstancia. Una vez que sea satisfecho el requisito de procedibilidad, la prescripción seguirá corriendo según las reglas de los delitos que se persiguen de oficio, la cual consiste en un plazo igual al término medio aritmético de la pena privativa de la libertad, pero en ningún caso será menor de tres años.

En caso de que la **ley suprima un tipo penal** se extinguirá la potestad punitiva respectiva así como la posibilidad de ejecutar las penas o medidas de seguridad impuestas, por lo cual se procederá a dejar en inmediata libertad al inculcado o sentenciado, cesando todos los efectos del procedimiento penal o de la sentencia. Asimismo, ninguna persona puede ser juzgado dos veces por los mismos hechos (***non bis in idem***) independientemente del sentido de la sentencia.

CAPITULO IV

LOS ELEMENTOS DEL CUERPO DEL DELITO Y ALGUNAS ESTADÍSTICAS

4.1 Cuerpo del delito. Concepto

El Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal establece en lo conducente al cuerpo del delito lo siguiente:

Artículo 122.- El Ministerio Público acreditará el cuerpo del delito de que se trate y la probable responsabilidad del indiciado, como base del ejercicio de la acción penal; y la autoridad judicial, a su vez, examinará si ambos requisitos están acreditados en autos.

El cuerpo del delito se tendrá por comprobado cuando se demuestre la existencia de los elementos que integran la descripción de la conducta o hecho delictuoso, según lo determine la ley penal.

Para resolver sobre la probable responsabilidad del inculcado, la autoridad deberá constatar que no exista acreditada a favor de aquel alguna causa de licitud y que obren datos suficientes para acreditar su probable culpabilidad.

4.2 Elementos subjetivos

Los elementos subjetivos del tipo penal, a decir de Santiago Ávila Negrón, se refieren a la intención, al ánimo que tiene el sujeto activo en la comisión de un

ilícito penal, es decir, atienden a circunstancias que ocurren en el mundo interno, en el estado psicológico del autor del delito.¹

“**Artículo 159.** Al que sabiendo que padece una enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, siempre y cuando la víctima no tenga conocimiento de esa circunstancia, ...”.

El tipo penal en estudio es muy claro al requerir que el sujeto activo conozca previamente que padece una “enfermedad grave” y que aún conociendo esa circunstancia realiza actos por los cuales coloca a otro sujeto, que desconoce esa circunstancia, en peligro de contagio. Es decir, el sujeto activo quiere y acepta la realización de la conducta, a sabiendas de que corre el riesgo de que se produzca el contagio, salvo que para el caso de este delito basta con la puesta en peligro.

4.3 Elementos objetivos

Asimismo éstos elementos *“se identifican con aquella parte del modelo legal que pueden captarse a través de los sentidos, se conocen también como elementos materiales y puede afirmarse que son los siguientes: a) la conducta activa u omisiva requerida en la descripción legal; b) el objeto de esa conducta; c) el resultado y su nexa causal (solamente cuando se trata de delitos de resultado material, para el caso del delito de peligro de contagio no aplica este elemento); d) las circunstancias externas del hecho (lugar, tiempo, modo y ocasión); y e) las características exigidas tanto en el sujeto activo como a veces en el pasivo.”*²

- **Calidad específica del sujeto activo:** no requiere en el delito de Peligro de contagio.

¹ Ávila Negrón Santiago, **El Cuerpo del delito y los elementos del tipo penal**, Editorial Cárdenas, México, 2003, p.308

² Hernández Pliego Julio Antonio, **Programa de Derecho Procesal Penal**, 11ª ed, Porrúa, México, 2004, p 158

- **Calidad específica del sujeto pasivo:** no se requiere en el delito en estudio.
- **Referencias temporales y espaciales:** no requiere
- **Referencias a los medios de comisión:** que el sujeto activo sepa de que padece de una enfermedad grave y que con su actuar pone en peligro de contagio la salud del sujeto pasivo, quien desconoce el padecimiento de la otra persona.
- **Referencias al objeto material.** La persona a la que se pone en peligro de ser contagiada por una enfermedad grave.
- **La conducta requerida.** Se requiere de una conducta activa; es decir, poner en peligro de contagio la salud de otra persona por relaciones sexuales o por cualquier otro medio transmisible, previo conocimiento de su padecimiento por parte del activo y el desconocimiento del pasivo..

4.4 Elementos normativos.

Estos elementos implican una valoración necesaria para poder entender su sentido. Dicha valoración puede ser eminentemente jurídica o de carácter cultural. En el delito de peligro de contagio se encuentran como elementos normativos los siguientes:

- “... **padece** ...”. Del verbo padecer, se refiere al sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo.
- “... **una enfermedad** ...”. De acuerdo a la **NOM-017-SSA2-1994**, para la vigilancia epidemiológica, se debe entender por **enfermedad** a la disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico. Asimismo, a la luz de la citada Norma Oficial se

entiende por **enfermedad infecciosa**, a la enfermedad clínicamente manifiesta, del hombre o de los animales, resultado de una infección. Una **enfermedad transmisible** es cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente o los productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o del ambiente inanimado, y que se puede transmitir a otra persona o animal. Por **infección**, al alojamiento, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo humano o animal, **con resultados inaparentes o manifiestos**.

El tipo penal hace referencia a una “enfermedad grave”, sin embargo éste término no lo encontramos en las citadas NOM’s ni en la literatura médica. Asimismo el legislador local no hace referencia a lo que se debe entender por éste término, ni mucho menos nos lo ejemplifica o da las bases para hacerlo. Hay que recordar que las diversas etapas por las que atraviesan las infecciones varían de persona a persona, no es el mismo caso para un paciente sano que para un inmunodeprimido, las consecuencias necesariamente serán diferentes en uno y otro caso.

- “**...período infectante...**”. Este término no se encuentra como tal en las Normas Oficiales Mexicanas consultadas, sin embargo la NOM-017-SSA2-1994 define al “**período de incubación**” como el intervalo entre la exposición, infección, o infestación, y el inicio de signos y síntomas clínicos de la enfermedad”. Sin embargo el período infectante se puede encontrar en el presente trabajo como “**período de transmisibilidad**”, el cual se entiende como el lapso durante el cual puede transferirse un agente infeccioso, directa o indirectamente, de una persona infectada a otra persona, de un animal infectado a los seres humanos, o de una persona infectada a los animales (especialmente a los artrópodos). El período de

contagio varía de acuerdo al tipo de enfermedad, por lo que no se puede establecer un parámetro general para todas.

- “**...contagio...**”. la NOM para la vigilancia epidemiológica define al **contagio** como a la transmisión de una infección por contacto directo o indirecto. Asimismo, la NOM-039-SSA2-22, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual define al contagio como a la transmisión de una ITS por contacto directo e indirecto.
- “**...salud...**” lo entendemos por el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.
- “**relaciones sexuales u otro medio transmisible...**” El tipo penal requiere que el peligro de contagio se de por relaciones sexuales o por otro medio transmisible. La **transmisión** es el mecanismo por el cual un agente infeccioso se propaga de una fuente o reservorio a una persona o animal. Ésta puede ser directa o indirecta. En la primera no existen intermediarios, además de que es inmediata la entrada de los agentes infecciosos por una vía de entrada receptiva por donde puede producirse la infección del ser humano o animal. Como ejemplos podemos citar el tocar, morder, besar, realizar el acto sexual, diseminación de gotitas (a menos de un metro de distancia) o vía transplacentaria. la segunda forma de transmisión se refiere a la que se da por medio de materiales u objetos inanimados contaminados, por medio de vectores (insectos).

4.5 Estadísticas sobre las querellas iniciadas por el delito de Peligro de Contagio ante la PGJDF.

Para fines de este tema, solicité a través de la Oficina de Información Pública, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal información relativa el numero de averiguaciones previas que se iniciaron por el delito de peligro de contagio en el período comprendido del año 2000 a 2006, así como el número de éstas que fueron consignadas ante la autoridad competente. Es así que a la Dirección General de Política y Estadística Criminal informó, a través de la citada oficina de Información Pública, que el numero de averiguaciones previas iniciadas por este delito ascendieron a la cantidad de quince (15), mientras que el numero de consignaciones solo fueron dos (02).

Reflexionando sobre las cifras proporcionadas por la Dirección General de Política y Estadística Criminal, no podemos afirmar que es un delito de baja comisión o que casi no se comete en el territorio del Distrito Federal, sino mas bien consideramos que en la realidad ocurre lo contrario, que día a día un gran numero de personas se encuentran en peligro de contagiarse de alguna enfermedad grave; y que a pesar de esto las víctimas no ocurren ante la autoridad a fin de querrellarse por este delito por considerarlo solamente como un “peligro de contagio”.



Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad.
Dirección General de Servicios a la Comunidad
Oficina de Información Pública

Oficio No. OIP/600/605/0219/02-07

C. María de la Paz Chavarría Vargas
Presente:


Reciba un cordial saludo. En respuesta a su solicitud de Información recibida en esta Oficina de Información Pública el día 09 de febrero del presente año, en la cual solicitó lo siguiente:

- **NUMERO DE AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS POR EL DELITO DE PELIGRO DE CONTAGIO DEL PERIODO 2000 A LA FECHA.**
- **NUMERO DE AVERIGUACIONES PREVIAS CONSIGNADAS POR ESE DELITO DEL PERIODO 2000 A LA FECHA.**

Al respecto, y con base en la información proporcionada por la Dirección General de Política y Estadística Criminal, le hago entrega de **dos fojas útiles**, consisten en el Oficio número **DGPEC/097/07-02**, suscrito y firmado por el Lic. José Manuel Gil Padilla, Director General.

