



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

**SEDE GUADALAJARA**

**"EL CONTAGIO INTENCIONAL DE V.I.H. COMO  
TIPO DELICTIVO ESPECÍFICO"**

**HORTENCIA MARÍA EMILIA MOLINA DE LA PUENTE**

Tesis presentada para optar por el Título de Licenciado en  
Derecho con Reconocimiento de Validez Oficial  
de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,  
según acuerdo número 36809 con fecha 13-VIII-86.

Zapopan, Jalisco. Enero de 1998.



CLASIF: \_\_\_\_\_  
ADQUIS: 90203  
FECHA: 30/05/03  
DONATIVO DE \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

**SEDE GUADALAJARA**

**"EL CONTAGIO INTENCIONAL DE V.I.H. COMO  
TIPO DELICTIVO ESPECÍFICO"**

**HORTENCIA MARÍA EMILIA MOLINA DE LA PUENTE**

Tesis presentada para optar por el Título de Licenciado en  
Derecho con Reconocimiento de Validez Oficial  
de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,  
según acuerdo número 86809 con fecha 13-VIII-86.

Zapopan, Jalisco. Enero de 1998.



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA


SEDE GUADALAJARA

## DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

C. SRITA. HORTENCIA MARIA EMILIA MOLINA DE LA PUENTE  
Presente

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes Profesional y después de haber analizado el trabajo de titulación en la alternativa TESIS titulado: EL CONTAGIO INTENCIONAL DE V.I.H. COMO TIPO DELICTIVO ESPECÍFICO presentado por usted, le manifiesto que reúne los requisitos a que obligan los reglamentos en vigor para ser presentado ante el H. jurado del Examen Profesional, por lo que deberá entregar siete ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

Atentamente  
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

  
LIC. ALBERTO JOSÉ ALARCÓN MENCHACA

Zapopan, Jalisco a 05 de enero de 1998

A la memoria de mi padre.

A mi madre y a mi abuela por  
su desinteresado apoyo.

Al Dr. RAFAEL TROZZO ESPOSITO y al  
Lic. RICARDO S. RODRIGUEZ VERA por su  
guía y apoyo para la realización del presente trabajo.



Ontario 955

Col. Providencia

Tels. y Fax 640-20-33

642-29-65 y 642-10-70

CORPORATIVA, S.C. Guadalajara, Jal.

Guadalajara, Jal., Enero 9 de 1998.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA SEDE GUADALAJARA,  
COMITE DE EXAMENES PROFESIONALES,  
P R E S E N T E .

Muy señores nuestros:

Les comunico que la señora HORTENCIA MA. -  
EMILIA MOLINA DE LA PUENTE DE MEIXUEIRO, ha desarrolla  
do el programa encaminado a la elaboración de un pro--  
yecto de Tesis titulado "EL CONTAGIO INTENCIONAL DE --  
VIH COMO TIPO DELICTIVO ESPECIFICO", programa para el  
cual fuí asignado como Director de Tesis.

La elaboración del proyecto de tesis ha --  
terminado, lo que comunico a ustedes como constancia -  
para que se sigan los pasos necesarios para la conclu--  
sión de dicho trabajo.

A T E N T A M E N T E .

LIC. RICARDO S. RODRIGUEZ VERA.  
ABOGADO, CORREDOR Y NOTARIO PUBLICO.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	6
1. Epidemiología y Cuadro Clínico del SIDA	7
1.1 Definición y Mecanismo de acción del virus	8
Características del VIH	
Cómo penetra el VIH en la célula	
Fases intracelulares del VIH	
1.2 Evolución del SIDA	14
1.3 Panorama de la Epidemia en México	15
2. Transmisión del virus del SIDA	20
2.1 Vías de contagio y difusión del VIH	21
Transmisión sexual	
Transmisión sanguínea	
Transmisión perinatal	
2.2 Periodo de incubación del virus del SIDA	24
2.3 Fases de la infección	25
3. Grupos de riesgo	28
Varones Homosexuales o Bisexuales	
Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas	
Hemofílicos y otros receptores de productos hematológicos.	
Comañeros heterosexuales de pacientes con SIDA	
SIDA infantil	
4. Aspectos psicosociales y neuropsiquiátricos en pacientes con infección por VIH.	31
5. La sociedad mexicana frente al SIDA	33

### CAPITULO II

EL REGIMEN JURIDICO PENAL ACTUAL	38
1. Consideraciones generales sobre el delito	38
Legislación vigente al consumarse la independencia	
La legislación penal propiamente mexicana antes de la codificación.	
El Código Penal de 1871	
El Código Penal de 1929	
Orientaciones Generales del Código Penal de 1931	



1. 1. Teorías que estudian el delito	42
Teorías Causalista y Finalista de la Acción.	
Teorías Psicologista y Normativista	
El modelo lógico	
Teoría Sociologista	
1.2 Presupuestos, elementos y concepto de delito	47
Concepción Legal del delito	
Presupuestos del delito	
Bien jurídico protegido	
Elementos y concepto de delito	
1.3 El delito como hecho contingente. El fin de la pena.	51
1.4 Clasificación del delito	52
Clasificación del delito en orden a la conducta	
Clasificación del delito en orden al resultado	
Delitos en orden a la actitud psíquica del sujeto	
2. Análisis de la legislación penal vigente en cuanto a los tipos de homicidio, lesiones y de contagio venéreo.	56
2.1 Homicidio	56
La tutela penal de la vida	
Noción de homicidio	
2.2 Lesiones y Contagio Venéreo	59
La tutela penal de la integridad personal	
2.2.1 El tipo de daño contra la integridad: lesiones	60
Antecedentes históricos	
El concepto de lesión en nuestro derecho penal	
2.2.2 El tipo de peligro contra la integridad: contagio Venéreo	61
3. Breve estudio sobre Penas y Medidas de Seguridad	67
3.1 Las Penas y las Medidas de Seguridad en el Derecho Constitucional.	71
<b>CAPITULO III</b>	
<b>EL DERECHO PENAL FRENTE AL SIDA</b>	73
1. El contagio intencional del SIDA como conducta delictiva	73
2. Análisis y crítica del contenido de los artículos del Código Penal del Distrito Federal referente a los tipos de homicidio, lesión y contagio venéreo como tipo adecuado al contagio intencional del SIDA	74

2.1 Contagio intencional del SIDA: ¿Contagio Venéreo?	74
2.2 Contagio intencional del SIDA: ¿Lesión?	75
2.3 Contagio intencional del SIDA: ¿Homicidio?	76
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>81</b>

## INTRODUCCION

Fue en 1983 cuando nos enteramos en México de la existencia de la nueva enfermedad: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los pocos casos que para ese tiempo habían aparecido, todos en personas cuyo contagio había ocurrido fuera del país, no podían anticipar las características de una epidemia de proporciones tan severas.

El SIDA es problema grave de salud pública, por la rapidez de diseminación del virus que lo causa; porque, hasta ahora, es **inevitablemente letal**; porque afecta de manera directa al sistema inmunológico; porque una de sus tres vías de transmisión, la más importante en relación con el número de casos, es el contacto sexual; porque requiere medidas públicas de prevención, ya que no se prevé en lo inmediato, ni en los próximos años, el descubrimiento de una droga efectiva o de una vacuna que pueda prevenirlo; porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; porque su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

El estar y no estar preparados para afrontar una nueva enfermedad, hace del SIDA una cuestión no sólo médica y de salud pública, sino también un asunto social que concierne al individuo, a la familia, a grupos específicos y al Estado, como responsable de conducir el desenvolvimiento de los asuntos públicos.

El SIDA es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), capaz de instalarse en células y permanecer allí por años antes de manifestarse. Durante este período el individuo infectado, es a la vez, infectante; es decir, capaz de

transmitir la infección. A decir de Harvey Fineberg "El VIH es un virus insidioso. Corrompe los fluidos vitales, convirtiendo la sangre y el semen, de fuentes de vida, en instrumentos de muerte"<sup>(1)</sup>.

Por lo pronto, no existe tratamiento ni vacuna contra el virus, por lo que **una vez que se desarrolla conduce, casi inexorablemente, a la muerte en un tiempo muy corto.**

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel especial en el desarrollo de las sociedades.

Aunque se trata de un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas, y no de una sola enfermedad, por ser válido y más sencillo nos referiremo al SIDA como enfermedad.

Algunas epidemias han sido superadas por el avance en el conocimiento y por la disposición de técnicas para prevenirlas o convatirlas, otras persisten después de siglos y unas cuantas emergen como condiciones nuevas, para las que aún no se esta suficientemente preparado, el SIDA se ubica dentro de este último grupo.

Pero además, el SIDA va acompañado de una serie de prejuicios.

La mayoría de los infectados son componentes de una juventud sin ilusión, sin proyectos de futuro, carente de toda clase de valores. Sus vidas están rotas y sus espíritus destrozados.

Aunque viven otro mundo, aunque su marginación es total y parece casi imposible su adaptación a otra vida que no sea ésta, son seres humanos, en los que vibra un espíritu, al que con mucho esfuerzo se puede llegar.

---

<sup>1</sup> Las dimensiones sociales del SIDA, Harvey Fineberg, Scientific American, vol 259, num 4, octubre de 1988.

Culpables? Inocentes? Esa es una cuestión en la que no debemos emitir juicio alguno. Nos limitamos a observar y estudiar un tremendo y patético realismo. En nuestra profesionalidad, mi sentido ético y humano se impone y sabemos que no podemos decir verdades a medias. Intentamos evitar la crudeza aunque nos es imposible eludir la realidad.

Sin embargo nunca puede uno hacerse inmune a los lamentos humanos. Es posible que haya recriminaciones al final? No, de ninguna manera, para qué? Solo puede haber una presencia cálida, una mano amiga, una mirada comprensiva.

A pesar de todo y en contra de la nube de pesimismo que parece querer invadirnos, intentamos afrontar la situación como mejor podemos.

Este problema singular de salud pública y de importantes consecuencias sociales ha despertado el interés, la inquietud y el temor de todos los ámbitos, a nivel mundial.

En México, al igual que en otros países, nos hemos aprestado a conjuntar esfuerzos, propios y externos, para contender contra este tremendo desafío. No solo se ha reforzado el quehacer clínico para atender los casos presentados; se ha reformado la Ley General de Salud, y se han puesto en práctica normas y criterios para la atención en situaciones de riesgo. Ya está operando el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, fundado por decreto del Presidente de la República, con el propósito de lograr el consenso del sector salud y de los sectores social y privado, y así poder estar en posibilidades de abordar interdisciplinariamente el problema, desde las esperas epidemiológica, clínica, jurídica, educativa, de la comunicación social y de la investigación.

Nos enfrentamos pues, a una realidad en la cual si bien debemos aplicar la dureza de la justicia no debemos olvidar "el rostro humano del SIDA".

Ante tales antecedentes, presentar un proyecto de reforma al Código Penal con un tipo delictivo específico a fin de dotar de mayor seguridad jurídica a una sociedad en la que el SIDA emerge como condición nueva, para la cual no está lo suficientemente preparada; que, sin embargo, aparece en

un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología ha alcanzado un alto grado de desarrollo, resulta una tarea nada fácil, pero necesaria.

A lo largo del presente trabajo y ante un número realmente alarmante de casos que así se han presentado, nos proponemos hacer un estudio sobre el contagio intencional o doloso del SIDA, no sobre una conducta culposa ya que su problemática es diferente. Tampoco pretendemos en este trabajo evaluar las condiciones de Averiguación Previa ni de Procedimiento Judicial Penal en la substanciación del proceso originado por la comisión de este delito, que aún cuando se trata de un asunto importante y afecta la investigación, deberá ser objeto de otras investigaciones posteriores.

Entendemos, para efectos de este trabajo, por una conducta dolosa la de aquel individuo que sabiendo que es portador del virus del SIDA y que previamente fue advertido de las conductas que se han considerado que pueden propagar el virus, ignorando dichas advertencias pone en peligro la salud y la vida de otras personas. Para muestra de lo alarmante y real de estas conductas basta el siguiente caso publicado en la página 3 del Periódico Público de fecha 04 de Noviembre de 1997 y que transcribo textualmente:

*Crimen con sida.*

*Su nombre: Nushawn Williams. Edad: 21 años. Su crimen: a sabiendas de estar enfermo de sida, haber mantenido múltiples relaciones sexuales y haber infectado a sus parejas. Confesó haber tenido relaciones sexuales con unas 50 mujeres en la ciudad de Nueva York, aun sabiendo de su enfermedad y sin comunicárselo a ellas. Entre las mujeres afectadas se cuentan adolescentes de hasta 15 años. Nushawn además enfrenta cargos por tráfico de drogas. mientras el acusado es sometido a exámenes psiquiátricos, el fiscal del caso asegura que la diseminación intencionada del virus es algo que definitivamente debe ser enfrentado.*

En el presente trabajo nos proponemos demostrar que los tipos de homicidio, lesiones y contagio venéreo aún con ser, de los vigentes, los más adecuados para el caso del contagio intencional

de SIDA, resultan inaplicables y lo contrario sería atentar contra lo establecido por el artículo 14 Constitucional que prohíbe la aplicación analógica en materia penal.