Lo anterior de conformidad y en cumplimiento con los artículos 1, 11 y 44 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.

Atentamente.
México, D. F., a 23 de febrero de 2007.
El Encargado de la Oficina de Información Pública


Lic. Francisco Fonseca N.

ccp. Lic. Ana Lorena Delgadillo Pérez. Encargada del Despacho de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad. Para su superior conocimiento.
Lic. Luis Pérez Eguiarte. Contralor Interno. Para su conocimiento.

FFN/ME/VM/0219/02-07



Dirección General de Política y
Estadística Criminal
Oficio No. DGPEC.1097/07-02

México D. F., a 16 de febrero de 2007.

LIC. FRANCISCO FONSECA NOTARIO
ENCARGADO DE LA OFICINA DE
INFORMACIÓN PÚBLICA
Presente.

EN ATENCIÓN A SU OFICIO NO. OIP/600/605/0169/02-07

Por este conducto y en atención a la petición con número de folio INFOMEX 0113000003007, de fecha 9 de febrero del año en curso, en la cual solicita: el Número de Averiguaciones Previas iniciadas por el delito de PELIGRO DE CONTAGIO, del periodo 2000 a la fecha y el Averiguaciones Previas consignadas por este delito del mismo periodo; informo a usted que después de realizar la búsqueda correspondiente en la base de datos de esta Dirección General, se encontró la información que se anexa al presente y que consta de una foja útil.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCIÓN
EL DIRECTOR GENERAL

LIC. JOSÉ MANUEL GIL PADILLA.

c.c.p. Dr. RODOLFO FELIX CARDENAS. Procurador General de Justicia del Distrito Federal.- Para su superior conocimiento. Presente.
Lic. ANA LORENA DELGADILLO PEREZ. Encargada del despacho de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad. Para su conocimiento.
Lic. LUIS PEREZ EGUIARTE. Contralora Interna. Para su conocimiento.

J/V/bsm

Apellidos
15:35
16/2/07



DIRECCION GENERAL DE POLITICA Y ESTADISTICA CRIMINAL

DELITO	PELIGRO DE CONTAGIO	
	AV. PREVIAS INICIADAS	AVERIGUACIONES PREVIAS CONSIGNADAS
2000	1	1
2001	1	0
2002	2	0
2003	2	0
2004	4	1
2005	0	0
2006	5	0
TOTAL	15	2

LICENCIADO FRANCISCO FONSECA NOTARIO, EN MI CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD EN LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 36 FRACCIÓN XIII DEL REGLAMENTO DE LA LEY ORGANICA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADO EL 16 DE NOVIEMBRE DE 1999 EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL

CERTIFICA

QUE LA PRESENTE COPIA FOTOSTÁTICA QUE SE EXPIDE ES COPIA FIEL DEL DOCUMENTO ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD DE ESTA DEPENDENCIA Y QUE CONSTA DE DOS FOJAS ÚTILES, A LOS VEINTISEIS DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL SIETE

LIC. FRANCISCO FONSECA NOTARIO

CAPITULO V

EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD VS EL DERECHO A LA VIDA.

5.1 Generalidades del SIDA.

5.1.1 Breve reseña histórica.

A finales del año 1979 un médico de los Ángeles, Joel Weisman, observó entre sus pacientes homosexuales un incremento en de los casos del síndrome mononucléico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas, para este síndrome no existía un tratamiento eficaz, pero en a pesar de eso los enfermos sanaban espontáneamente. Además de estos síntomas, algunos de sus pacientes presentaron diarreas y muguet oral y anal. Para Weisman se trataba de un ataque al sistema inmunológico.

El primer anuncio oficial sobre una nueva enfermedad fue publicado en junio de 1981 por la Agencia Epidemiológica Federal de Atlanta, Estados Unidos, Center for Disease Control (CDC). En el boletín semanal de esta agencia se dio la descripción de cinco casos graves de neumonía observados en algunos hospitales de los Ángeles, se trataba de hombres jóvenes que tenían en común la práctica de la homosexualidad, atribuyéndole su neumonía al *Pneumocystis carinii*, el cual se puede encontrar en el cuerpo humano sin provocar perturbaciones serias a menos que sea favorecido por una deficiencia inmunológica. Además, presentaban cuadros de candidosis, todos inhalaban los llamados *poppers* (nitrito de amilo o de

butilio), algunos usaban drogas intravenosas y en otros sus linfocitos T habían disminuido notablemente.

En marzo de 1981 se habían presentado, por lo menos, ocho casos agresivos del llamado “Sarcoma de Kaposi” en diferentes hospitales de Nueva York. Éste padecimiento es una grave enfermedad de la piel, una especie de proliferación tumoral múltiple. Según la literatura médica, es una afección crónica, relativamente benigna limitada a las personas de edad, de sexo masculino y de pertenencia étnica bien definida. La presencia de estos casos llamó la atención de los epidemiólogos, toda vez que las características de los pacientes no coincidían con lo señalado, es decir los pacientes eran hombres jóvenes homosexuales. Es así que nace la idea de que se trataba de una enfermedad propia de los homosexuales que los mataba al destruir sus defensas inmunológicas.

El 03 de julio de 1981, previo a la publicación del segundo comunicado oficial, apareció en un importante diario norteamericano una columna titulada “Cáncer raro observado en 41 homosexuales”, de esta manera se dio a conocer al público en general de la aparición de un fenómeno patológico que intrigaba a los especialistas y asustaba a la comunidad homosexual en Nueva York. En contra de lo difundido, ésta comunidad de Nueva York, San Francisco y Los Ángeles anunciaba que el llamado “cáncer gay” era mera invención de los médicos homofóbicos y que en realidad se trataba del efecto de un factor ambiental no contagioso y sin vinculación con el coito anal.

El tercer comunicado se dio el 28 de agosto de 1981, en éste se anunciaba que el número de casos registrados superaba el centenar. Se trataba de hombres jóvenes, en su mayoría homosexuales o bisexuales, muy pocos eran personas de color y una sola mujer. Asimismo se informaba que el 40% de los afectados ya había muerto al momento de la publicación y los otros no parecían tener cura.

Para fines de ese mismo año, el mal no solo comprendía a las tres grandes ciudades (Nueva York, Los Ángeles y San Francisco), sino que se había expandido a quince estados de la Unión Americana. Asimismo los investigadores llegan a la conclusión de que el agente causal es infeccioso y se transmitía por la vía sexual. Para entonces, la nueva enfermedad seguía sin un nombre oficial, por lo que se le denominaba de diferentes formas: “*neumonía gay*”, “*cáncer gay*” o el de “*la peste gay*”.

Para intentar dar una explicación al origen de ésta nueva enfermedad surgieron diversas hipótesis. La primera favorecía la idea de que el citomegalovirus aunado a un cofactor sería el agente causal. Otra sostenía que era producto de los efectos que ocasionaban la unión de una infección viral persistente y una droga lo que provocaban la inmunodepresión en algunos hombres genéticamente predispuestos. También se creyó que era por el uso de cremas corticosteroides para el tratamiento de la dermatosis y hemorroides de los homosexuales americanos. Otra hipótesis sostenía la idea de que se debía a que presiones repetidas sobrecargaban el sistema inmunológico y que por tal éste dejaba de funcionar.

El problema fue atacado por la investigación biológica y bioquímica sobre muestras de humores y tejidos así como por medio de extensos interrogatorios a los médicos que habían tratado los casos y a los pacientes mismos. Para ese entonces ya existía la presencia de esa enfermedad en 15 estados norteamericanos y en dos países extranjeros (Dinamarca y Haití). En el primer caso de la investigación se confirmó una linfopenia, en especial la disminución de linfocitos T auxiliares, asimismo mostraron la disminución de los anticuerpos contra el virus de la varicela y el aumento de los anticuerpos contra el citomegalovirus, el virus Epstein-Barr, el virus de la hepatitis B y la *Treponema* de la sífilis. No se descubrió ninguna sustancia química en particular. Las entrevistas dieron como resultado que los pacientes estaban distribuidos en su mayoría (70%), hispanos (16%) y negros (14%); en cuanto a la edad promedio era de 37

años. El estado caracterizado como enfermedad era precedido generalmente por algunos síntomas como: fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y diarrea crónica; y la que al parecer era la de mayor importancia, el aumento de volumen de los ganglios linfáticos en varias partes del cuerpo en forma duradera.

La misma enfermedad también fue detectada en una mujer y en algunos hombres heterosexuales, lo cual favorecía el origen infeccioso de dicha enfermedad, las observaciones referentes a esos enfermos atípicos sugerían que la sangre desempeñaba algún papel en la transmisión del germen. En el año de 1977 en Copenhague murió una mujer heterosexual, no adicta a drogas, además de que nunca había viajado a los Estados Unidos, pero que había laborado como cirujana en África; su muerte se dio en las mismas condiciones que el cuadro detectado en los pacientes homosexuales, pero no fue hasta el año de 1983 cuando se percataron de la conexión que existía entre su muerte y los casos registrados de la “enfermedad gay”.

Un mes después de la publicación del primer comunicado, en Dinamarca se presentaron dos casos que hacían pensar en el síndrome ya observado en California y Nueva York. En uno de los pacientes se detectó la presencia de *Neumocytis carinii* y una insuficiencia del sistema inmunológico. Asimismo después de la publicación del segundo comunicado se diagnosticaron en Copenhague dos casos más de Sarcoma de Kaposi en jóvenes homosexuales, en uno de ellos la enfermedad resultó rápidamente fatal, la autopsia permitió descubrir una neumocistosis concomitante; en el otro paciente una afección en la piel asociada con una amibiasis crónica.

Después de Copenhague esta extraña enfermedad apareció en Londres, Ginebra, París y Suiza. Cabe mencionar que entre 1976 y 1979 en Alemania Federal se diagnosticaron dos casos de este mal, sin embargo para 1982 aparecieron siete casos, lo cual la colocó como uno de los países europeos más afectados junto con Francia y Bélgica.

En ese mismo año de 1982 se determinaron las características clínicas y se le dio por fin un nombre al mal que aquejaba a la humanidad. Las investigaciones epidemiológicas confirmaron su transmisibilidad, cuando la infección de los hemofílicos que habían recibido productos sanguíneos filtrados aportó la prueba de la índole viral de su agente etiológico. Desde el momento en que se dio a conocer que era infecciosa se temió que sobrepasara el hasta entonces círculo de los homosexuales. Por lo que desde los medios de comunicación se trataba de calmar a las personas al insinuarles que se trataba solo de una enfermedad propia de los grupos marginales y no de la gente decente. Al grado de que los epidemiólogos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al sida “el club de las cuatro H”: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos. Los haitianos contribuyeron mucho a la diseminación mundial de la epidemia, ya sea por la comercialización internacional del sexo en su tierra o por las emigraciones.

Como ya se había mencionado, ésta enfermedad desde sus inicios había recibido diversos nombres como el de “neumonía gay”, “cáncer gay”, así como el de “mal de Nápoles” o “*morbus Gallicus*”. Por lo que al reconocer su universalidad se le dio un nombre neutro y de validez mas general. Es así que fue denominada como “AIDS” (*Acquired Immunodeficiency Síndrome*), iniciando su uso de manera oficial a partir de 1982. En otros países de lengua española se creó una sigla análoga: “SIDA”, que significa Síndrome de immuno-deficiencia adquirida.

La infección sidosas puede manifestarse por un espectro muy amplio de estados clínicos, que va de los estados asintomáticos y las formas menores hasta el Sida declarado.

Para 1983 la OMS se hizo cargo de la vigilancia epidemiológica y se confirma que el Sida se ha manifestado en quince países europeos con un total de 267 casos. Los países son: Francia, Alemania, Bélgica, Reino Unido, Suiza, Dinamarca,

Países Bajos, Austria, España, Suecia, Noruega, Finlandia, Checoslovaquia, Italia e Irlanda.

5.1.2 Estadísticas.

En los casos de personas infectadas por el VIH, según la entidad federativa, el Distrito Federal es el lugar donde se concentran la mayor parte de estas personas, seguido por el Estado de México, Guerrero, Chihuahua y Nuevo León. La misma tendencia sigue el Distrito Federal en los casos de SIDA, el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla.

Asimismo, cabe mencionar que la mayor incidencia de SIDA por grupo de edad en el Distrito Federal es desde los 20 hasta los 65 años de edad, logrando su máximo nivel entre los 25 y 44 años. Por lo que respecta a la incidencia de infección asintomática por VIH es alta desde los 15 hasta los 59 años de edad, siendo mucho mayor en el grupo de 25 a 44 años.

A nivel pediátrico encontramos que la incidencia de SIDA es mayor por vía perinatal. En los adultos la vía principal de transmisión es la sexual, siendo mayor en los hombres que en las mujeres; por lo que respecta a la transmisión vía transfusión sanguínea es sumamente baja, pero no así en los usuarios de drogas inyectables.

Por último en la mortalidad por SIDA en el año 2005 a nivel nacional, encontramos que el Distrito Federal es el segundo lugar que reporta mayor número de defunciones por esta infección, después de Veracruz.



SALUD

Cuadro 8

Casos de SIDA según entidad federativa

México, 1983-2006

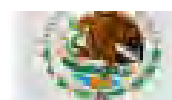
Entidad Federativa	Casos acumulados (1983-2006)	Casos nuevos 2006*
Agua Calientes	611	34
Baja California	5,067	207
Baja California Sur	569	46
Campeche	776	76
Cochila	1,459	51
Colima	587	42
Chiapas	3,711	324
Chihuahua	2,996	147
Distrito Federal	20,598	302
Durango	941	47
Guerrero	2,670	127
Guerrero	3,860	124
Hidalgo	1,133	68
Jalisco	9,487	412
México	11,527	495
Michoacán	3,065	155
Morelos	2,532	133
Nayarit	1,291	82
Nuevo León	3,067	112
Oaxaca	3,498	326
Puebla	5,435	212
Quintana Roo	924	46
Quintana Roo	1,478	139
San Luis Potosí	1,253	89
Sinaloa	1,821	98
Sonora	1,673	73
Tabasco	1,555	120
Tamaulipas	2,526	133
Tlaxcala	799	55
Venezuela	9,809	638
Yucatán	2,650	106
Zacatecas	583	35
Extranjera	315	1
Se desconoce	43	0
Nacional**	130,024	5,054

Datos al 31 de diciembre del 2006.

* Por año de diagnóstico.

** El total nacional no incluye extranjeros en tránsito por México.

Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de SIDA.



SALUD

Cuadro 1

Personas infectadas por el VIH, según entidad federativa

México, 1995-2006

Entidad Federativa	Personas infectadas con VIH (1995-2006)	Personas infectada con VIH (2006)
Aguascalientes	186	27
Baja California	1,963	255
Baja California Sur	221	32
Campeche	279	46
Cochula de Zaragoza	478	75
Colima	236	29
Chiapas	1,294	126
Chihuahua	1,508	135
Distrito Federal	7,216	630
Durango	258	17
Guanajuato	783	98
Guerrero	1,563	79
Hidalgo	284	23
Jalisco	1,681	159
México	2,246	203
Michoacán	976	68
Morelos	505	45
Nayarit	404	34
Nuevo León	1,510	108
Oaxaca	1,326	160
Puebla	1,495	113
Querétaro	267	31
Quintana Roo	1,237	120
San Luis Potosí	428	65
Sinaloa	885	66
Sonora	743	72
Tabasco	725	58
Tamaulipas	1,265	133
Tlaxcala	152	7
Veracruz	4,181	615
Yucatán	1,217	107
Zacatecas	243	22
Nacional ¹	37,797	3,798

Datos al 31 de diciembre del 2006.

El total nacional no incluye extranjeros en tránsito por México.

Los casos infectados por VIH de 1995-2006 son acumulados.

Fuente: SSA, Dirección General de Epidemiología, SUIVE.

*Incidencia de Infección asintomática por VIH (Z21) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006*

Población General

Estado	Grupos de edad											Tasa	
	< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 y +		
Agua Calientes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.89	2.97	1.28	0.00	1.41	0.00	0.00	0.00	0.95
Baja California	5.55	0.45	0.67	0.00	0.68	6.62	7.89	5.56	1.95	0.00	5.56	1.62	4.06
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.34	5.59	6.96	0.00	0.00	0.00	0.00	3.30
Campeche	0.00	0.00	0.00	1.18	2.45	9.01	7.87	5.00	5.56	0.00	0.00	0.00	4.31
Coahuila	2.22	0.54	0.00	0.00	1.23	3.48	7.56	5.00	2.59	1.53	0.00	0.00	3.46
Colima	0.00	0.00	0.00	0.00	3.30	8.66	11.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.68
Chiapas	0.00	0.55	0.20	0.00	1.97	8.33	7.17	4.57	2.64	1.17	0.00	0.00	3.60
Chihuahua	0.00	0.40	0.00	0.00	0.88	5.37	9.86	4.73	3.95	4.55	1.09	0.00	4.47
Distrito Federal	0.00	0.19	0.00	0.00	2.38	8.98	10.63	6.65	4.52	1.88	1.44	0.00	5.51
Durango	0.00	0.96	0.00	0.00	1.22	0.67	2.88	5.16	0.00	0.00	0.00	1.10	1.41
Guajuato	1.05	0.76	0.18	0.17	0.37	2.62	5.02	2.12	1.52	0.89	1.51	0.00	2.18
Guerrero	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.82	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.21
Hidalgo	0.00	1.70	0.41	0.00	0.39	3.09	2.75	1.59	0.00	0.00	0.00	0.00	1.37
Jalisco	0.00	0.20	0.15	0.00	0.72	3.49	3.12	2.26	0.58	0.00	0.00	0.00	1.53
México	0.38	0.19	0.21	0.07	0.47	2.74	2.40	1.43	1.28	4.50	0.46	0.00	1.34
Michoacán	0.00	0.00	0.00	0.00	0.65	4.05	4.03	2.01	1.03	0.00	0.00	0.00	1.77
Morelos	0.00	0.81	0.00	0.00	2.33	8.73	6.87	3.10	0.75	4.47	0.96	0.00	3.57
Nayarit	0.00	0.00	0.00	0.00	0.98	4.15	5.43	1.90	1.30	3.58	0.00	0.00	2.39
Nuevo León	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	3.12	4.19	1.63	0.89	0.00	0.00	0.00	1.86
Oaxaca	1.40	2.08	0.51	0.00	1.20	6.59	7.56	1.73	1.92	0.00	0.00	0.00	3.26
Puebla	0.00	0.24	0.00	0.00	0.49	4.19	2.94	0.74	0.00	0.75	0.32	0.00	1.40
Querétaro	0.00	0.00	0.00	0.00	1.15	1.23	6.14	0.00	0.95	0.00	0.00	0.00	2.21
Quintana Roo	0.00	1.14	0.00	0.00	6.97	13.99	14.54	7.29	0.00	0.00	0.00	0.00	7.79
San Luis Potosí	4.83	1.72	0.00	0.00	1.16	7.01	6.09	1.67	1.74	0.00	0.68	0.00	2.94
Sinaloa	10.36	1.52	0.37	0.00	2.50	5.24	5.55	1.99	0.94	2.77	0.65	0.00	3.04
Sonora	2.25	0.00	0.41	0.00	2.94	5.72	5.11	2.12	3.61	0.00	0.00	0.00	2.97
Tabasco	2.57	0.64	0.00	0.44	2.69	4.68	6.29	1.89	0.73	0.00	0.00	0.00	3.01
Tamaulipas	1.77	0.44	0.66	0.00	4.04	14.96	12.81	9.32	5.56	3.73	0.57	0.00	7.14
Tlaxcala	0.00	0.00	0.00	0.00	1.74	6.46	2.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.65
Veracruz	4.07	2.99	0.86	0.51	3.78	15.41	15.05	7.15	5.56	5.29	0.97	0.00	7.66
Yucatán	6.18	0.77	0.00	0.00	3.79	12.36	10.82	5.27	2.81	0.00	0.00	0.93	5.57
Zacatecas	0.00	0.92	0.00	0.00	2.01	4.51	2.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.41
TOTAL GLOBAL	1.25	0.64	0.21	0.07	1.48	5.92	6.33	3.30	2.70	1.21	0.55	0.00	3.13