Así pues, estudiaremos los aspectos médicos, sociales, éticos, sexuales, jurídicos y humanos relacionados con el SIDA, a fin de demostrar que el contagio intencional de esta enfermedad es una conducta delictiva específica no tipificada y ante la cual debemos reaccionar de una manera especial, con una mayor dosis de cautela, justicia y humanismo; sobre todo para la aplicación de la pena tengamos en cuenta que independientemente del castigo que la justicia humana les imponga a estos "sembradores de la muerte" la vida les ha cobrado un doble tributo puesto que a los padecimientos de su enfermedad han de sumar el dolor de la marginación... Quizá alguna vez se pregunten en su interior: "Como pago yo ahora la vida de una persona, o tal vez de alguna más? Hay una serie de delitos y de muertes, que yo mismo he podido provocar".

# CAPITULO I

## ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

El organismo dispone de un sistema de defensa complejo que le permite distinguir las sustancias o elementos extraños a él que puedan alterar su normal funcionamiento, de tal modo que los elementos que componen este sistema, se encargan de detectarlos y, en la medida en que les es posible, eliminarlos. Particularmente nos defiende de agentes infecciosos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos.

En junio de 1982, se acuñó el termino de **SIDA**: síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **Adquirido** significa contraído, en oposición a heredado. **Inmunodeficiencia** implica mecanismos de defensa corporal defectuosos contra infecciones. **Y Síndrome** es un grupo de trastornos que ayuda a identificar una enfermedad particular, en este caso el SIDA.

El SIDA se debe a un virus llamado virus de inmunodeficiencia humana (**VIH**).

En el proceso que sigue el VIH desde que entra en el organismo hasta que consigue difundirse por todo él, agotando el sistema inmunitario, se dan diversas fases e intervienen diversos elementos o componentes celulares de estructura bioquímica compleja. Con el fin de evitar en el texto explicaciones más difíciles de comprender, algunos aspectos más técnicos y menos esenciales los recogeremos a pie de pagina. Procederemos igual en otros capítulos.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un trastorno nuevo y complicado del sistema de defensas del cuerpo. La característica clínica mas relevante del SIDA es la ocurrencia de infecciones oportunistas y cáncer en individuos antes sanos. Estos trastornos son enfermedades mortales para los pacientes con SIDA y la esperanza de vida en casos plenamente manifiestos es de unos dos a tres años. En los últimos años se ha demostrado que el SIDA se debe a un virus llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), capaz de destruir un tipo específico de



leucocitos llamados linfocitos T colaboradores. **Se piensa que una vez que la víctima "adquiere" el virus lo aloja por el resto de su vida.** El organismo reacciona a la invasión del virus produciendo un anticuerpo específico contra él (anticuerpo VIH). Desafortunadamente, el anticuerpo al parecer no neutraliza al virus en la forma usual y en consecuencia el individuo puede infectar a otros. La mayoría de las personas con infección VIH enferman poco o nada pero algunos evolucionan hasta desarrollar el SIDA pleno. EL período de incubación del virus varía de seis meses a seis años o más, con un promedio de 28 meses.

Los individuos infectados con VIH pueden clasificarse en cuatro categorías generales:

1.- Portadores asintomáticos (sin signos de inmunosupresión).

2.- Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) (con tumefacciones ganglionares en axilas, cuello, ingles, etc.)

3.- Complejo relacionado con el SIDA (CRS) (sintomático con fatiga, fiebre y a menudo deterioro del sistema inmunológico).

4.- SIDA plenamente manifiesto (sintomático, con infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida y sarcoma de Kaposi).

Hasta la fecha no hay curación para esta enfermedad, sólo se dispone de tratamiento para algunas de las complicaciones de la enfermedad.

## **1. EPIDEMIOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO DEL SIDA.**

El SIDA es la consecuencia mas grave de la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Invariablemente es mortal.**

El sistema inmune del humano está constituido por diferentes grupos de células encargadas del reconocimiento de sustancias extrañas al organismo (conocidas como antígenos, capaces de despertar una respuesta inmune), y de su eliminación específica.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una de las enfermedades en las que el sistema inmune del humano se afecta con gravedad mayor. Es causado por un virus de la familia del retrovirus, llamado VIH, con capacidad de infectar selectivamente al sistema inmune encargado de proteger al organismo de la invasión de sustancias extrañas. Este efecto de inmunosupresión que induce el virus hace susceptible al organismo de sufrir la infección de otros gérmenes conocidos como oportunistas y de desarrollar neoplasias.

Independientemente de la vía de entrada del virus (contacto sexual, sangre infectada, contagio natal), el común denominador de la infección del VIH es su tropismo positivo por ciertas células del sistema inmune y del tejido nervioso, que concluye en inmunosupresión y en alteraciones neuropsiquiátricas.

Se trata de un retrovirus cuyo genoma contiene copias duplicadas de cadenas simples de ARN. Comparte muchas características con miembros de la familia lentivirus. En estos casos (incluyendo el SIDA), se desarrolla una enfermedad lenta, progresiva y mortal para la mayoría de los huéspedes.

## **1.1 DEFINICIÓN Y MECANISMO DE ACCIÓN DEL VIRUS.**

El SIDA es un derrumbamiento de nuestro sistema inmunitario que es un complejo sistema de defensa que le permite distinguir las sustancias o elementos extraños a él que puedan alterar su normal funcionamiento, de tal modo que los elementos que componen este sistema, se encargan de detectarlos y, en la medida en que les es posible, eliminarlos. Particularmente nos defiende de agentes infecciosos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos y otros agentes infecciosos que penetren en nuestro organismo.

A esas sustancias extrañas al organismo se les denomina antígenos, y las células fundamentalmente encargadas de combatirlos son los linfocitos; también lo hacen las células

sanguíneas, llamadas células asesinas. Pero son los linfocitos los más importantes, y entre ellos se distinguen dos tipos: los B, que se encargan de la inmunidad humoral, y los T, que se ocupan de la inmunidad celular. Ambos provienen de una célula común.

Los linfocitos B sintetizan las llamadas inmunoglobulinas, que son los anticuerpos, que se dirigen selectivamente contra las sustancias extrañas o antígenos. El organismo está preparado para poder reconocer y reaccionar frente a los diversos antígenos y producir los anticuerpos correspondientes a partir de unos linfocitos seleccionados por unas células especializadas en ese reconocimiento, llamadas células inductoras (linfocitos T4). Una vez eliminado el antígeno en cuestión, permanecen en el organismo los linfocitos B que lo destruyeron, que tienen capacidad para volver a intervenir si el mismo antígeno penetrase de nuevo; formaría más anticuerpos con gran rapidez, ya que el organismo está inmunizado por la experiencia anterior.

Los linfocitos T son más complejos. Se subdividen en T4 y T8, según sean las glucoproteínas que recubren su superficie.

Los T4 son las células facilitadoras o inductoras que reconocen los antígenos extraños y ayudan a activar a los linfocitos B y a las células citotóxicas, que son un tipo de T8. Los T8 son las células citotóxicas, que aniquilan las células extrañas o infectadas; y las supresoras, que suprimen las respuestas de otras células y controlan el sistema de retroalimentación.

Por lo que se refiere al SIDA, al infectarse las células T4 e inutilizarse sus funciones, fallarán los mecanismos defensivos que acabamos de exponer. Además, habrá una disminución del número de esos linfocitos (linfopenia), con lo que el cociente T4/T8 disminuirá (en condiciones ordinarias es mayor de uno, y se reducirá hasta 0.5 o incluso menos).

El agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es un virus que se ha denominado de diversos modos a lo largo de estos años pero que definitivamente se ha llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Los virus son estructuras mas pequeñas que las bacterias, y aún cuando tienen la información para multiplicarse, carecen de los medios para ello; por esto, deben hacerlo en el interior de las células, con lo cual provocan diversas enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales.

Todos los seres vivos tienen sus propios virus, mismos que generalmente afectan a una especie y respetan a las demás. Así mismo, un mismo virus puede provocar diversas enfermedades en huéspedes distintos.

### CARACTERÍSTICAS DEL VIH.

De acuerdo con lo señalado por el doctor L. Montagnier y colaboradores, y por el doctor H. Gerberblom y colaboradores, del Instituto Pasteur de París y del Instituto Roeder Koch de Berlín, respectivamente, la principal característica morfológica del VIH es su estructura esférica, tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro; sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocapsido, también conocido como nucleóide central.

El contenido hereditario del VIH, representado por su ARN, está formado por dos cadenas idénticas, que en el VIH-1 contienen 9,193 nucleótidos, y 9,671 en el VIH-2. <sup>(2)</sup>

Ambos VIH poseen nueve genes, tres estructurales y seis reguladores, limitados a ambos flancos por una secuencia genética denominada long terminal repeat o LTR, encargada de regular la expresión del resto de los genes del virus, así como la integración del virus en los cromosomas de la célula parasitada. Los genes estructurales poseen la información en la que se basará la fabricación de los diversos componentes del virus. Los genes reguladores tienen por función controlar la actividad de los genes estructurales, indicándoles el momento de iniciar o de suspender su trabajo, así como la velocidad y la cantidad de componentes virales que se requiere fabricar, entre otras. Es decir, los genes reguladores determinan el efecto que el VIH tendrá sobre la célula parasitada (tiempo de latencia e inicio del daño celular).

---

<sup>2</sup> Los nucleótidos son los componentes elementales de los ácidos nucleicos.

En el caso del SIDA, su agente causal, el VIH, proviene en forma exclusiva de un reservorio humano (individuos infectados portadores), y sus vectores son la sangre, las secreciones vaginales y la secreción láctea. Estos vectores son similares para las dos variedades de VIH que se conocen (VIH-1 y VIH-2).

A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas en las que la enfermedad aparece días y semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial. Este hecho reviste capital importancia, ya que debido a ello el mayor peligro de contagio yace, no en los casos con enfermedad declarada, que puede ser rápidamente reconocida, sino en los portadores que no presentan síntomas, y cuyo aspecto es totalmente normal.

El individuo que se ha contagiado con el VIH y no presenta manifestaciones clínicas se considera que está infectado, mas no enfermo. En el momento en que presenta síntomas, se considera que ha desarrollado la enfermedad conocida como SIDA.

Todos los individuos infectados (sin síntomas o con SIDA) son potencialmente infectantes para otras personas. Desde que el VIH entra al organismo, el individuo se convierte en un reservorio humano, lo puede transmitir a través de la actividad sexual, por donar sangre, por compartir con otros agujas y jeringas, durante el embarazo o el parto (y probablemente la lactancia), y al donar órganos o tejidos para trasplante.

#### COMO PENETRA EL VIH EN LA CÉLULA

Todos lo virus son partículas inertes que, de suyo, no ocasionan daño alguno mientras no consigan penetrar en el interior de las células.

Para intentar penetrar en la célula, el virus se une a un componente de la membrana de la célula en la que pretende alojarse o célula huésped. En el caso del VIH se sabe que se une a un receptor celular conocido por CD4, que tiene una estructura compuesta por cadenas de proteínas.

Por tanto el virus tenderá a fijarse allá donde se encuentre el receptor CD4, que fundamentalmente es en un cierto tipo de células del sistema inmunitario, concretamente los linfocitos

T4. El mayor o menor grado de infección se medirá precisamente por la disminución de este tipo de células.

Se ha averiguado, por diferentes pruebas histológicas y bioquímicas, que la unión del virus y la célula se produce por la interacción entre el CD4 celular y una glicoproteína del virus conocida como gp120<sup>(3)</sup>.

La unión de la gp120 vírica con el CD4 constituye solo el primer paso de la entrada del virus en la célula. Los pasos siguientes son menos conocidos. De momento están simplemente en conexión, pero aún el virus ha de penetrar en el interior de la célula a la que ha conseguido "engancharse" por el mecanismo predescrito.