Tasa por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ISSA

Incidencia de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (B20-B24) por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
2006

Estado	Grupos de edad											Tasa	
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65+		
Aguascalientes	4.89	1.20	0.00	0.00	0.00	3.96	7.03	3.81	4.22	0.00	0.00	2.02	3.21
Baja California	3.70	0.00	0.00	0.00	0.00	1.37	6.97	14.21	6.82	3.20	11.75	1.62	6.84
Baja California Sur	0.00	0.00	0.00	0.00	4.07	10.34	19.35	6.96	8.25	0.00	0.00	0.00	8.92
Campeche	13.62	0.00	0.00	0.00	2.45	12.87	23.18	7.49	5.56	0.00	0.00	0.00	9.64
Coahuila	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.74	4.26	3.57	2.59	1.53	0.00	0.73	1.98
Colima	9.76	0.00	0.00	0.00	3.30	3.46	15.56	2.93	6.47	19.98	0.00	3.09	7.02
Chiapas	1.12	1.92	1.00	0.00	2.96	9.21	14.10	14.72	11.71	9.39	1.77	1.77	7.24
Chihuahua	1.52	1.19	0.00	0.00	0.29	5.05	9.32	6.83	3.16	0.00	0.00	1.09	4.21
Distrito Federal	0.74	0.37	0.00	0.00	0.26	4.10	6.62	5.03	3.30	3.61	1.12	1.12	3.43
Durango	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.33	7.99	5.16	1.81	0.00	0.00	0.00	3.01
Guajuato	1.05	0.50	0.18	0.17	0.37	2.82	5.76	2.54	2.73	2.67	0.76	0.76	2.49
Guerrero	1.55	1.13	0.27	0.25	1.38	4.15	9.07	3.96	4.55	5.04	1.61	1.61	3.79
Hidalgo	2.31	0.00	0.82	0.00	0.39	4.41	6.94	0.79	2.25	0.00	0.00	0.72	2.82
Jalisco	0.82	1.00	0.00	0.00	0.43	5.01	14.04	9.59	7.59	2.95	1.01	1.01	6.00
México	0.00	0.19	0.21	0.07	0.47	4.22	7.02	5.14	2.84	1.50	1.50	0.46	3.32
Michoacán	1.31	0.00	0.00	0.21	0.43	3.34	9.06	7.55	2.75	0.95	1.92	1.92	3.66
Morelos	0.00	0.91	0.00	0.00	0.58	10.61	15.93	8.26	7.46	6.71	9.61	9.61	7.66
Nayarit	0.00	0.00	3.10	0.00	1.96	9.33	19.59	5.71	3.89	3.68	4.79	4.79	8.17
Nuevo León	0.00	0.00	0.00	0.00	0.78	3.12	5.45	2.04	3.25	1.75	0.42	0.42	2.60
Oaxaca	1.40	2.77	0.25	0.45	1.44	7.91	21.34	12.09	13.04	8.29	2.55	2.55	8.72
Puebla	1.93	0.71	0.00	0.00	1.32	5.82	8.45	6.28	2.86	1.50	0.64	0.64	3.79
Querétaro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.23	6.93	7.44	2.86	0.00	0.00	0.00	2.82
Quintana Roo	0.00	0.00	0.89	0.00	3.44	24.48	22.20	16.40	9.41	16.98	3.42	3.42	12.30
San Luis Potosí	0.00	0.57	0.39	0.00	1.16	4.82	8.31	5.85	4.65	0.00	1.35	1.35	3.68
Sinaloa	4.15	0.51	0.00	0.00	0.36	3.00	8.26	3.99	4.22	1.39	0.00	0.00	3.51
Sonora	4.50	0.55	0.00	0.00	0.84	3.96	5.73	2.83	4.13	1.58	0.00	0.00	2.89
Tabasco	10.28	0.64	0.00	0.00	4.04	8.90	10.28	10.38	4.35	2.32	2.25	2.25	5.73
Tamaulipas	0.00	0.87	0.66	0.00	1.68	3.40	8.13	4.08	7.28	1.24	1.14	1.14	4.13
Tlaxcala	4.97	0.00	0.00	0.00	0.00	8.31	10.49	7.39	5.60	4.23	1.76	1.76	5.05
Veracruz	4.88	1.39	0.29	0.00	2.70	9.54	18.49	15.28	9.61	6.25	2.84	2.84	8.72
Yucatán	3.09	3.08	0.00	0.00	0.00	10.11	12.08	5.27	3.51	4.10	3.73	3.73	5.79
Zacatecas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	4.51	5.44	3.05	2.09	0.00	2.19	2.19	4.47
TOTAL GLOBAL	0.82	0.81	0.00	0.00	0.81	0.88	0.10	0.07	0.05	0.83	0.81	0.81	4.70

Tasa por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA



SALUD

Casos nuevos y acumulados de SIDA pediátricos, por categoría de transmisión y sexo

Categoría de transmisión	Hombres		Mujeres	
	Casos diagnosticados en el año 2007 Número	%	Casos diagnosticados en el año 2007 Número	%
Perinatal	18	94.7	23	100
Transmisión sanguínea	0	0.0	0	0
Transmisión sexual	1	5.3	0	0
<i>Se desconoce*</i>	2	(9.5)	1	4.2
Total	21	100.0	24	100
			Casos acumulados 1983-2007 Número	Casos acumulados 1983-2007 %
			815	821
			184	56
			48	25
			431	340
			1,478	1,242
			100.0	100.0
			77.8	91.0
			17.6	6.2
			4.6	2.8
			(29.2)	(27.4)
			100.0	100.0

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2007.

Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

Nota: * La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Dirección de Investigación Operativa



SALUD

Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos, por categoría de transmisión y sexo

Categoría de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en el año 2007		Casos acumulados 1983-2007		Casos diagnosticados en el año 2007		Casos acumulados 1983-2007	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Transmisión sexual	1342	96.1	56,081	96.1	385	98.7	10,670	88.8
Homosexual	371	26.6	19,385	33.2	0	0.0	0	0.0
Bisexual	308	22.1	13,917	23.9	0	0.0	0	0.0
Heterosexual	663	47.5	22,779	39.1	385	98.7	10,670	88.8
Transmisión sanguínea	52	3.8	2,015	3.5	5	1.3	1,351	11.2
Transfusión Sanguínea	0	0.0	845	1.4	0	0.0	1,212	10.1
Hemofilia	0	0.0	173	0.3	0	0.0	0	0.0
Donador remunerado	0	0.0	314	0.5	0	0.0	51	0.4
Usuario de drogas inyectables (UDI)	52	3.7	679	1.2	5	1.3	84	0.7
Exp. Ocupacional	0	0.0	4	0.0	0	0.0	4	0.0
Otras (Homosexual/UDI)	2	0.1	228	0.4	0	0.0	0	0.0
<i>Se desconoce*</i>	19	(1.3)	32,774	(36.0)	3	(0.8)	5,972	(33.2)
Total	1415	100.0	91,098	100.0	393	100.0	17,993	100.0

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2007.

Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMT.

Notas: * La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
Dirección de Investigación Operativa



Casos acumulados de SIDA por edad y sexo

Casos acumulados de SIDA por edad y sexo

Grandes grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
0-14	1,478	1.6	1,242	6.5	2,720	2.4
15-44	73,304	79.2	14,574	75.8	87,878	78.6
45 años o más	17,794	19.2	3,419	17.7	21,213	19.0
Se desconoce	876	(0.9)	143	(0.7)	1,019	(0.9)
Total	93,452	100.0	19,378	100.0	112,830	100.0

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
Dirección de Investigación Operativa



Cuadro 9

Mortalidad por SIDA, según entidad federativa *

México, 2005**

Entidad Federativa	Defunciones por SIDA	
	Número	Tasa*
Agua Calientes	39	3.7
Baja California	263	9.1
Baja California Sur	32	6.4
Campeche	35	4.5
Coahuila	72	2.8
Colima	32	5.4
Chiapas	225	5.1
Chihuahua	170	5.0
Distrito Federal	512	5.8
Durango	43	2.8
Guanajuato	114	2.3
Guerrero	174	5.3
Hidalgo	34	1.4
Jalisco	317	4.7
México	399	2.7
Michoacán	94	2.2
Morelos	60	4.7
Nayarit	65	6.5
Nuevo León	166	3.9
Oaxaca	157	4.2
Puebla	177	3.2
Querétaro	27	1.7
Quintana Roo	87	8.0
San Luis Potosí	51	2.1
Sinaloa	91	3.3
Sonora	94	3.8
Tabasco	157	7.6
Tamaulipas	146	4.7
Tlaxcala	28	2.6
Veracruz	655	9.0
Yucatán	65	4.7
Zacatecas	21	1.5
Extranjeros	4	-
Nacional	4,654	4.4

(*) Cálculo realizado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA e ITS. Tasas por 100,000 habitantes. El nacional no incluye extranjeros.

(**) Últimos datos disponibles.

En el documento Panorama Epidemiológico 30 de junio del 2006, se utilizaron las proyecciones de población versión 2004; para este estudio se utilizó la versión 2002.

Fuente: INEGI, Mortalidad 2006; CONAPO, Proyecciones de población, por sexo, grupos de

A N E X O 3

C U A D R O 8

A N E X O 3

C U A D R O 1

A N E X O 3

A N E X O 3

A N E X O 3

A N E X O 3

A N E X O 3

A N E X O 3

C U A D R O 9

5.2 La confidencialidad.

Para efectos del presente trabajo, abordaré el tema del derecho a la confidencialidad y secreto profesional que se desprende de la relación médico-paciente, respecto a una de las principales infecciones de transmisión sexual, como lo es el VIH/SIDA.

¿Qué se debe entender por **confidencialidad**? Ésta debe ser concebida como la prohibición de comunicar a terceras personas algunas revelaciones hechas en secreto o en virtud del ejercicio de una profesión; con ella se busca proteger a la persona de ser expuesto públicamente, por lo que al no divulgarlo se gana la confianza del sujeto.

La Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal establece la obligación que tienen los profesionistas para guardar en estricta secrecía los asuntos que les son confiados; es decir, para el caso concreto los médicos deberán mantener bajo secreto profesional todo lo que sepan y conozcan de las enfermedades de sus pacientes, permitiendo únicamente proporcionar la información que establezcan las leyes respectivas.

“**Artículo 36.-** Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le confíen por sus clientes, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas”.¹

En el artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud, se establece que todos los beneficiarios del Sistema de Protección en Salud gozaran, entre otros, de los siguientes derechos:

- Recibir servicios integrales de salud;

¹ Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, consultada en la página <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/208.doc> consultada el 14 de agosto de 2007, siendo las 12:15 horas

- Acceso igualitario a la atención;
- Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- Contar con su expediente clínico;
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;
- Ser tratado con confidencialidad;

Como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se encontraba la necesidad imperiosa de compilar en forma sucinta y clara la información disponible respecto a los derechos que tienen los pacientes, por lo que se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, el resultado de esta ardua tarea quedó plasmada en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Ésta carta sólo contempla diez derechos, los cuales coinciden en términos generales con los ya mencionados de la Ley General de Salud, y que son los siguientes:

- **“Recibir atención médica adecuada:** el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.
- **Recibir trato digno y respetuoso:** el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones

socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

- **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
- **Decidir libremente sobre su atención:** el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales.
- **Otorgar o no consentimiento válidamente informado:** el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consisten, los beneficios que se esperan, y las complicaciones negativas que pudieran presentarse.
- **Ser tratado con confidencialidad:** el paciente tiene derecho a que toda la información expresada a su médico sea manejada con estricta confidencialidad, y se divulgue exclusivamente con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

- **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión:** el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.
- **Recibir atención médica en caso de urgencia:** cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- **Contar con un expediente clínico:** el paciente tiene derecho a que los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normatividad aplicable, y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.
- **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida:** el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.
Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. ²

Asimismo, en la Norma oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico se establece:

“5.6 En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá

² Revista Médica IMSS 2002;40 (6)527-528

ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico”.³

En esta norma existe la obligación expresa de que toda la información que se encuentre en el expediente clínico debe ser manejada con discreción y confidencialidad, entendiéndose por éste al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

La **NOM-010-SSA2-1993**, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana comprende lo relativo a la confidencialidad, desde la detección de la enfermedad y hasta la notificación que de ésta se hará al paciente, al establecer:

“6.3 Toda detección del VIH/SIDA se registrará por los siguientes criterios:

6.3.5.-**Se registrará por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad**; es decir, que quien se somete a análisis, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico.

6.4.- La entrega del resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, **ni se comunicará el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente**, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano.

...

6.6.3 La notificación de casos de VIH/SIDA se hará de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de las enfermedades

³**NOM-168-SSA1-1998**, Del **expediente clínico**; consultada en la página <http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/nomssa/index/assoc/HASH76fd.dir/doc.pdf>

transmisibles, **y debe proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas** o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento".⁴

También en la citada NOM se establecen los lineamientos que deberán observar, tanto el personal de salud y las instituciones encargadas de la atención del paciente infectado con VIH o que tiene SIDA, para garantizar la confidencialidad de la información, entre los que se encuentran:

- Atender a las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del clínico;
- Establecer las medidas necesarias para asegurar que el manejo de los expedientes clínicos y trámites administrativos de los pacientes con VIH/SIDA garanticen la confidencialidad de éstos;
- Tratar al paciente con VIH/SIDA sin discriminación respecto a otros enfermos, evitando difundir informaciones sobre su condición de infectado por el VIH o enfermo con SIDA, entre quienes no tienen que ver con su atención médica; y
- Respetar el carácter confidencial del paciente seropositivo o con SIDA, informando acerca de su estado sólo a quien éste proponga.

5.3 El derecho a la confidencialidad frente el derecho a la vida.

Como se puede observar, en nuestra normatividad se encuentra protegido el derecho a la confidencialidad de todos los pacientes, así como la prohibición expresa de que las personas que por razón de su empleo o profesión, se enteren

⁴ **NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana**, consultada en la página [http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/nomssa/index/assoc/HASHef4c.dir/doc.pdf#search="NOM-010-SSA2-1993"](http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/nomssa/index/assoc/HASHef4c.dir/doc.pdf#search=)

de dicho padecimiento lo informen a terceras personas, así se trate del esposo (a), concubino (a) o pareja sexual. Cabe aclarar que los portadores o enfermos del Sida tienen los mismos derechos que todas las demás personas, pero tales derechos tienen un límite, siempre y cuando su actitud no perjudique a terceras personas. Aquí el problema estriba en delimitar el equilibrio entre el derecho de terceras personas a evitar ser contagiados del VIH y el derecho que tiene el enfermo a no ser discriminado, a ser tratado con dignidad, respeto, igualdad, así como a recibir educación, a desempeñar un trabajo y tener acceso a los servicios de salud. Es en este punto donde no coincido con nuestro marco legal, por que en aras de proteger a un grupo se está dejando en la total indefensión a la otra parte de la población.

Por instinto natural, la persona enferma busca ayuda en otra persona que tenga los conocimientos necesarios para aliviarlo de su padecer, esta otra persona es el médico. El simple hecho de acudir a él y consultarlo encierra cierta confianza, por lo que de esta manera le entrega parte de su intimidad. Es así que el paciente busca se le guarde con suma secrecía lo confiado al médico; de esta manera nace para el paciente el derecho a la confidencialidad y para el médico la obligación de guardar en secreto profesional aquello que conoció por razones de su profesión.

Este conocimiento incluye toda la información y síntomas aportados por el paciente, así como los resultados de los exámenes de gabinete.

No solamente en las normas jurídicas se encuentra tal prohibición, sino que también existe en las de carácter ético, exactamente en el **Juramento Hipocrático** el cual establece que:

“... Lo que en el ejercicio de la profesión, y aun fuera de ella, viere u oyere acerca de la vida de las personas y que no deba alguna vez ser revelado, callaré, considerándolo secreto...”.⁵

Es así que el médico al conocer que un paciente se encuentra infectado con el virus del VIH o padece SIDA, debe abstenerse de comunicar este padecimiento a terceras personas; es aquí donde se coloca a los médico en una disyuntiva: **a)** por un lado, se encuentran ante su obligación de garantizar el derecho a la confidencialidad del paciente infectado; y **b)** se enfrentan al deber de carácter moral de advertir a aquellas personas con quien se sabe mantienen un contacto íntimo con los pacientes infectados.