La manera más probable y sencilla que se ha pensado es que la membrana del virus se fusione con la membrana de la célula, introduciendo la parte central del virus -que contiene su material genético- en el interior celular.

#### FASES INTRACELULARES DEL VIH.

Una vez que el VIH se encuentra en el interior de la célula, su material genético, formado por ácido ribonucleico (RNA), se transforma en dos cadenas de ácido desoxirribonucleico (DNA) mediante la acción de una enzima (la transcriptasa inversa), y este "provirus" formado se integra entonces en el DNA de la célula infectada, lo que significa que la infección persistirá durante toda la vida de esta célula y en su descendencia si dicha célula se dividiera, porque los genes virales son transmitidos con los genes celulares.

El virus, así integrado ya en la célula infectada, puede permanecer en silencio -al menos durante un tiempo mas o menos largo- o puede manifestarse en diversas formas. Aunque quede en silencio, sin multiplicarse y sin destruir el linfocito, este queda funcionalmente infectado y por lo tanto inútil desde el punto de vista inmunitario. Para que el VIH se manifieste se necesita que las células T4 sean estimuladas, probablemente mediante otras infecciones.

<sup>3</sup> Se trata de una glicoproteína -proteína que tiene unos radicales glucídicos- de 120 kilodalton de peso molecular (de ahí su denominación abreviada, gp120). Esta gp120 se halla distribuida por la membrana externa del virus.

Cuando el virus se ha integrado en el DNA celular, el sistema inmunitario ya no puede ver el virus y tampoco puede atacar la célula, porque el virus se ha integrado en su formación genética, como decíamos antes, y por lo tanto no existen partículas virales que puedan ser reconocidas (fase silenciosa). Cuando llega la señal apropiada, entonces el virus empieza a "expresarse", es decir, a reproducirse. El DNA viral es reconvertido en RNA en el núcleo de la célula. El RNA viral produce proteínas virales, todo ello se reagrupa sobre la membrana celular y el virus es liberado, completando así su ciclo vital.

Cuando el virus se manifiesta puede hacerlo de diversas formas: una de ellas es que provoque una infección persistente, en la que se producen nuevas partículas víricas y la destrucción de las células inmunitarias o se dé lugar a grandes agrupaciones celulares que mueren poco después de formarse. En ambos casos, disminuyen los linfocitos T4 y se reproduce el virus. El VIH se diferencia de otros retrovirus en que no se limita a modificar mas o menos la función de la célula inmunitaria, sino que la destruye totalmente al dividirse y salir de ella.

Como consigue el virus del SIDA escapar o defenderse del sistema inmunitario? De una parte por su integración en el DNA cromosómico celular, de otra por su gran mutabilidad: se ha visto que el virus no es idéntico en cada persona, sino que hay pequeñas variantes que son llamadas "cepas" del virus; ambos VIH poseen una gran capacidad para cambiar su aspecto molecular, particularmente a nivel de la envoltura. Por el hecho de que la envoltura del virus es la primera en ser atacada por el sistema de defensa del organismo, su gran heterogeneidad explica la dificultad que tiene el sistema inmunológico para detectar y eliminar a este "maestro del disfraz", la respuesta de los anticuerpos puede bloquear inicialmente el virus, pero después las variantes menores pueden imponerse; así como los problemas a los que se enfrentan los científicos para fabricar una vacuna. Hoy se sabe que una misma persona presenta variaciones menores del virus que son importantes aunque se refieran a un solo aminoácido. Otro modo de escapar es ocultarse en el cerebro, lo que además de

ocasionar alteraciones en la mente y demencia, lo pone a salvo del sistema inmunitario, que no puede penetrar la barrera cerebral. Y, sobre todo, por la destrucción de las células T4.

La gran diversidad de formas moleculares que pueden presentar el VIH-1 y el VIH-2 explica también que existan cepas de virus más agresivas que otras. Además, el tiempo aumenta la peligrosidad del virus y permite que el padecimiento avance.

El VIH puede vivir dentro de las células por muchos años; sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce notablemente. Por esta razón, la sangre y los líquidos corporales que poseen glóbulos blancos, tales como el espermatozoides y las secreciones vaginales, son excelentes vectores del virus.

## **1.2 EVOLUCIÓN DEL SIDA.**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció como de la nada en la primavera de 1981. Al parecer, se presentó por primera vez en 1979 y llamó la atención de la comunidad médica de 1981. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control de Atlanta, Georgia, E.U.A. y describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de Los Ángeles de una infección pulmonar rara: neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC), la cual solo suele ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado. La característica poco común de estos casos fue la ocurrencia de NPC en individuos antes sanos.

Al mismo tiempo, en 1981 llegaron informes de 26 homosexuales previamente sanos, en Nueva York y California, que habían desarrollado una forma grave de un cáncer maligno raro llamado sarcoma de Kaposi. Ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses del diagnóstico.

El sarcoma de Kaposi es relativamente común en África Ecuatorial. Sin embargo, en Europa y E.U.A. se restringe a varones de edad avanzada de ascendencia mediterránea o judía.



El factor común de los nuevos casos era que todos incluían homosexuales. Al parecer, la NPC y el sarcoma de Kaposi eran en realidad "marcadores" de un gran defecto subyacente en el sistema inmunológico. Como esta inmunodeficiencia era un defecto adquirido mas bien que hereditario, se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

A medida que continuaron las investigaciones, se identificó la naturaleza epidémica del brote con casos publicados no solo en homosexuales sino también, en menor grado, en toxicómanos que utilizan drogas intravenosas, hemofílicos y haitianos.

Desde el inicio, la epidemia de SIDA ha mostrado un notable agrupamiento geográfico de casos en E.U.A.

Fuera de E.U.A., el SIDA se ha identificado en todos los continentes, incluyendo la mayor parte de los países europeos y escandinavos, Canadá, México, Indias Occidentales, Sudamérica, India y África, Australia, Japón e Israel. El numero de casos en el mundo comunicado a la OMS para el 14 de noviembre de 1986 era de 34,448.

Sin embargo, se piensa que la cifra total de portadores es mucho más elevada que la que muestran las estadísticas y la que se reporta a la OMS debido a la difícil detección de la enfermedad en algunos grupos de población marginados, el hecho de que pacientes con recursos no se reportan a los centros de salud, etc.

No hay signos que indiquen que la curva de frecuencia de la enfermedad "comience a disminuir" y es difícil predecir cuándo sucederá porque la enfermedad tiene un período de incubación largo.

### **1.3 PANORAMA DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO.**

Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; la notificación de los casos tiene carácter de obligatoria e inmediata.

La distribución y frecuencia de los infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA en las poblaciones y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo, dependen de factores psicológicos y sociales, además de las características biológicas de la interacción entre este virus y el hombre.

Para determinar la magnitud y distribución de cualquier enfermedad infecciosa es necesario conocer:

- 1) El número de personas que están infectadas.
- 2) Cuántas son capaces de transmitir la infección a otras personas (infectantes).
- 3) Cuántos infectados tienen manifestaciones clínicas (casos o enfermos).
- 4) Las muertes que causa.

La infección por VIH tiene la particularidad de que las personas infectadas son al mismo tiempo infectantes, esta característica tiene repercusiones sobre la dinámica de transmisión, especialmente si se considera el largo periodo asintomático antes del inicio de la infección.

La tasa de progresión de la enfermedad en los infectados ha sido documentada en una cohorte de homosexuales de San Francisco. De acuerdo con esta investigación, a los cinco años el 10% de los individuos estudiados curso con SIDA; un decenio después, la cifra se había elevado a un 36%.

La historia del SIDA en México se puede resumir de la siguiente manera: los primeros casos fueron diagnosticados en 1983, en extranjeros residentes en este país, casos que correspondieron a hombres homosexuales. En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de

1986 se publico la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes cerro con 134 casos de SIDA.

Para diciembre ya eran 226 los casos. El Consejo de Salubridad General establece entonces que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487. Entonces se hicieron modificaciones a la Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratifico la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y de seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre.

Actualmente, México ocupa el decimocuarto lugar en cuanto a numero de casos a nivel mundial, y el cuarto en América. Hasta el 1o. de Agosto de 1988, se han notificado 1,628 casos de SIDA.

En nuestro país, donde la drogadicción intravenosa no representa un problema de transmisión de importancia, las dos terceras partes de los casos femeninos se deben a transfusiones sanguíneas. Sin embargo, todo parece indicar que el aumento de casos entre la población de mujeres se ha dado de manera importante a través de la población bisexual masculina, que es, seguramente, mas numerosa de lo que se pensaba.

La tendencia de los casos es ascendente en todas las entidades del país; no obstante, en el Distrito Federal se concentra el 34%, con una tasa de incidencia acumulada de 55 casos por millón de habitantes. El restante 66% esta distribuido en la provincia y muestra una tendencia mas acelerada que en el Distrito Federal. Las entidades con mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son el Distrito Federal, Jalisco, Baja California, Morelos, Coahuila y Yucatán.

Del total de casos de sida el 91.3% corresponden a hombres y el 8.7% a mujeres. Del total de casos, el 66.5% se notifico en el grupo de 25 a 44 anos, el 13.6% en adultos jóvenes (de 15 a 24 anos) y el 13% corresponde al grupo de 45 a 64 anos.

Al analizar la distribución por categoría de transmisión en las diez entidades con mayor numero de casos la proporción asociada a prácticas homosexuales y bisexuales masculinas es

variable, desde 44.2% en Puebla hasta 84.2% en Yucatán. En aquellos estados con menor proporción de casos dentro de esta categoría, el número asociado a transfusiones es mayor: en Puebla representa el 25.6% casi el triple de lo que constituye esta categoría para el total de caso. Por lo que se refiere a transmisión heterosexual, Puebla ocupa el primer lugar 20.9%. Cuatro de los cinco casos asociados a drogadicción intravenosa han sido notificados por Jalisco, representando el 1.8% del total de casos notificados por este estado. Por lo que se refiere a transmisión perinatal, si bien el número es reducido, en algunos estados (México, Morelos y Puebla) esta categoría representa el 2.3% del total.

La prevalencia de infección en reclusos es mayor que la que se ha observado en población general. La reclusión por sí sola no define riesgo de infección por VIH, mas bien lo determina la prevalencia de infección en los reclusos y la frecuencia con que se efectúan prácticas de riesgo entre infectados y no infectados.

La tendencia de los casos de SIDA en México indica que la transmisión se está difundiendo de las grandes ciudades al medio semiurbano y rural. El crecimiento de los casos en mujeres y niños es más acelerado que en hombres jóvenes aunque este grupo continúa concentrando el mayor número. La transmisión en los hombres heterosexuales es más acelerada que en los homosexuales y bisexuales.

La migración es uno de los componentes fundamentales de la dinámica demográfica, junto con la fecundidad y la mortalidad. La relación existente entre las dos últimas, por un lado y la salud, por el otro, es obvia y no necesita ser fundamentada. La relación entre migración y salud, en cambio, es un tema sumamente relegado. Son muy pocos los trabajos en los que se revisan aspectos substanciales del problema, como "la relación población migrante-servicios de salud, el perfil epidemiológico de los migrantes, o el cambio en las percepciones de los fenómenos de salud asociados al proceso de migración" (Frenk, J. et al., 1987).

La aparición del SIDA, y su posterior expansión han vuelto a traer a la agenda política y científica la necesidad de profundizar en la relación migración-salud. Esta preocupación responde

tanto a demandas genuinas por evitar la propagación del VIH, como a planteamientos simplistas y espureos que suponen que medidas aislacionistas son la solución idónea para acabar con la enfermedad.

Para México, es especialmente urgente la necesidad de contar con evidencias olidas sobre este problema, dado que comparte sus fronteras con el país que tiene las tasas mas altas de incidencia de SIDA, y realiza con el un intercambio voluminoso de población. Importantes contingentes de mexicanos fluyen hacia los mercados de trabajo de los Estados Unidos. A su vez, volúmenes considerables de estadounidenses llegan a México, ya sea por viajes de turismo o de negocios. En el caso de México, la infección por VIH se pudo iniciar y/o incrementar a través de alguno(s) de los siguientes movimientos poblacionales.

1. Migración internacional de retorno, principalmente de aquellos que residieron un tiempo en los Estados Unidos, o en cualquier otro país con alta incidencia de SIDA.
2. Migración temporal o definitiva de extranjeros a México.
3. Salidas temporales de mexicanos, por turismo o cualquier otra razón, y por cualquier medio de transporte.
4. Entrada temporal de extranjeros, por cualquier razón y medio de transporte.

Resulta importante notar la carencia de información sobre las costumbres sexuales de los mexicanos, dentro y fuera de nuestro país, pues constituye una limitante de primer orden para el análisis de la relación migración-SIDA, sin embargo los datos estadísticos hacen coincidir los fenómenos de entidades expulsoras con mayor migración y en las que se han reportado mas casos de SIDA con antecedentes de residencia en Estados Unidos, además del hecho de que esta migración se ha orientado a los estados de California y Texas, que registran dos de las tasas de incidencia de SIDA mas elevadas de Estados Unidos (muy superiores a las existentes en nuestro país) reafirman la hipótesis de la relación entre residencia en los Estados Unidos y SIDA, aunque son débiles como para afirmarla taxativamente.

Los patrones de transmisión descritos en otras regiones pueden ser de utilidad para predecir lo que puede suceder en países que tienen un menor tiempo de evolución de la transmisión por VIH, como es el caso de México.

## **2. TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL SIDA.**

Las enfermedades transmisibles son las que mayores estragos han causado a la humanidad, tanto por las muertes que han provocado, como por la frecuencia con que estas ocurren entre la población joven.

Desde que se reportaron los primeros casos de SIDA existió la sospecha de que se trataba de una enfermedad transmisible. Para comprobarlo, era preciso aislar al agente. Sin embargo, esto no se logró sino hasta varios años después.

Hasta el momento, se reconocen tres mecanismos o vías de transmisión para el VIH:

- 1) la sexual, tanto homosexual masculina como heterosexual (de hombre a mujer y de mujer a hombre);
- 2) la sanguínea, siendo la transfusión de sangre y hemoderivados el mecanismo más frecuente dentro de este grupo;
- 3) la perinatal, es decir, la que ocurre durante el embarazo, el parto o el postparto a través de la leche materna.

En orden descendente, la frecuencia con la que cada uno ha contribuido al número de casos de SIDA hasta el momento es el siguiente: el sexual, el sanguíneo y el perinatal.

### **2.1 VÍAS DE CONTAGIO Y DIFUSIÓN DEL VIH.**

Ya conocemos cuáles son las vías de contagio y difusión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el semen y la sangre y su transmisión, por tanto, en las relaciones

sexuales y en jeringuillas de drogadictos portadores del VIH, además de otros posibles contactos con sangre en operaciones quirúrgicas, odontológicas, etc. Y un tercer y cuarto grupo de transmisión lo constituyen, como también sabemos, las transfusiones sanguíneas y de hemoderivados; y los niños nacidos de madres infectadas por el VIH.

El VIH solo puede transmitirse por contacto directo, de persona a persona: primero, porque al ponerse en contacto con el medio ambiente se inactiva y, segundo, porque siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta, y estas a su vez se encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro, sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea o perinatal).

No existe ninguna prueba de que la transmisión ocurra de modo casual. Esto es muy importante tenerlo en cuenta para saber que en realidad el virus es menos contagioso de los que puede pensarse: para infectarse hay que haber tenido una relación íntima con sangre o semen infectados. No se transmite a través de alimentos o agua, por picadura de insectos o al toser o estornudar. También es importante saber que no se conocen pruebas de transmisión ocasional entre personas de una misma escuela o local de trabajo, o entre los que conviven en una misma familia. Se deben evitar, por tanto, los alarmismos en ámbitos escolares y laborales. Conviene saber que el riesgo de contagio por virus de la hepatitis B es de 20 a 100 veces superior al VIH.

### TRANSMISIÓN SEXUAL.

El hombre es un animal sexual por excelencia, y desde los albores de la humanidad la sexualidad ha sido practicada con diversas modalidades, a diferencia del resto de los animales, que presentan un patrón de comportamiento sexual claramente definido, con las inevitables excepciones. A lo largo de la historia ha habido (y sigue habiendo) sociedades monógamas, polígamas y culturas que no solo no han reprobado la homosexualidad, sino que la han sublimado.

Durante el contacto sexual, habitualmente ocurre transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden

ser vaginales, semen, sangre, saliva, orina moco rectal o heces fecales. El VIH ha sido aislado de casi todos ellos. Sin embargo, solamente, la sangre, el semen y las secreciones vaginales han sido implicados en la transmisión de manera contundente.

A la fecha, existen múltiples estudios acerca de la eficacia de transmisión del VIH, según el tipo de practica sexual utilizada, se ha podido demostrar que la eficacia de transmisión no es igual en todos los casos, y que por lo tanto, existen practicas que implican mayor riesgo que otras; siendo estas, en orden descendente del riesgo:

1. Coito rectal: La explicación mas aceptada se basa en la naturaleza del epitelio rectal (<sup>1</sup>), el cual esta constituido por una sola capa de células; la irrigación sanguínea es muy rica en esta región y además esta rodeado por tejido rico en células del sistema inmunológico. Durante el coito rectal se producen lesiones en la mucosa rectal lo que supone un importante riesgo de transmisión.

2. Coito vaginal: En esta practica la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que en la anterior. La naturaleza del epitelio que recubre la vagina parece ser nuevamente la explicación, puesto que es mucho mas resistente que el rectal a la fricción mecánica a que se somete durante el coito. Durante el periodo menstrual el riesgo de contagio aumenta tanto por los cambios hormonales a los que esta expuesta la mucosa vaginal como por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio y la presencia de sangre (uno de los fluidos corporales con mayor numero de partículas virales). Al parecer, existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo, que viceversa, debido posiblemente a que el semen posee una concentración mayor de partículas virales que las secreciones vaginales.

3. Sexo oral: Es posible que este tipo de practicas favorezcan la transmisión del VIH, aunque no se ha podido documentar su papel en forma exclusiva, puesto que son practicas que suelen realizarse como parte de todo el acto sexual que generalmente culmina con el coito vaginal o recta, según el caso. La forma en que la transmisión ocurriría seria al ponerse en contacto la mucosa oral, que

---

<sup>1</sup> Epitelio rectal es el tejido que tapiza la porcion final del intestino grueso.



sufre con frecuencia lesiones imperceptibles para quien las padece, con semen o secreciones vaginales que contengan al virus, permitiendo la entrada al torrente circulatorio.

#### TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.

La aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos, y la incidencia de infección en los donadores de dichos productos, fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad y de esta vía de transmisión. Los casos asociados a transfusiones han proporcionado importantes conocimientos sobre la transmisión de esta enfermedad, porque tienen la ventaja de que se conoce el momento preciso en que la transmisión ocurrió.

La transmisión sanguínea del VIH ocurre principalmente en las siguientes situaciones: recepción de sangre y sus productos, utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas, punción ocupacional. Aunque es importante señalar que existen otras practicas que pueden ser vías potenciales de transmisión sanguínea, como los tatuajes, la acupuntura, las clínicas de pedicuristas o de belleza.

Por ultimo, la detección de anticuerpos mediante las pruebas de laboratorio disponibles desde 1985 en bancos de sangre, así como las indicaciones mas precisas para realizar transfusiones, han reducido significativamente los casos en países como México, donde la detección se realiza en forma obligatoria. Sin embargo, debido al numero de transfusiones que se realizaron antes de que se adoptaran estas medidas, todavía se espera que aparezcan muchos casos de SIDA asociados a transfusiones sanguíneas.

#### TRANSMISIÓN PERINATAL.

Este mecanismo tiene particular importancia debido al grupo de edad que afecta, a que es un indirecto de transmisión heterosexual, y a que ha llegado a constituir un problema de salud materno-infantil en algunos países de África y el Caribe.

Se acepta que la transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos distintos: por la vía de transmisión transplacentaria, se ha podido demostrar infección por VIH en los tejidos de un feto de 15 semanas de gestación, y el virus ha sido aislado de la placenta y del líquido amniótico; durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con la del niño; transmisión posparto durante la lactancia, el virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas.

De los tres mecanismos de transmisión del SIDA aceptados, el sexual es sin duda el que se asocia a un mayor número de casos, y, por desgracia, el que mayores problemas preventivos plantea, puesto que para prevenirlo se necesita modificar hábitos y costumbres profundamente arraigadas, que se relacionan con lo más íntimo del ser humano: su sexualidad.

La transmisión sanguínea, al menos la que se asocia a transfusiones, en teoría puede desaparecer por completo. De hecho, la disminución de casos atribuibles a esta vía ha sido notable gracias a las medidas que se han adoptado: la obligatoriedad en la realización de la prueba de detección de anticuerpos en bancos de sangre, y la prohibición del comercio de la sangre. La prevención de la transmisión por drogadicción intravenosa plantea serios problemas, pero por fortuna es muy poco frecuente en nuestro país.

Por último, la prevención de la transmisión madre a hijo solo será efectiva en tanto sea efectiva la de la transmisión sexual, puesto que la mayoría de las mujeres en México adquiere la infección por esta vía.

## **2.2 PERIODO DE INCUBACIÓN DEL VIRUS DEL SIDA**

El patrón inicial de crecimiento lento de la epidemia de E.U.A. sugiere un periodo de incubación relativamente prolongado de varios años después de la infección con el agente del SIDA.

Pruebas mas especificas han precisado un periodo de latencia de la afección de seis meses a mas de seis anos. El promedio del periodo de incubación es de 28 meses.

## 2.3 FASES DE LA INFECCIÓN

Ocupémonos ahora de como evoluciona la enfermedad que estamos estudiando, desde que el individuo es infectado por el VIH hasta que, en tantos casos, consigue terminar con la vida del paciente.

Digamos desde el principio que como el virus origina el derrumbamiento de las defensas inmunológicas, da lugar no a un cuadro clínico único sino múltiple, pues múltiples son las posibilidades de que un organismo sin defensas sea afectado por gérmenes diversos.

### DEFINICIÓN DEL SIDA Y FASES DE LA INFECCIÓN.

Las primeras manifestaciones clínicas que se señalaron para diagnosticar el SIDA proceden de 1981, del centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta, en EUA (C.D.C.): se decía que una persona tenia SIDA si contraía una enfermedad caracterizada por un déficit de la inmunidad celular, en pacientes menores de sesenta anos de edad y en los cuales no se han demostrado causas conocidas de inmunodeficiencia primitiva o secundaria, acompañada de graves infecciones por gérmenes oportunistas y en ocasiones asociada a una variante agresiva de Sarcoma de Kaposi (cáncer poco común).

Entre las infecciones mas frecuentes es una neumonía característica ocasionada por un protozoo llamado "Pneumocystis Karini" (npc). Y junto con ella el síntoma mas frecuente a lo largo de toda la enfermedad la fiebre.

Vamos a ver un sistema de clasificación de las distintas fases de la infección por VIH, adoptado por el CDC en 1986. Distingue cuatro grupos y el ultimo, a su vez, esta dividido en cinco

subgrupos; además, dentro de uno de estos subgrupos, el C, se distinguen dos categorías. Ningún grupo o fase clínica es estable y todas son progresivas; actualmente se considera que alcanzando un determinado grupo, no se puede regresar al anterior, aunque las manifestaciones clínicas mejoren o desaparezcan. Los subgrupos que veremos no se excluyen entre si.

### 1. Infección Aguda o Grupo I

No aparece ninguna alteración clínica, solamente la detección del VIH en la sangre, o sus antígenos, permite diagnosticar la enfermedad. Pero después de la infección en un periodo de tiempo, que generalmente oscila entre una y tres semanas no se detecta presencia de antígenos ni de anticuerpos (es el denominado "periodo ventana"). A partir del primero o segundo mes pueden encontrarse ya en sangre antígenos y anticuerpos (inmunoglobulinas) y pueden aparecer algunas alteraciones clínicas aisladas o combinadas. La mas frecuente es una sintomatología de tipo gripal; también puede ir acompañada de diarreas, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos y erupciones en la piel. En sangre se puede detectar disminución del numero de linfocitos (linfopenia), y también puede haber alteraciones del coeficiente T4/T8, por disminución de las T4.

Puede aparecer también síndromes neurológicos en forma de encefalitis y meningitis; se piensa que los que padecen de estos cuadros tendrán un diagnostico peor.

Una vez diagnosticada la infección aguda se clasificara al enfermo en otra de las fases según los síntomas clínicos que tenga.