Asimismo, en éstos pacientes también se presentan dos posturas: **a)** la de aquéllos que bajo el amparo de la ignorancia de su padecimiento mantienen relaciones sexuales no protegidas, contagiando de este modo a todos los que mantienen relaciones sexuales con ellos. **b)** entre los que se saben portadores, a su vez encontramos también dos situaciones; **b.a)** aquellos que entran en una especie de nerviosismo, angustia o neurosis ante el miedo de contagiar a otros. En ellos se presentan sentimientos de culpa, el temor a dañar a las personas que mas aprecian, angustia al sentirse que representan una agresión para la sociedad, su actuar muestra cierta responsabilidad social por considerarse factor de expansión de esta epidemia. **b.b)** Los que presentan una actitud “despreocupada e irresponsable” ante su padecimiento; sienten un gran placer de “jugar con la muerte”, su conducta puede presentar rasgos sádicos y vengativos, es decir, al verse infectados se resisten a aceptar su enfermedad y se cuestionan ¿por qué ellos? y no otros, de este modo practican conductas tendientes a contagiar a otras personas.

Es por esto que considero que el derecho a la confidencialidad no debe ser absoluto respecto de terceras personas que se encuentran en peligro inminente de

⁵ Carrillo Fabela, Luz Ma. Reyna., **La responsabilidad profesional del médico**, 4ª ed, Porrúa, México, 2002, pp 272.

ser infectadas; es decir, existen “ciertas” personas que tienen el derecho a ser enteradas de que una persona se encuentra infectada. Pero ¿quiénes tienen derecho a saber si una persona tiene SIDA o esta infectada con el VIH?, como ya lo expresé únicamente deberían tener derecho a saberlo aquellas personas que se encuentran ante el inminente peligro de ser infectadas, como son las parejas sexuales. Si la persona infectada por el VIH o enferma de SIDA accede de manera voluntaria a identificar a sus contactos, la situación no representa conflicto; si por el contrario ésta persona se rehúsa a cooperar surge el dilema ético de decidir acerca de si se debe infringir el derecho a la confidencialidad del paciente o su respeto debe ser lo principal.

Se puede presentar el caso de que el paciente desee relevar al médico en su obligación de guardar el secreto profesional, para lo cual deberá otorgarle su consentimiento informado para que éste lo comunique a las personas indicadas.

Al momento de realizar la presente investigación encontré que en otros países como Argentina se encuentra regulada nuestra postura de manera positiva. La imposibilidad de revelar la condición de portador del virus VIH o de la enfermedad del SIDA se encuentra reglamentada en la ley numero 23,798 denominada Lucha contra el S.I.D.A. y su decreto reglamentario 1244/91, éste decreto en su artículo 2 señala los casos en los que los médico o cualquier persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus VIH-Sida puede dar a conocer a terceras personas dicho padecimiento y el nombre de su portador:

- 1) “A la persona infectada o enferma o su representante legal si se trata de un incapaz.
- 2) A otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma;
- 3) A los entes del Sistema Nacional de Sangre ..., así como a los organismos comprendidos en el artículo 7 de la ley 21,541 (del registro estadístico);

- 4) Al director de la institución hospitalaria o, en su caso, al Director del Servicio de hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos cuando resulte necesario para dicha asistencia;
- 5) A los jueces, en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.
- 6) A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b de la ley de adopción N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmisible a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.
- 7) Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor”.**⁶

Asimismo el Código de Ética Médica Argentino en su artículo 69 establece siete casos en los que el profesional está autorizado a revelar el secreto profesional:

- 1) Médico de compañía de seguros: el profesional debe cumplir con su deber y revelara lo que conozca o aprecie a través de la consulta y examen médico. Debiendo remitir la información en sobre cerrado, así como quien la recibe deberá mantenerla en secreto absoluto.
- 2) El caso de los médico que dictaminan sobre la condición física y/o mental de las personas.
- 3) El caso de los peritos médicos.
- 4) El caso del medico de sanidad, militar, municipal o provincial.
- 5) El caso de la denuncia de enfermedades infecto-contagiosas y la expedición de certificados de defunción. Se revelara esta información cuando otras leyes así lo dispongan, tales como las leyes contra la lepra, enfermedades venéreas, enfermedades contagiosas y transmisibles, etc., pero siempre preservando la identidad del paciente enfermo; es decir, no se revelara su identidad por que la notificación es solo para fines estadísticos.
- 6) El caso de la revelación para evitar el error judicial.
- 7) El caso del medico demandado bajo la imputación de daño en el ejercicio de su profesión. El fundamento de esta hipótesis se basa en la defensa en el juicio del profesional, donde se revelará lo estrictamente necesario.

⁶ Nueman Elías, **Sida en prisión (un genocidio actual)**, ed Depalma, Argentina, 1999, p209

La Ley 17.132 prevé además de las ya mencionadas en el artículo 69 mencionado, otras dos hipótesis:

- 1) El caso de la información divulgada en el ámbito académico o en la prensa científica.
- 2) **El caso de la revelación para “evitar un mal mayor”**. El principio general descansa en la no revelación, salvo “cuando se trate de evitar un mal mayor”, es decir se causa un mal para evitar otro mayor inminentemente al que ha sido extraño. Esta causal se actualiza en los casos de que el paciente realice conductas peligrosas hacia terceros o bien cuando el paciente este medicado con remedios depresores, casos en los que el médico debe advertir a las familiares para evitar un mal mayor.

5.4 Pros y contras del derecho a la confidencialidad.

En esta apartado no se trata de confrontar el derecho de cada una de las partes, sino que solo se busca encontrar el punto exacto donde los dos derechos se limitan en aras de evitar la propagación de esta infección.

Pros:

- El derecho a la confidencialidad debe prevalecer sobre cualquier otro.
- La sociedad esta interesada en que se respete la intimidad del enfermo y de su familia, quienes responderán al médico con su confianza y respeto.
- Para el caso de las personas con VIH-Sida, el secreto profesional tiene como finalidad evitar la estigmatización y el señalamiento social de las personas que lo padecen.
- Si se divulga de manera indiscriminada la información sobre el padecimiento, las personas infectadas evitarán, hasta donde sea posible, acudir al médico, así como comunicárselo terceras personas en riesgo.

- Si la prueba de detección del VIH y sus resultados no permanecen bajo secrecía, se puede esperar poca cooperación de las personas para someterse al examen, al pensar en las consecuencias, si es que sus parejas se enteran.

Contras:

- A los médicos se les presenta el deber moral, ético y profesional de evitar la diseminación de la enfermedad en la sociedad.
- Únicamente se deberá de informar al cónyuge o compañero sexual de la persona infectada, debiendo explicarles el médico las formas de transmisión, el curso que puede presentar la infección, asimismo debe hacerles de su conocimiento las medidas preventivas a fin de evitar el contagio. Dejando a salvo la obligación del médico de notificar a las autoridades que marca la ley.
- En el caso de que no se informe al cónyuge o concubina del padecimiento de su pareja, no solo se coloca en situación de riesgo a ésta; sino que suponiendo que en el caso de que lo (a) contagiara se desintegraría una familia, dejando desprotegidos a los demás miembros de la misma.
- Ocultar bajo el pretexto de la confidencialidad el padecimiento, únicamente se genera miedo y mayor desconocimiento de la enfermedad. El conocimiento sobre la enfermedad y sus formas de contagio, así como los cuidados terapéuticos, psicológicos y afectivos constituyen la forma ideal de enfrentar su lucha.

C O N C L U S I O N E S .

1. En el Código Penal de 1929 se preveía la posibilidad de que existiera un contagio de sífilis o de cualquier otra enfermedad venérea, en virtud de que el artículo 525 sancionaba con segregación de uno a seis años y multa, sin perjuicio de reparar totalmente el daño al que **sabiéndose** enfermo de sífilis o de un mal venéreo contagiara a otra persona. Asimismo, de acuerdo con el artículo 526, se castigaba con multa y a la reparación del daño a los sujetos **activos** que **ignoraban** su padecimiento así como a los que por su notoria rudeza desconocieran las consecuencias del contagio, o cuando se probara la falta de intención de llevarlo a cabo. Llama la atención que es el único Código donde se preveía el contagio aceptado, toda vez que el artículo 527 decía: “La contaminación aceptada por la víctima no modificará el delito ni las sanciones de éste por lo que se refiere al contaminador. El contagiado quedará exento de toda sanción”. De igual forma le imponía la obligación a los médicos de advertir a la persona enferma de sífilis, o de un mal venéreo, el carácter contagioso de su enfermedad así como las consecuencias legales si llegaba a contagiar a otra persona. La expresión mas cercana al delito en estudio la encontramos en la prohibición para contraer matrimonio mientras existía “el peligro de contagio”.
2. La redacción original del Código Penal de 1931 no preveía al delito en estudio; sin embargo, es hasta la reforma de 1940 cuando se adiciona el artículo 199 bis en el que se contempla el delito de “peligro de contagio“ y se emplea el término “periodo infectante”. Es en la reforma de 1990 cuando el legislador federal adicionó el término “enfermedad grave”. La discusión que se da entorno a estos conceptos es meramente vaga, los legisladores no dan razones claras a la luz de las cuales se pueda distinguir cuando se trata de una enfermedad grave o no. Por lo que hace al artículo 159 del Código Penal para el Distrito Federal tampoco hay registros sobre su discusión y mucho menos existe alguna motivación en la que se destaque

la conveniencia de mantener vivas, en su gran mayoría, las directrices federales, solamente se limitan a aumentar las penas para el caso de las enfermedades incurables y a establecer que el delito en estudio se perseguirá por querrela de la víctima u ofendido.