### 2. Infección Asintomática o Grupo II

En esta fase no aparecen síntomas clínicos. Lo característico es el suero positivo infectado por VIH. Y puede haber o no alteraciones analíticas tales como linfopenia y disminución de las células T4; también puede haber disminución de las plaquetas o trombopenia. Los anticuerpos se mantendrán elevados hasta lo largo de toda la infección.

Esta fase comienza entre las tres y las doce semanas del contagio, aunque puede tardar hasta seis meses y más; y excepcionalmente no se presenta. Puede durar de meses a muchos años, pero incluso pasado mucho tiempo no puede asegurarse que la enfermedad no progresara a un estadio más evolucionado cuando la infección vaya a pasar a una fase más avanzada, disminuirán los anticuerpos y vuelve a detectarse antígenos, aproximadamente un año antes del comienzo de la sintomatología.

### 3. Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP) o Grupo III

Al menos de un 20 a un 30% de pacientes seropositivos desarrollan LGP en algún momento de su evolución. Es una fase más avanzada de la infección. Aparecen adenopatías (ganglios inflamados) palpables, de más de un centímetro de diámetro, en regiones extrainguinales, durante más de tres meses, sin que haya alguna otra enfermedad que explique su causa. En enfermos en esta fase se describen al menos un 10% de casos al año que evolucionan a SIDA desarrollado. Si hay alteraciones inmunológicas o síntomas generales, el pronóstico es peor: esta situación se había denominado antes Complejo Relacionado con el SIDA (CRS).

Para el diagnóstico del CRS se pide que el enfermo cumpla al menos, simultáneamente, dos criterios clínicos y dos criterios analíticos de los señalados a continuación: entre los primeros, además de la LGP, fiebre de más de 38 grados durante más de tres meses, pérdida de peso superior al 10% del peso habitual, diarrea, astenia y sudoración nocturna. Entre los segundos, disminución de los T4 por debajo de los 400 (siendo 800 por mm cúbico la cifra normal), disminución de leucocitos, plaquetas y hematieas, aumento de gammaglobulina en sangre y pérdida de respuesta cutánea a antígenos (anergia), entre otros.

### 4. Grupo IV o SIDA Propiamente Dicho

En este grupo, con sus distintos subgrupos, se clasifican a los infectados por el VIH que además de la LGP tienen otra serie de síntomas y signos, atribuidos a alguna de las numerosas

infecciones por microorganismos oportunistas o no que pueden asociarse a la infección por VIH, como consecuencia del fallo del sistema inmunitario. Aparecen también tumores asociados, y enfermedades graves debidas al mismo VIH. Como ya se dijo, pueden presentarse infecciones conjuntas de distintos subgrupos. En cada subgrupo puede haber pacientes con escasa sintomatología y otros que estén gravemente enfermos. Un paciente clasificado como grupo IV en el que desaparecieran los signos y síntomas no debe ser reclasificado en otros grupos anteriores.

### **3. GRUPOS DE RIESGO**

A partir de la dinámica de transmisión del VIH/SIDA, se clasifica a la población en cuatro grupos de individuos: primero, todos aquellos que son susceptibles de adquirir la infección por VIH; para fines prácticos, todos los seres humanos se pueden considerar dentro de este grupo. Otro grupo aglutinaría a los individuos expuestos al riesgo de transmisión, ya sea de tipo sexual, sanguíneo o perinatal. Algunas personas permanecen a este grupo en forma permanente, como los hemofílicos o los homosexuales promiscuos, mientras que otros ingresan en forma transitoria, es el caso de los monotransfundidos y los heterosexuales no monógamos. El tercer grupo lo constituyen los individuos infectados. Finalmente, se concentran en el cuarto grupo los que ya presentan manifestaciones clínicas, identificados como casos de SIDA.

En realidad, no existen grupos de algo riesgo, sino practicas (sexuales o de drogadicción intravenosa) o circunstancias de alto riesgo.

#### **VARONES HOMOSEXUALES O BISEXUALES.**

Se piensa que en homosexuales el riesgo de contraer SIDA se relaciona con la exposición a semen o sangre durante las relaciones sexuales y con múltiples compañeros casuales o

anónimos. El numero de compañeros sexuales señalado por homosexuales varia de 1 a mas de 1,000 por año.

Así mismo, como se menciona en capitulo anterior, el coito rectal implica un riesgo mayor que otro tipo de practicas. Y al ser frecuentemente promiscuos, están mas expuestos a otras enfermedades de transmisión sexual y (ya se dijo) esto aumenta la susceptibilidad de los individuos que las padecen a la infección por el VIH.

Este grupo resulta de mayor riesgo ya que por razones obvias en el caso de bisexuales, el riesgo aumenta en el grupo de mujeres y de infección vertical (perinatal).

### **TOXICÓMANOS QUE UTILIZAN DROGAS INTRAVENOSAS.**

Entre los varones o mujeres heterosexuales con SIDA en EUA, un 64% utilizan drogas intravenosas, en especial heroína y cocaína. Las drogas no causan en si esta afección; sin embargo, con frecuencia se comparten las agujas utilizadas para inyectar las drogas entre varios toxicómanos y quienes utilizan drogas "rentan" agujas en las llamadas "galerías de tiro" La extracción e inyección repetida de sangre dentro de la jeringa puede aumentar el riesgo de transmisión del SIDA. El compartir con frecuencia agujas con muchos individuos es similar al alto índice de actividad sexual entre algunos homosexuales.

### **HEMOFÍLICOS Y OTROS RECEPTORES DE PRODUCTOS HEMATOLÓGICOS.**

En ausencia de cualquier factor de riesgo obvio en este grupo de pacientes, se ha dado mayor atención a los factores de coagulación como posible fuente de transmisión. Así, los hemofílicos deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que les faltan para llevar una vida razonablemente normal.

Se requieren muchísimas donaciones de plasma (varios miles) para manufacturar los concentrados utilizados en tratamiento de hemofílicos. En consecuencia, una persona con hemofilia

grave debe exponerse a decenas de millares de donadores cada año. Si uno de ellos es portador de SIDA puede transmitirse en la sangre donada el agente que causa esta inmunodeficiencia. El SIDA es hoy en día la complicación más importante del tratamiento de la hemofilia.

El tratamiento de productos hematológicos con calor ayuda a reducir la contaminación por agentes infectantes y reduce así el riesgo de transmisión del agente del SIDA. Sin embargo, el tratamiento con calor, por lo general a unos 60o C, reduce la actividad biológica de los factores de coagulación. Aun así, es probable que queden algunos virus después del tratamiento con calor. Obviamente el costo de producción del concentrado con calor es mayor, pero el beneficio de este producto, tanto, para los pacientes como la sociedad en conjunto, supera bastante al costo.

Aparte del tratamiento con calor, la única opción disponible para reducir el riesgo de transmisión del SIDA por productos hematológicos es excluir a donadores que pertenecen a grupos con alto riesgo de SIDA.

### **COMPAÑEROS HETEROSEXUALES DE PACIENTES CON SIDA.**

Como se ha dicho, diversos estudios sugieren que el SIDA puede transmitirse en forma heterosexual. En la mayor parte de estos casos las mujeres han tenido relaciones sexuales con varones con SIDA o que pertenecían a los grupos de riesgo de SIDA.

Una vez más, esta diseminación del virus podría ocurrir por las actividades sexuales de varones que usan drogas intravenosas y bisexuales (se cree que un 15% de los varones homosexuales son bisexuales). Estos llamados grupos puente pueden diseminar el virus de los grupos de alto riesgo actuales a los de bajo riesgo. En consecuencia, sus compañeros sexuales femeninos constituyen un grupo de alto riesgo potencial, y en muchos casos es posible que no se den cuenta de su infectividad.

También se ha observado, aunque en menor grado, la diseminación de la infección de mujeres a varones.

En consecuencia, las prostitutas pueden actuar como un reservorio para la transmisión del VIH. Se sabe que una porción de ellas están infectadas con VIH. Se ha sugerido que los infectados



directamente de prostitutas, podrían haber adquirido VIH del semen infectante que permanecía en la vagina, de un cliente anterior.

En México, se han realizado estudios de detección de anticuerpos contra el VIH en prostitutas de varios estados de la República, detectándose hasta fechas relativamente recientes los primeros casos; en cambio, se ha podido comprobar una mayor prevalencia en hombre prostitutas. La explicación indudablemente esta relacionada con las costumbres, tipo de practicas utilizadas y características de los usuarios, que aun no han sido bien estudiados.

### **SIDA INFANTIL.**

Se considera que los niños en las siguientes categorías tienen "el riesgo" de adquirir la infección VIH:

1. Niños nacidos de madres seropositivas.
2. Niños nacidos de quienes usan drogas intravenosas o niños que las utilizan.
3. Hemofílicos y niños nacidos de hemofílicos.
4. Niños nativos o que vivieron en África, Medio Oriente, E.U.A. o el Caribe.
5. Niños de los países anteriores que han recibido transfusiones de sangre, en especial

en el período neo-natal.

## **4. ASPECTOS PSICOSOCIALES Y NEUROPSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH**

El estudio de los pacientes con infección por VIH ha puesto en evidencia la complicada trama que subyace al proceso de padecer SIDA.

La asistencia psicológica y neuropsiquiátrica de pacientes infectados por VIH permite entender cuales son las variables que conducen a la aparición de patología en estas áreas, así como cuales son las causas que la determinan. En este sentido, es importante aclarar que a lo largo de los reportes de alteraciones neuropsiquiátricas y psicológicas, se ha venido estableciendo cuales síntomas dependen del significado social del síndrome, y su efecto sobre la persona que lo padece; cuales alteraciones psiquiátricas se relacionan con las características psicológicas del individuo; y por ultimo, cuales son los resultados neuropsiquiátricos de agentes que invaden el sistema nervioso central.<sup>4</sup>

El paciente y el medico que se enfrentan al SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos que van a determinar el curso de las actitudes de su trabajo y de su intracción. Estas son: la sexualidad, el contagio y la muerte. El significado de cada uno de estos tópicos hace referencia a situaciones socioculturales, psicológicas y medicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad.

El paciente con infección por VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión.

El SIDA ha tenido, para la población general, connotaciones negativas, en tanto que el mayor porcentaje de los pacientes con el síndrome tiene o ha tenido relaciones homosexuales. Tener SIDA implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo "contagioso" hace que los pacientes enfrente un rechazo que esta determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA.

Las actitudes como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitaran su proceso de adaptación.

---

<sup>4</sup> Los datos utilizados hacen referencia a la experiencia en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran, donde se cuenta con un programa de asistencia que involucra tanto a pacientes infectados asintomáticos, como a pacientes con SIDA en fase terminal, y en un contexto asistencial y de investigación multidisciplinaria.

En los casos en que la infección se adquirió como resultado del material transfundido, la responsabilidad del sistema medico es primordial, y como tal se dejara sentir por el sistema familiar al que pertenece el paciente.

De alguna manera, el desarrollo de síndromes psiquiátricos a partir de la ansiedad y la depresión originales tiene que ver con la capacidad psicológica individual para adaptarse a una situación irreversible que llevara a la muerte, y en cuyo curso se confrontaran elementos estresantes sumamente importantes, como la pérdida de la salud, la desintegración social, etc.

La doctora Kubler Ross ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal; estas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, las cuales tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia.

Los síndromes desarrollados a partir de la ansiedad y la depresión, como las crisis de angustia, los cuadros de ansiedad generalizada y los trastornos afectivos tienen un espectro sintomático que va desde la tristeza, el llanto fácil, fobias, aislamiento, etc., hasta reacciones francamente psicóticas.

## **5. LA SOCIEDAD MEXICANA FRENTE AL SIDA**

La aparición del SIDA y su expansión posterior como fenómeno epidémico ha producido en la sociedad una multifacética reacción. Tratar de caracterizarla en toda su complejidad es tarea que excede nuestros propósitos. En cambio, el recurso de la historia y del comportamiento social en circunstancias análogas arroja luz para reconocer cuanto de viejo hay en lo nuevo.

El SIDA es un fenómeno nuevo como enfermedad, pero viejo como la peste.

Así, la aparición de la peste implica un cuestionamiento tanto al poder político como a la capacidad de la sociedad para sobreponerse a lo que desconoce. En Occidente con la peste surgió la noción de un flagelo colectivo que solamente puede combatirse a través de una acción colectiva. En la

idea de peste como flagelo (distinta de la peste como enfermedad) esta el origen histórico de las políticas de salud. En presencia de un mal de carácter mortal, cuya posibilidad de enfrentamiento esta mas allá de los medios individuales, la sociedad solo puede apelar a los poderes públicos, instancia de donde deben surgir las acciones contra la amenaza, así como la responsabilidad de gran parte de su éxito o fracaso.