3. En la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal del período comprendido del año 2000 al 2006 se iniciaron únicamente quince (15) averiguaciones previas por el delito de peligro de contagio, de las cuales se consignaron ante el juez competente solamente dos (02). A nuestro parecer éstas cifras no corresponden con la realidad que vivimos en nuestra ciudad; toda vez que diariamente un grupo indeterminado de personas se encuentra ante el peligro inminente de ser contagiada de “alguna enfermedad grave” por relaciones sexuales o cualquier otro medio transmisible, y que por alguna razón no acuden ante la autoridad competente a querrellarse por estos hechos. Considero que la ausencia de querrela se debe a la falta de información que existe acerca de que estas conductas son consideradas como un delito; o bien, por evitarse acudir ante el Ministerio Público a iniciar la averiguación previa correspondiente al considerar inútil llevar a cabo estos trámites, ya que afortunadamente solo se trató de un peligro de contagio, del cual en la realidad fáctica nunca se percato el sujeto pasivo.
4. Considero que la redacción actual del delito de peligro de contagio que se establece en el artículo 159 del Código Penal para el Distrito Federal, resulta muy amplia, lo cual puede repercutir en la dificultad que existe para demostrar que determinada enfermedad debe ser considerada como grave o no, así como para determinar si la infección al momento de realizar la conducta efectivamente se encontraba en período infectante. Mientras no exista una base de datos en la que conste la fecha en que una persona queda enterada de su padecimiento, sobre todo en el caso del VIH/SIDA, no será posible acreditar que era de su conocimiento, sobre todo si se trata

de una infección que no produce manifestaciones; es decir, existe la presencia de la infección en el huésped sin que haya signos o síntomas clínicos evidentes. Quedando como una simple imputación del pasivo frente a la negativa del activo.

5. En algunas ocasiones se habla de que el delito de peligro de contagio es una simple tentativa de lesiones, lo cual considero no es dable toda vez que no hay forma de determinar la clasificación de lesiones, es decir no es posible saber con certeza el tiempo que tarde en sanar una infección ya que su cuadro clínico puede variar de persona a persona dependiendo de la capacidad de respuesta de su sistema inmunológico, de la edad e inclusive de su estado nutricional.
6. Estimo que no se puede hablar de la existencia de la tentativa en el delito de peligro de contagio, toda vez que en la tentativa se ponen **en peligro** los intereses jurídicamente tutelados y en el presente caso por tratarse de un delito de peligro no es dable la tentativa.
7. Es necesario e indispensable crear en la población una cultura de prevención a fin de concientizarla acerca de la gravedad de las infecciones de transmisión sexual, sus complicaciones y sus consecuencias. De esta manera con una población informada el delito de peligro de contagio perdería su razón de ser.
8. En este trabajo no se niegan los derechos que tenemos todas las personas en materia de salud, sin embargo considero que algunos derechos deben ceder un poco en aras de proteger a otros, de manera específica me refiero a los derechos de los pacientes con VIH/SIDA. A este respecto estimo que su derecho a la confidencialidad termina cuando se coloca a las personas con las que mantienen íntimo contacto en peligro de contagio.

9. Al observar las estadísticas sobre el VIH/SIDA, me pude dar cuenta de que la vía mas común de contagio es la de transmisión sexual (casi el 94.8 %), seguido por la transmisión sanguínea, específicamente los usuarios de drogas inyectables (UDI), que ocupó el 4.8%; sin que se registrara algún caso por la vía de transfusión sanguínea en el año 2006. Asimismo es de destacar que todas las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, van en continuo aumento, el grupo de edad mas vulnerable es el de los jóvenes de 15 hasta los 50 años, etapa de mayor plenitud física y laboral; y que en relación al género prevalecen en el sexo masculino. De acuerdo a las estadísticas nacionales el Distrito Federal es de los primeros lugares en las defunciones y tasa de mortalidad por infecciones de transmisión sexual; también se encuentra en los primeros cinco lugares con mayor incidencia de estas infecciones a nivel nacional. Ante estas cifras, considero que es necesario delimitar el alcance de este delito únicamente para las infecciones de transmisión sexual.

10. Los médicos al ejercer su profesión pueden enfrentarse a situaciones muy complejas; por ejemplo, cuando saben que un paciente está infectado por el VIH o ya esta desarrollando el SIDA, no pueden revelar tal información a aquella (s) persona (s) con las que su paciente mantiene una relación íntima. Aquí se encuentran ante la disyuntiva de mantener su secreto profesional o advertir a esas personas que se encuentran ante el inminente peligro de ser contagiadas, sobre todo si el paciente muestra una actitud irresponsable.

Sin duda, tratar este tema resulta ser una tarea difícil. Considero que es necesario informar este padecimiento únicamente al esposo (a), concubino (a) y/o parejas sexuales de las personas con VIH/SIDA. No con el afán de molestar y lastimar, sino mas bien con la intención de salvaguardar la salud de todos; es decir, por un lado se previene un posible contagio y por el otro el apoyo y comprensión de la familia resulta indispensable para los

pacientes con VIH/SIDA, ya que con el hecho de guardar silencio se agrega mayor enfermedad.

Es así que el médico únicamente podrá revelar su secreto a las personas indicadas, pues el derecho a la confidencialidad debe abdicar a favor del derecho de las personas que corren mas peligro de ser contagiadas si no están informadas.

PROPUESTA.

De acuerdo con las estadísticas del número de averiguaciones previas iniciadas por el delito de peligro de contagio en el período comprendido del año 2000 al 2006 ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, estimo que se trata de un delito cuya mala redacción dificulta su tipicidad y por lo tanto su procedencia, en comparación con otros delitos como el robo, secuestro o fraude, lo cual no implica que la conducta en él prevista no se cometa a diario, es un delito inoperante ya que su redacción también facilita la evasión de la justicia.

El primer término a revisar es el de “**enfermedad**”, entendida como la disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico. Sin embargo los vocablos “**enfermedad grave**” no se encuentran definidos ni en la literatura ni en la NOM’s y mucho menos el legislador local proporciona los lineamientos o parámetros para determinar cuando se esta en presencia de una enfermedad grave o no. Éste término de “enfermedad” resulta insuficiente, pues se refiere a una serie de signos y síntomas, pero no en todos los casos existe un cuadro de este tipo, por ejemplo los portadores asintomáticos que estando infectados continúan transmitiendo la infección. Es por esto que propongo que se cambie el término de enfermedad por el de infección, la cual se refiere a la penetración y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de las personas y puede producir manifestaciones (enfermedad infecciosa) o no darlas (infección manifiesta).

El segundo término a considerar es el de “**período infectante**”, el cual varía dependiendo de la enfermedad de que se trate. Por ejemplo en las infecciones genitales por clamidias, en el granuloma inguinal y verrugas, se desconoce exactamente el período de transmisibilidad; también existe el caso de otras

infecciones que son contagiosas mientras las lesiones persistan o inclusive antes de que aparezcan los primeros síntomas y las peores son las que se pueden contagiar a lo largo de toda la vida o por tiempo indefinido. Considero que se podría prescindir de este término en la redacción del delito por la dificultad que representa conocer con exactitud la etapa que padecía el activo al momento de poner en peligro de contagio la salud del pasivo, sobre todo si se toma en cuenta que el cuadro clínico de las enfermedades o infecciones transmisibles no son iguales en todas las personas, ya que su desarrollo depende de las condiciones óptimas en que se encuentre el organismo, de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico, el estado nutricional y la edad.

Asimismo, la redacción actual del artículo en estudio hace referencia a que el peligro de contagio sea por medio de “**relaciones sexuales u otro medio transmisible**”. El segundo de éstos términos resulta muy amplio, si se toma en cuenta que existen diversos modos de transmisión de las infecciones, por contacto directo o indirecto. El directo se refiere las que son por contacto con la piel excoriada o las mucosas con líquidos corporales como la sangre, líquido cefalorraquídeo o semen, así como por el uso de agujas y jeringas contaminadas con la infección, por el transplante de órganos y tejidos infectados, por la transfusión de sangre contaminada, así como la transmisión materno-infantil. La transmisión de las infecciones por contacto indirecto es la que se da por medio de materiales u objetos inanimados contaminados o por medio de insectos.

Ahora bien, el tipo penal en estudio solo distingue expresamente que para el caso de que la enfermedad sea incurable la pena de prisión será de tres meses a diez años, por lo que se debe presumir que la pena de tres meses a tres años es para el caso de las curables, es por esto que considero oportuno hacer la distinción clara de las penas correspondientes para cada caso.

Sin duda alguna, el delito de peligro de contagio es de resultado formal lo cual no implica la necesidad de que se produzca el contagio. Sin embargo la realidad es diversa, en caso de que se trate de una enfermedad infecciosa (es la que produce manifestaciones) el sujeto pasivo se puede percatar de ellas y así abstenerse de tener relaciones sexuales con el sujeto activo. Sin embargo si el activo padece una infección manifiesta (no hay manifestaciones) casi siempre se percata el pasivo de esto cuando ya se encuentra infectado. Aquí el delito deja de ser de peligro para convertirse en un delito de daño, por lo cual propongo que para el caso de que el contagio se lleve a cabo además de la sanción señalada para este delito se le aplicará la sanción de la lesión causada.

Visto lo anterior me atrevo a proponer la siguiente redacción del citado artículo 159 para quedar como sigue:

TÍTULO TERCERO

DELITOS DE PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LAS PERSONAS

CAPÍTULO II

PELIGRO DE CONTAGIO

Artículo 159. El que a sabiendas de que padece una infección de transmisión sexual ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, se le impondrá prisión de tres meses a tres años y de cincuenta a trescientos días multa tratándose de infecciones curables. Y

prisión de tres meses a diez años y de quinientos a dos mil días multa si la infección fuera incurable.

En caso de que se produzca el contagio se le aplicará al infractor además de las penas señaladas en este artículo las que correspondan por las lesiones causadas.

Este delito se perseguirá por querrela de la víctima u ofendido.

Del estudio realizado al delito de Peligro de Contagio me pude percatar que en la actualidad se trata de un delito inoperante y de que su redacción dificulta tipificar la conducta, es por esto que en el presente trabajo se han propuesto algunos cambios en la redacción que ayuden a evitar la evasión de la justicia. Por lo que al ver tal situación siento que nos encontramos ante una disyuntiva, por un lado conservar el delito de peligro de contagio con la propuesta de modificaciones mencionadas; o bien, derogar como tal el delito de peligro de contagio para que se prevea en el capítulo de lesiones en grado de tentativa para quedar de la siguiente manera:

- En caso de que se trate de infecciones curables en grado de tentativa, se sancionará al sujeto activo de acuerdo al tiempo que tarde en sanar de su propia infección;
- Tratándose de infecciones incurables en grado de tentativa, se castigaran de acuerdo a la pena establecida en la fracción VI del artículo 130 del Código Penal.
- Ahora bien, de llegarse a producir el contagio, ante lo cual se estaría ante un delito de daño, se deberá sancionar como una acción dolosa, para lo cual se deberá suprimir el párrafo tercero del artículo 76 del Código Penal, la parte referente a “Lesiones por Contagio, a que se refiere el artículo 159”.

Por lo que respecta al tema de la confidencialidad considero que es necesario recapacitar seriamente acerca de las consecuencias que trae consigo el negarle a determinadas personas el derecho a estar informado acerca del padecimiento de su cónyuge, concubino (a) y /o parejas sexuales, sobre todo si dicha enfermedad es incurable. Es por eso que estimo que el derecho a la confidencialidad del paciente debe cederse frente al derecho a la información que tienen las personas que se encuentran ante el peligro inminente de ser contagiadas, limitándolo únicamente al cónyuge, concubino (a) y/o parejas sexuales, siempre y cuando dicho paciente no muestre una actitud responsable, comprometida y dispuesta a evitar la expansión de la enfermedad.

Asimismo, es necesario crear un sistema eficaz a nivel nacional en el cual se registre la fecha a partir de la cual una persona queda enterada de su padecimiento, específicamente VIH/SIDA. en este caso la información ahí registrada tendría el carácter de confidencial y sólo mediante requerimiento de la autoridad competente la podría proporcionar. Esto es con el fin de poder acreditar que el sujeto activo efectivamente conocía su padecimiento y aún así con su actuar colocó al pasivo en peligro de contagio.

Es conveniente hacerle saber al paciente que no esta solo en esta lucha, por lo cual al informarle a las personas que él decida se puede sugerir la conveniencia de que asistan juntos a pláticas en las que se les proporcione el apoyo necesario para este tipo de noticias; asimismo, se les oriente sobre las formas para evitar nuevos contagios y en su caso recomendarles algunos cambios en sus hábitos, pues hay que recordar que las infecciones como el VIH/SIDA no hacen distinciones de género, raza, nacionalidad, credo ni preferencias sexuales.

BIBLIOGRAFÍA .

- 1) AVILA NEGRON, Santiago. **El Cuerpo del delito y los elementos del tipo penal.** 1ª edición, Editorial Cárdenas Editor Distribuidor, México, 2003.
- 2) BERCHELMANN ARIZPE, Antonio. **Derecho Penal Mexicano,** 1ª edición, Editorial Porrúa, México, 2004.
- 3) CARRILLO FABELA, Luz Ma. Reyna., **La responsabilidad profesional del médico,** 4ª edición, Editorial Porrúa, México, 2002.
- 4) CASANOVA ROMAN, Gerardo, *et al,* **Infecciones de transmisión sexual,** 1ª edición, Editorial Alfil, México, 2004.
- 5) CASTELLANOS TENA, Fernando. **Lineamientos elementales de Derecho Penal,** 42ª edición, Editorial Porrúa, México, 2001.
- 6) DAZA GOMEZ, Carlos. **Teoría General del delito,** 2ª edición, Editorial Cárdenas editor distribuidor, México, 2001.
- 7) DE LA CRUZ AGÜERO, Leopoldo, **El termino constitucional y la probable responsabilidad penal (Los elementos del cuerpo del delito, jurisprudencia y practica),** 3ª edición, Editorial Porrúa, México 2002
- 8) DIAZ DE LEON, Marco Antonio. **Historia del Derecho Penal y Procesal Penal Mexicanos.** 1ª edición, Editorial Porrúa, México, 2005.
- 9) FEIJOO ANDRADE, Rosa. **VIH/SIDA. Causas Profundas. Manifestaciones de una sociedad enferma.** 1ª edición, Editorial Fontamara, México, 2004.
- 10) FONTAN BALESTRA, Carlos. **Tratado de Derecho penal. Parte Especial,** tomo VI, 2ª edición, Editorial Abeledo Perrot, Argentina.
- 11) GARAY, Oscar Ernesto. **Código de ética de los Médicos.** 1ª edición, Editorial Ad-Hoc, Argentina, 2000.
- 12) GRMEK, Mirko D. **Historia del Sida.,** SXXI, México, 1993.
- 13) HERNANDEZ PLIEGO, Julio. **Programa de Derecho Procesal Penal,** 11ª edición, Editorial Porrúa, México, 2004.
- 14) HEYMANN, David L. **El Control de las enfermedades transmisibles.** 18ª edición, Editorial OPS, 2005

- 15) LOPEZ BETANCOURT, Eduardo. **Delitos en Particular**, tomo II, 7ª edición, Editorial Porrúa, México, 2003.
- 16) MAGGIORE, Giuseppe. **Derecho penal. Parte especial. Delitos en particular**, vol IV, 3ª edición, Editorial Temis, Colombia, 1989.
- 17) MONARQUE UREÑA, Rodolfo. **Lineamientos elementales de la Teoría General del Delito.**, s.e., Editorial Porrúa, México, 2000
- 18) NEUMAN Elias. **Sida en prisión (un genocidio actual)**, Editorial Depalma, Argentina, 1999.
- 19) PATITO, José Ángel. **El Sida en la Medicina Legal. Legislación. Consideraciones éticas.**, Editorial. Centro Norte, Argentina, 2001.
- 20) PAVON VASCONCELOS, Francisco. **Manual de Derecho Penal Mexicano. Parte General**, 16ª edición, Editorial Porrúa, México, 2002.
- 21) RANIERI, Silvio. **Manual de Derecho Penal**, tomo V, Editorial Temis, Colombia, 1975.
- 22) SOSA ORTIZ, Alejandro. **El cuerpo del delito. La problemática de su acreditación.**, 1ª edición, Editorial Porrúa, México, 2003.
- 23) UROSA RAMIREZ, Gerardo Armando. **Teoría de la Ley Penal y del delito (legislación, doctrina, jurisprudencia y casos penales)**, 1ª edición, Editorial Porrúa, México, 2006.
- 24) VERGARA TEJEDA, José Moisés. **Manual de Derecho Penal. Parte General**, 1ª edición, Editorial Angel editor, México, 2002.
- 25) WIERZBA, Sandra M. **Sida y Responsabilidad Civil. Daños por contagio del VIH y otros virus por vía sanguínea, de padres a hijos y por vía sexual. Secreto profesional. Consentimiento informado. Sida y trabajo: sus consecuencias para el derecho civil. El temor a contraer sida y sus implicancias jurídicas.** 1ª edición, Editorial Ad-Hoc, Argentina, 1996

LEGISLACIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Sista, 2007.

- Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Consultada en la página <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/208.doc>
- Código Penal para el Distrito Federal, Ed. Sista, 2007
- Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, Ed. Sista, 2007
- NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Consultada en la página <http://bibliotecas.salud.gob.mx>
- NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. Consultada en la página <http://bibliotecas.salud.gob.mx>
- NOM-168-SSAA1-1998, del expediente clínico. Consultada en la página <http://bibliotecas.salud.gob.mx>
- NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Consultada en la página <http://bibliotecas.salud.gob.mx>

D I C C I O N A R I O S

- Diccionario enciclopédico ilustrado Océano Uno, edición 1995

H E M E R O G R A F I A

- Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002;40(6):523-529.
- Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados del martes 28 de septiembre de 1937.
- Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados del Miércoles 27 de abril de 1938.
- Diario de Debates de la H. Cámara de Senadores XXXVII Legislatura, del jueves 19 de diciembre de 1990.

- Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal del 28 de Noviembre de 2000, numero 28.
- Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal del 30 de Noviembre de 2000, numero 30.
- Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal del 28 de Abril de 2005, numero 16.
- Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal del 28 de Abril de 2006, numero 19.

O T R A S F U E N T E S

- Código Penal Argentino. Consultado en <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/codigo-penal-argentina.html>

P A G I N A S I N T E R N E T

- <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/panoepide31dic2006.pdf>
- <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>
- <http://bibliotecas.salud.gob.mx>