En un siglo que se precia de haber separado el discurso científico del teológico, de haber desarrollado un saber medico racional totalmente desacralizado, de haber enfrentado exitosamente las epidemias conocidas, y de haber prescindido de cualquier interpretación metafórica de la enfermedad, el SIDA ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha planteado dilemas lo mismo en el orden de la salud publica, que de la psicología, el derecho y la moral; se ha constituido en una sombría y mortal amenaza, ha relativizado los triunfos que la medicina logro durante mas de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas, ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, y ha suscitado reacciones muy semejantes a las de antaño en esferas sociales, políticas y científicas.

Es de esperar que la enfermedad y muerte por SIDA se incrementen en los próximos años, y considerando el numero de individuos que involucra, los modos en que se transmite, el impacto que tiene y las reacciones que provoca, bien podría ser llamada enfermedad social.

Pese a que en los comienzos de la epidemia no parecía haber razón para dudar de que los problemas planteados por la nueva infección podrían ser rápida y eficientemente resueltos por el saber medico, el largo periodo asintomático de la enfermedad, el no menos largo lapso en el que se prevé que será posible encontrar una vacuna efectiva, así como el carácter intimo y privado en que se lleva a cabo la mayor parte de los contagios, han hecho del SIDA un problema de salud publica.

Así, la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos

mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes.

En este caso, la búsqueda encontró en los homosexuales a los nuevos desviantes anormales para cebar en ellos los estigmas de la nueva enfermedad.

Cualquier revisión hemerográfica puede dar cuenta de la amplitud con que en México se ha realizado la asociación entre SIDA y homosexualidad, a través de las ideas de culpa y castigo divino. En un semanario de amplia circulación el SIDA apareció definido como: "castigo divino contra la sodomía, el libertinaje y las desviaciones aberrantes de hombres y mujeres..."

La difusión poco responsable de tales prejuicios no puede sino convertirse en una aliada más de la enfermedad, en la medida en que produce reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante los avances del mal (basada en la falsa seguridad, según la cual quien no es homosexual no está expuesto a ningún riesgo), hasta la abierta hostilidad hacia tales grupos (incluidos drogadictos y prostitutas), que se traduce en exigencias y presiones a las autoridades públicas para que apliquen medidas draconianas.

En el sentido opuesto, el SIDA ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avances, todos ellos ubicados alrededor de la detección y erradicación de la enfermedad, pero que implican cuestiones institucionales y privadas más amplias, tales como la legislación sanitaria, la organización de la salud pública frente a un nuevo padecimiento, la investigación médica, la coordinación y ayuda internacional en materia de salud, el pensamiento científico, etc.

La amenaza ha puesto en marcha lo mismo a los poderes públicos que a organizaciones civiles, a grupos de voluntarios que a organismos internacionales. La política de salud frente al SIDA ha tenido que ser diseñada tanto en aspectos administrativos y financieros como en la coordinación de las diversas instituciones sanitarias y de seguridad social concernientes, con el propósito de obtener una respuesta sistemática y eficiente. La nueva reglamentación sobre la donación de sangre bien puede considerarse un fruto de los avances que ante el SIDA se han tenido que realizar.

Lo mismo puede decirse de los niveles de cooperación entre las distintas organizaciones mexicanas de salud pública y de la relación entre estas y organismos internacionales.

Las políticas de salud deben garantizar el respeto a los derechos humanos de los enfermos y de la población en general, sin dejar de atender el bien público. Por ello, es importante que se insista en informar y educar, en especial a los enfermos, de manera que las reacciones antisociales no influyan en ellos disolviendo los lazos que tienen con la colectividad e imposibilitando su colaboración en la lucha.

El SIDA pues, se presenta como un espejo a través del cual la sociedad cobra conciencia de algunas de sus deficiencias, de sus conflictos para agudizar su capacidad de recuperación frente a lo que la pone en peligro. El punto central de tales reacciones radica en entender la cura como obra colectiva, la erradicación del SIDA como cosa de todos, o (como lo expuso el presbítero Cabrera hace ya más de 250 años) que la peste no se rinde a los auxilios naturales, que ninguna inercia será suficiente para abatir la enfermedad.

Sin embargo, es indudable que los tiempos han cambiado y en este orden de ideas, la respuesta al SIDA tendrá que ser "función de nuestro propio tiempo, de nuestra propia cultura y de nuestra propia ciencia".

La enfermedad surge, sin embargo, en un contexto mundial de crisis económica y, en el caso de México, en medio de la reestructuración de sus políticas económicas. Esto, traducible a cifras más o menos contundentes, quiere decir que una enfermedad cuyo tratamiento es costoso, y cuyas formas de transmisión son en gran parte debidas a conductas privadas (las sexuales) y que, por tanto, su prevención se dificulta, no se puede insertar fácilmente en una política de corto plazo. Los recortes sistemáticos al gasto público y en particular al gasto social inciden en las estrategias que se pueden tomar para evitar que males eventuales (como el SIDA) se propaguen más allá de límites controlables, y esto por la razón de que la carga presupuestaria (cuando se somete a una política de austeridad) no puede ser modificada rápidamente.

El SIDA tendrá, al parecer, una importancia creciente. Las predicciones que se han elaborado sobre su incidencia plantean un panorama terrible. En realidad, las proyecciones que pueden hacerse se expresan en tendencias epidemiológicas, con base en el número de casos acumulados, es decir, de aquellos que presentaron y presentan la enfermedad. Los cálculos de proyección de la transmisión son variables, pero se puede decir que todos muestran cifras altas.

Como se puede deducir, el costo global (hospitalario para los ya afectados, y de prevención social) será sumamente alto si las cifras proyectivas tienen fundamento. Una investigación realizada en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) arrojó un costo total anual de atención por enfermo de 19 millones de pesos. Las camas en servicio, por lo demás, han mostrado un déficit creciente, incluso programático.

El contexto socioeconómico y valorativo en el que emerge el SIDA es problemático. Es una enfermedad que mata a quien la desarrolla, pero no es la única; se contagia sexualmente, pero no es la única; es costosa, pero no es la única... Se ha dicho que el SIDA es una enfermedad publicitaria, que la diarrea mata más personas, que la desnutrición y la miseria son más importantes y requieren de medidas prioritarias...

En realidad, el SIDA es una plaga más de fin de siglo que se suma a otros, como la irracionalidad bélica.

## C A P I T U L O   I I

### EL REGIMEN JURIDICO PENAL ACTUAL

Por Derecho Penal debe entenderse el conjunto de normas jurídicas que prohíben determinadas conductas o hechos u ordenan ciertas acciones, bajo la amenaza de una sanción <sup>(5)</sup>, en caso de violación de las mismas normas. En otras palabras, puede decirse que el Derecho Penal es el conjunto de normas que determinan el delito, las penas y medidas de seguridad.

#### 1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DELITO.

Con deseos de brevedad, no se tratan temas muy importantes para el Derecho Penal Mexicano, como son sus antecedentes históricos y sociales, anteriores a la época moderna, que se considera comenzar con la creación de la nacionalidad independiente.

#### LEGISLACIÓN VIGENTE AL CONSUMARSE LA INDEPENDENCIA

A la consumación de la independencia en México y España (iniciada el 16 de septiembre de 1810, consumada el 21 de septiembre de 1821), era natural que el nuevo Estado conservara en vigor la legislación heredada de la Colonia y que no era otra que la misma de España, con las adaptaciones propias del coloniaje.

Fue así como en el México independiente continuaron en vigor las principales leyes de uso en España, como la Novísima Recopilación (1805) y las Siete Partidas (1265), cuerpos legales que prácticamente eran utilizados para decidir la mayor parte de los conflictos jurídicos. En cuanto a la legislación particular mexicana, además de la Recopilación de Indias (1680), que, aunque reunía normas de aplicación general a toda la América Española, contenía, no obstante, prevenciones

---

<sup>5</sup> Cavallo define el Derecho Penal como "el conjunto de las normas jurídicas que establecen los hechos constitutivos de delitos y fijan las penas que deben aplicarse a los autores de ellos". *Diritto Penale*, II, p.1, Napoli, 1955. Cfr. mismo autor: *Diritto Penale*, I, p. 35, Napoli, 1948.



especialmente aplicables a la Nueva España; y de los Autos Acordados que las complementaban por ser disposiciones dictadas por el Consejo Real y a las que se concedió fuerza de ley, hallábanse en vigor, como leyes especiales de la Nueva España, las Ordenanzas de Minería (1783) y las de Intendentes (1786) (6).

Desgraciadamente la decadencia jurídica de España se tradujo, en México, en un grave retardo en la labor codificadora, por lo que las leyes citadas estuvieron en vigor prácticamente hasta el segundo tercio del siglo XIX.

### **LA LEGISLACIÓN PENAL PROPIAMENTE MEXICANA ANTES DE LA CODIFICACIÓN.**

Resultaba natural que el nuevo Estado, nacido con la independencia, se interesara primeramente por la legislación que tendiera a su propia organización. De ahí que todo empeño legislativo mirase primero al Derecho Constitucional y al Administrativo. No obstante el imperativo de orden, impuso desde luego una primera reglamentación: la relativa a portación de armas, uso de bebidas alcoholizadas, represión de la vagancia y la mendicidad y organización policial (Bandos de 7 de abril de 1824, 3 de septiembre de 1825, 3 de marzo de 1828, 8 de agosto de 1834 y otros).

Son los Constituyentes de 1857 los que establecen en forma sistematizada las bases del Derecho Penal mexicano, las que luego fueron ampliadas por leyes del 4 de diciembre de 1860 y del 14 de diciembre de 1864. La necesidad urgente de emprender la tarea codificadora, principalmente en materia penal, es de continuo señalada por los Ministerios de Justicia y por la Suprema Corte. Se reconoce la urgencia de clasificar los delitos y las penas, empresa que califica de ardua el Presidente Gómez Farías, si bien añadiendo que es menester arrostrarla, darle principio, aun cuando quede al futuro el logro de su completa realización.

Vencida la intervención francesa, el Presidente Juárez, al ocupar la capital de la República y organizar su Gobierno (1867), tras la terrible lucha armada, llevó a la Secretaría de Justicia

---

<sup>6</sup> Contribución de México presentada por el Presidente de su Delegación, Francisco González de la Vega, al XI Congreso Internacional Penal y Penitenciario (Berlín) y a la VI Conferencia de Unificación del Derecho Penal (Copenhague).

e Instrucción Pública al Lic. Antonio Martínez de Castro, el notable jurista a quien correspondió presidir la Comisión Redactora del primer Código Penal mexicano federal para toda la República y común para el Distrito y Territorios Federales.

### **EL CÓDIGO PENAL DE 1871**

La necesidad de la codificación misma es lo primero que establece Martínez de Castro en la Exposición de Motivos del Código Penal de 1871, para no continuar "como hasta aquí (dice), sin más ley que el arbitrio, prudente a veces y a veces caprichoso, de los encargados de administrar justicia". Y en cuanto al caos legislativo a que dio fin el Código consigna esas notables palabras: "Solamente por una casualidad muy rara podrá suceder que la legislación de un pueblo convenga a otro, según dice Montesquieu; pero puede asegurarse que es absolutamente imposible que ese fenómeno se verifique con una legislación formada en una época remota, porque el solo transcurso del tiempo será entonces causa bastante para que por buenas que esas leyes hayan sido, dejen de ser adecuadas a la situación del pueblo mismo para quien se dictaron". O lo que es igual, que la Comisión se preocupó primordialmente por traducir las necesidades del país mismo, por hacer, en fin, una legislación para México y para el pueblo mexicano.

Pero no podían, sin embargo, Martínez de Castro y sus colaboradores, dejar de inspirarse en la Escuela de Derecho Penal que alentaba en todas las legislaciones penales vigentes entonces, y que acababa de dar vida al Código español de 1870. Así fue como el Código mexicano se informó también en la teoría de la justicia absoluta y de la utilidad social combinadas; y así miró el delito como entidad propia y doctrinariamente aceptó el dogma del libre albedrío. Consideró la pena con un doble objeto: ejemplar y correctivo. Fue pues, en una palabra, la Escuela Clásica la inspiradora de este Código.

## **EL CÓDIGO PENAL DE 1929**

El entonces C. Presidente Portes Gil promulgó el Código Penal de 1929, derogatorio del de 1871; el cual adoptó, según declaración de sus principales redactores, "el principio de responsabilidad de acuerdo con la Escuela Positiva". En consecuencia, declaró "delincuentes a los locos, a los menores, a los alcohólicos y a los toxicómanos, ya que sin esta declaración ninguna autoridad podría constitucionalmente restringirles sus derechos patrimoniales o de libertad con medidas que, ya se llamen tutelares, protectoras o defensivas, no son sino penas que, aplicadas por cualquier autoridad no judicial, darían lugar a un amparo por violación de garantías; socialmente son responsables todos estos individuos que, con sus actos, demuestran hallarse en estado peligroso". Nació el Código de 1929 bajo el desiderátum de "aplicar en toda su pureza la doctrina del estado peligroso", fundándose para ello en el principio de "no hay delitos, sino delincuentes"; pero como la Constitución "no permite realizar todas las consecuencias que lógicamente se derivan de la adopción de la defensa social", se acordó "tomar como base la moderna Escuela Positiva de la defensa social, ajustando las reformas a los preceptos constitucionales, que no era posible modificar previamente".

Este Código no cumplió su objeto ni técnicamente ni en la práctica de su aplicación; sin embargo, no debe desconocerse el hecho significativo de que logró aglutinar en un haz, inquietudes científicas antes dispersas, despertando en los juristas mexicanos el claro anhelo de una reforma integral de las instituciones jurídico-penales que, por ley de inercia, se resistían a ser desalojadas, atrincherándose en el antiguo Código.

## **ORIENTACIONES GENERALES DEL CÓDIGO PENAL DE 1931**

Las orientaciones que normar los trabajos de la Comisión Redactora del Código Penal de 1931, vigente en la actualidad, fueron las siguientes:

"Ninguna escuela, ni doctrina, ni sistema penal alguno, puede servir para fundar íntegramente la construcción de un Código Penal. Sólo es posible seguir una tendencia ecléctica y pragmática, o sea práctica y realizable. La fórmula: "no hay delitos, sino delincuentes", debe

completarse así: "no hay delincuentes, sino hombres". El delito es principalmente un hecho contingente. Sus causas son múltiples, es un resultado de fuerzas antisociales. la pena es un mal necesario. Se justifica por distintos conceptos parciales: por la intimidación, la ejemplaridad, la expiación en aras del bien colectivo, la necesidad de evitar la venganza privada, etc., pero fundamentalmente, por la necesidad de conservar el orden social. El ejercicio de la acción penal es un servicio público y de seguridad y de orden. La Escuela Positiva tiene valor científico como crítica y como método. El derecho penal es la fase jurídica y la ley penal el límite de la política criminal. la sanción penal es "uno de los recursos de la lucha contra el delito". La manera de remediar el fracaso de la Escuela Clásica no lo proporciona la Escuela Positiva. Con recursos jurídicos y pragmáticos debe buscarse la solución, principalmente por: a) ampliación del arbitrio judicial hasta los límites constitucionales; b) disminución del casuismo con los mismo límites; c) individualización de las sanciones (transición de las penas a las medidas de seguridad); d) efectividad de la reparación del daño; e) simplificación del procedimiento, racionalización (organización científica) del trabajo en las oficinas judiciales. Y los recursos de una política criminal con estas orientaciones: 1) organización práctica del trabajo de los presos, reforma de prisiones y creación de establecimientos adecuados; 2) dejar a los niños al margen de la función penal represiva, sujetos a una política tutelar y educativa; 3) completar la función de las sanciones con la readaptación de los infractores a la vida social (casos de libertad preparatoria o condicional, reeducación profesional, etc.); 4) medidas sociales y económicas de prevención".

## **1.1 TEORÍAS QUE ESTUDIAN EL DELITO.**

La teoría del delito es una parte de la ciencia del Derecho Penal, que comprende el estudio de los elementos positivos y negativos del delito, así como sus formas de manifestarse. Los

elementos positivos del delito configuran la existencia, en tanto que los negativos constituirán su inexistencia; las formas de manifestación, se refieren a la aparición del mismo.

La teoría del delito no se encarga de estudiar cada delito en particular, sino las partes comunes de todo hecho delictivo, con el fin de determinar si existe o no un ilícito.

Para estudiar el delito y sus elementos, se han creado diversas corrientes doctrinarias. A continuación analizaremos las principales. 50203

### TEORÍAS CAUSALISTA Y FINALISTA DE LA ACCIÓN.

La acción es un aspecto del delito y para la teoría causalista "es un comportamiento humano dependiente de la voluntad, que produce una determinada consecuencia en el mundo exterior. Dicha consecuencia puede constituir tanto en el puro movimiento corporal (delitos de mera actividad), como en este movimiento corporal seguido del resultado ocasionado por el mundo exterior (delitos de resultado)". (7)

Esta teoría trata a la acción como factor causal del resultado, sin tomar en cuenta la intención que llevó al sujeto a cometerla. De la acción solo importa si el comportamiento movido por la voluntad, causó el resultado y no así, si la voluntad iba dirigida a este, esto último es reservado por la teoría causalista. En este orden de ideas, se considera a la acción como un hacer voluntario, pero en esa voluntad no hay contenido.

Para la teoría causal, la acción "es una inervación muscular, es decir -dice Zaffarino-, un movimiento voluntario -no reflejo-, pero en el que carece de importancia o prescinde del fin a que esa voluntad se dirige." La acción es considerada, desde este punto de vista, como un proceder con dependencia en la existencia, como reflejo instintivo, en el que no se considera a la acción con la finalidad del movimiento, sino simplemente como voluntad de hacer el movimiento.

<sup>7</sup>Jescheck, Hans-Heinrich, Tratado de Derecho Penal. Parte General, Vol. I, 3a. ed., Ed. Bosch, Barcelona 1989. p.292.

Para la teoría finalista, "La acción no es solo un proceso causalmente dependiente de la voluntad, sino por su propia esencia, ejercicio de la actividad final. La finalidad obedece a la capacidad del hombre a prever, dentro de ciertos límites, las consecuencias de su comportamiento causal y de conducir el proceso según un plan a la meta perseguida mediante la utilización de recursos."<sup>(8)</sup> Los finalistas consideran a la voluntad como un factor de condición que supradetermina el acto causal externo. Es decir, el agente para cometer el hecho delictivo piensa el ilícito y realiza la conducta delictiva, porque su voluntad lleva un fin y este es el último acto que provoca la aparición del delito. La voluntad lleva un contenido, la intención de cometer el ilícito, el propósito de llegar a algo.

Para esta corriente la acción es un comportamiento anticipado mentalmente, de carácter consciente.

La diferencia entre las teorías causalista y finalista de la acción es que la primera, considera a la acción como producto causal y mecánico; en cambio la segunda determina dirección o propósito a ese producto causal, es decir, existe una voluntad orientada en determinado sentido.

Las teorías causales, proporcionan el concepto de acción como la simple producción de una conducta referida al mundo exterior y no el actuar lleno de sentido. Para los causalistas el contenido de la voluntad, separado y declarado irrelevante para la acción, debe aparecer en otro lugar de los elementos de delito, concretamente en la configuración del dolo, elemento de culpabilidad en el delito.

No podemos aceptar las teorías causalistas, porque la acción es actividad final humana, en la mayoría de los casos el sujeto piensa y medita la realización de la acción delictiva, escogiendo los medios, es decir, el sujeto tiene el propósito de que el resultado se produzca.

---

<sup>8</sup> Jescheck, Hans-Heinrich, Tratado de Derecho Penal. Parte General, Vol. I, 3a. ed., Ed. Bosch, Barcelona, 1989, p.293.

También se ha criticado a la teoría finalista respecto a los delitos imprudentes, ya que pueden darse hechos finales no dolosos.

## TEORÍA PSICOLÓGICA Y NORMATIVISTA

Para el estudio de la culpabilidad, otro elemento del delito que consiste en el nexo causal que une al sujeto con su acto, se han creado dos criterios: uno que asume la teoría psicologista y otro la teoría normativista.

La culpabilidad con base psicológica, consiste en un nexo psíquico entre el sujeto y su conducta o el resultado material, según se trate de un delito de mera conducta o de resultado material.

Baumann expresa: "Según el concepto psicológico de la culpabilidad, que antes predominaba, la culpabilidad era la relación psicológica entre el autor y su hecho. En consecuencia, la culpabilidad era algo que solo existía en el autor y que, además, se agotaba en una relación interna frente a la acción."<sup>9</sup>

Se critica al psicologismo de imprecisión frente a la culpa, pues en esta no hay nexo psicológico, sin que esta afirmación sea obstáculo para considerarse en todo caso, a la culpa con representación funcionando en el sistema psicológico.

"No es aceptable la teoría psicológica de la culpabilidad, ya que el dolo o la culpa no basta para integrarla, la concurrencia de la reprochabilidad de ese nexo psicológico; de otra manera existiría la culpabilidad en los casos de legítima defensa",<sup>(10)</sup> estado de necesidad y en las mismas eximentes putativas, en las cuales el sujeto actúa dolosamente pero no culpablemente.

---

<sup>9</sup> Baumann, Jürgen, Derecho Penal. Conceptos Fundamentales y Sistemas, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1981, p. 206.

<sup>10</sup> Tres Conferencias. La teoría de la culpabilidad en el Derecho Penal Alemán, Barcelona, 1963.

La diferencia entre ambas teorías de la culpabilidad, en orden a su aspecto negativo, se basa en que la inculpabilidad en el psicologismo se presentará cuando se anule el hecho psicológico, y en el normativismo, se presentará aún sin afectar el hecho psicológico, porque no le es reprochable.

Para la corriente psicologista, la culpabilidad es el nexo psicológico que une al sujeto con su conducta, y para la corriente normativa, esta es un juicio de reproche, porque este elemento del delito es reprochabilidad, un sujeto es reprochable porque es culpable, y dicho reproche no es más que la reacción social o jurídica determinada por el delito cometido con todos sus elementos constitutivos.

## EL MODELO LÓGICO.

Dentro del Derecho Penal contemporáneo se ha expuesto una forma para conocer y adentrarse en la ciencia jurídico penal, denominada "modelo lógico matemático del Derecho Penal"; en México, sus mejores exponentes han sido los doctores Olga Islas de González Mariscal y Elpidio Ramírez Hernández.

Textualmente señalan los doctores Islas y Ramírez: "para nosotros, la parte subjetiva del tipo, cualquiera que sea su extensión, en todos los casos se identifica con el dolo; esto es, solamente hay dolo típico, de manera que si, por ejemplo, en el parricidio no se dá esa dirección específica de la voluntad, no se integra el dolo típico de este delito: no hay parricidio. La subjetividad que el finalismo considera como excedente de lo que denomina dolo natural, para nosotros también es parte integrante del dolo. Además, la distinción que se hace del dolo genérico y específico, y terminamos con la confusión que de ella se deriva."<sup>(11)</sup>

---

<sup>11</sup> Revista UNAM num. 22, septiembre y octubre de 1967. México.



## **TEORÍA SOCIOLOGISTA.**

La concepción sociologista del delito proviene de la escuela positiva, esta considera al delito como un fenómeno natural y social, producido por el hombre. Algunos autores consideran esta teoría como una posición intermedia entre las teorías causal y final, la cual se basa en que sólo las acciones que tienen sentido social pueden ser prohibidas por el Derecho Penal, porque únicamente pueden ser objeto de éste aquellas acciones que trascienden a terceros, o forman parte de las relaciones humanas, y no así, las intrascendentes en el ámbito individual. En este orden de ideas, serán acciones con relevancia penal, para los sociologistas, las que "perturben el orden social".

Estas son algunas de las teorías que estudian diversos elementos del delito; son de carácter doctrinario y si bien no se encuentran plasmadas en la ley en su totalidad, sí se encuentran reflejadas parte de algunas de ellas.

### **1.1 PRESUPUESTOS, ELEMENTOS Y CONCEPTO DE DELITO**

El estudio de los delitos en especial, debe efectuarse aplicándose la teoría del delito a cada delito en particular, pues de otra manera no sería posible conocer la figura delictiva en toda su integridad como elemental exigencia dogmática. Es decir, "analizando metódica y sistemáticamente el delito, en cada uno de sus elementos constitutivos y en todo lo concerniente a ellos, así como en su particular aspecto negativo y en sus formas de aparición, obtenemos la integral visión del delito, una total imagen de la figura delictiva en particular sin correr el riesgo de una contemplación fragmentada, desarticulada y personal." (12)

La doctrina para conocer la composición del delito, ha recurrido principalmente a dos concepciones:

---

<sup>12</sup> Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud personal, Celestino Porte Petit, Mexico, 1980.

1. La totalizadora o unitaria, y

2. La analítica o atomizadora, llamado por Bettioli: método de la consideración analítica o parcial. <sup>(13)</sup>

1. Los unitarios consideran al delito como un "bloque monolítico", presentándose, de acuerdo con Bettioli como "una entidad que no se deja escindir en elementos diversos". Es decir, "el delito es un todo orgánico; es una especie de bloque monolítico, el cual puede presentar aspectos diversos, pero no es en algún modo fraccionable", y su "verdadera esencia, la realidad del delito no esta en cada uno de sus componentes del mismo y tampoco en su suma, sino en el todo y en su intrínseca unidad: sólo mirando el delito bajo este perfil, es posible comprender su verdadero significado", "no debiéndose olvidar que el delito constituye una entidad esencialmente unitaria y orgánicamente homogénea". <sup>(14)</sup>

2. La concepción analítica estudia el delito desintegrándolo en sus propios elementos pero considerándolos en conexión íntima al existir una vinculación indisoluble entre ellos, en razón de la unidad del delito; de aquí que los defensores de esta concepción demuestran la inconsistencia de las objeciones de los unitarios. Por otra parte la atomización del delito no debe perder de vista su unidad, recordando el pensamiento de Petrocelli, de que el análisis no es la negación de la unidad sino es el medio para realizarla, y es absurdo hablar de una consideración unitaria que no tenga por base una consideración analítica. <sup>(15)</sup>

### CONCEPCIÓN LEGAL DEL DELITO.

El dogma de legalidad (nadie puede ser castigado sino por los hechos que la ley previamente ha definido como delitos, ni con otras penas que las en ella establecidas (nullum crimen

<sup>13</sup> Diritto Penale, Parte Generale, p. 128, ed. Palermo 1945.

<sup>14</sup> Antolisei, Manuale di diritto penale, p. 143-144, Milano, 1955.

<sup>15</sup> Principi di Diritto Penale, I, Napoli, 1950.

nulla poena sine lege)), se encuentra consagrado en el artículo 7o. del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal al señalar que "Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales", que no es sino corolario de las garantías consignadas en el artículo 14 Constitucional. Aún cuando la mayor parte de los Códigos no se preocupan por definir el delito en general, nuestra legislación, siguiendo la tradición española, ha creído prudente hacerlo. Así el Código Penal de 1871, en su art. 4º, decía: Delito es la infracción voluntaria de una ley penal haciendo lo que ella prohíbe o dejando de hacer lo que manda. El de 1929, art. 11, decía: Delito es la lesión de un derecho protegido legalmente por una sanción penal.

Más útil que definir formalmente el delito resulta el análisis jurídico de su sustancia intrínseca. Pueden obtenerse los elementos constitutivos del delito de la Parte General del Código Penal.

### **PRESUPUESTOS DEL DELITO.**

Sin embargo, antes de principiar el estudio de los elementos del delito debe precisarse los presupuestos del mismo.

Puede dársele el nombre de presupuestos, afirma Grispigni, a las circunstancias constitutivas antecedentes, es decir, toda circunstancia, antecedente indispensable, para que el delito exista.

Los presupuestos del delito han sido divididos en generales y especiales.

La doctrina enseña que son presupuestos del delito generales, aquellos comunes al delito en general, y presupuestos del delito especiales, aquellos propios de cada delito en particular, requisitos jurídicos previos a la realización de la conducta o hecho descritos por el tipo, y de cuya existencia depende el título o denominación del delito respectivo.

Como presupuestos del delito generales se señalan:

- a) La norma penal, comprendidos el precepto y la sanción.
- b) El sujeto activo y pasivo.

- c) La imputabilidad.
- d) El bien tutelado.
- e) El instrumento del delito.

### **BIEN JURÍDICO PROTEGIDO.**

En un sentido amplio, bien es todo aquello susceptible de producir utilidad a la persona o a la sociedad; en este sentido todo bien debe ser objeto de valoración jurídica penal, por lo que bienes jurídicos protegidos son, en materia penal, según, Polaino Navarrete "todas las categorías conceptuales que asumen un valor, contienen un sentido o sustentan un significado que son positivamente evaluados dentro de una consideración institucional de la vida regulada por el Derecho, como merecedores de la máxima protección jurídica, representada por la conminación penal de determinados comportamientos mediante descripciones típicas legales de éstos" (16). Es posible concretar la noción de bien jurídico como los intereses de las personas físicas o morales, públicas o privadas tuteladas por la ley bajo la amenaza de una sanción penal.

### **ELEMENTOS Y CONCEPTO DE DELITO.**

Pasamos ahora a los elementos del delito, los cuales son componentes sine qua non, indispensables para la existencia del delito general o especial.

Generalmente, los autores señalan las siguientes características genéricas:

- a) Es un acto humano, entendiéndose por él conducta actuante u omisa (acción u omisión);
- b) típico, es decir, previsto y descrito especialmente en la ley;
- c) antijurídico, o sea, contrario al derecho objetivo por ser violador a un mandato o a una prohibición contenidos en las normas jurídicas.

---

<sup>16</sup> Polaino Navarrete, Miguel, El bien jurídico en el Derecho Penal. Ed. Anales de la Universidad Hispalense, Sevilla, 1974, pag. 266.

d) imputable, entendiéndose por imputabilidad la capacidad penal referida al sujeto;

e) culpable, en cualquiera de las formas del elemento moral o subjetivo (intencionalidad o imprudencia);

f) punible, es decir, amenazado con la aplicación de una pena; y

g) conforme a sus condiciones objetivas de punibilidad, proque, en ocasiones, además de la reunión de los anteriores elementos, el legislador exige que se cumpla un requisito externo a la acción criminal para que se integre la figura perseguible.

Jiménez de Asúa dice que el delito es un acto típico, antijurídico, imputable, culpable, sancionado con una pena adecuada y conforme a las condiciones objetivas de punibilidad.

Aparte de éste análisis, incompleto por limitarse sólo al aspecto jurídico, interesa afirmar, según las aportaciones de la escuela positiva, que sociológicamente el delito es un fenómeno humano vertido en el seno social y contrario al orden social. Ampliando los ensayos de Garofalo, Ferri lo hace consistir en las acciones punibles determinadas por móviles individuales y antisociales, que turban las condiciones de vida y se oponen a la moralidad media de un pueblo dado, en cierto momento preciso.

## 1.2 EL DELITO COMO HECHO CONTINGENTE. EL FIN DE LA PENA.

En el campo especulativo, a las diferentes escuela en Derecho Penal preocupa encontrar el fundamento doctrinario de la justicia penal. Desde un punto de vista positivo, se considera la represión como una consecuencia orgánica y necesaria de la vida social y jurídica (<sup>17</sup>).

Cada pueblo tiene las leyes penales que en determinado momento considera moralmente como necesarias para conservar el orden jurídico existente y para restablecerlo cuando es quebrantado.

---

<sup>17</sup> Contribución de México presentada por el Presidente de su Delegación, Francisco González de la Vega, al XI Congreso Internacional Penal y Penitenciario (Berlín) y a la VI Conferencia de Unificación del Derecho Penal (Copenhague).

El delito es un hecho contingente que sólo puede ser definido con expresiones de gran generalidad. Dos dificultades pueden señalarse para definir el delito: la complejidad de elementos que integran su composición y la fluctuación progresiva y regresiva de las "ideas morales" y de la ética social que determina su apreciación específica.

Este criterio acerca de la naturaleza sociológica del delito, sirvió de base a la Reforma Penal Mexicana de 1931. Se expresa con estas palabras: el delito es principalmente un hecho contingente. Sus causas son múltiples: es una resultante de fuerzas antisociales.

#### **1.4 CLASIFICACIÓN DEL DELITO**

La doctrina hace tres clasificaciones del delito, la primera atendiendo a la conducta, la segunda, al resultado, y la tercera a la actitud psíquica del sujeto. Esta clasificación es recogida por el Código Penal vigente.

##### **CLASIFICACIÓN DEL DELITO EN ORDEN A LA CONDUCTA.**

Es indudable que para elaborar la clasificación en orden a la conducta, debemos atender a la actividad o inactividad, independientemente del resultado material, en caso de haberse producido, el cual es una consecuencia de la conducta. Doctrinalmente se hace la clasificación en delitos de: a) acción; b) omisión; c) omisión mediante acción; d) delitos de conducta plural; e) delito sin conducta, de sospecha, de posición o de comportamiento; f) omisión de resultado; g) doblemente omisivos; h) unisubsistente y plurisubsistente; i) habitual.

Dentro del término conducta (elemento del delito) quedan comprendidas la acción (hacer) y la omisión (no hacer). Ya Antolisei explica: "La conducta puede asumir dos formas diversas: una positiva y una negativa; puede consistir en un hacer y en un no hacer. En el primer caso, tenemos

la acción (acción en sentido estricto, llamada también acción positiva); en el segundo, la omisión (llamada igualmente acción negativa)". (18) Se llaman delitos de acción aquellos que violan una norma penal prohibitiva por un acto material o positivo, por un movimiento corporal del agente. Delitos de omisión son aquellos en los que se viola una norma preceptiva por la conducta inactiva o de abstención del agente; en estos caso el infractor no ha hecho lo que debe hacer.

Del artículo 7º del Código Penal resultan clasificados directamente los delitos como de acción o de omisión.

Manzini sostiene que diversos delitos omisivos pueden cometerse mediante acción, pues tanto vale no hacer lo que se debe, como operar positivamente contra aquello que está prescrito, o realizar hechos positivos para eximirse del cumplimiento del deber. Estos delitos no son admisibles, considerando la esencia de las formas de la conducta, constituye una *contradictio in terminis*, es inconcebible un no hacer mediante un hacer.

Los delitos de conducta plural son aquellos en los que en el tipo se exige ya un hacer y un no hacer, ya una doble acción, o se trata de un delito mixto de acción y alternativamente omisivo.

Los delitos de sospecha, según Manzini no consisten en un hecho ni positivo ni negativo, sino simplemente en un estado individual, que por sí mismo no constituye infracción de ningún mandato o prohibición penal, sino que es incriminado sólo por la sospecha que despierta; estos delitos son rechazados por no ser posible la existencia de delitos sin conducta.

Ranieri dice, que en los delitos doblemente omisivos, el sujeto viola un mandato de acción y juntamente un mandato de comisión, o sea, si no haciendo lo que debe hacer no realiza un evento que debe ser producido.

Es delito unisubsistente, el que se consuma con un solo acto y plurisubsistente cuando se consuma con varios actos.

---

<sup>18</sup> Manuale di diritto penale, p. 153, 6ª ed. Milano, 1955.

Existe un delito habitual cuando el elemento material está formado de acciones repetidas de la misma especie, las cuales no constituyen delito por sí mismas, sino que la suma de todas las acciones son las que constituyen delito.

### **CLASIFICACIÓN DEL DELITO EN ORDEN AL RESULTADO**

La siguiente es la clasificación de los delitos en orden al resultado:

- a) Delito instantáneo.
- b) Delito instantáneo con efectos permanentes o delito permanente impropio.
- c) Delito permanente.
- d) Delito necesariamente permanente.
- e) Delito eventualmente permanente.
- f) Delito alternativamente permanente.
- g) Delito de simple conducta o formal y de resultado o material.
- h) De daño y de peligro.

Los autores siguen dos caminos para definir el delito instantáneo:

- 1) Basándose en la instantaneidad de la consumación, y
- 2) Basándose en la naturaleza del bien jurídico lesionado.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado: "Doctrinariamente se entiende por delito instantáneo aquél en que el resultado tiene consumación instantánea, es decir, que se verifica en un solo instante, a diferencia del delito permanente en que la acción y omisión constitutiva tiene un período más o menos largo de consumación, durante el cual permanece el estado antijurídico cuya remoción depende de la voluntad del sujeto activo del delito..."<sup>19</sup>.

Por delito instantáneo con efectos permanentes, debemos entender aquel en que tan pronto se produce la consumación, se agota, perdurando los efectos producidos.

---

<sup>19</sup> Informe de 1959, p. 331



El delito permanente, para Jiménez Asúa, implica una persistencia en el resultado del delito, cual mantiene su actuación la voluntad criminal.

Otra clasificación del delito en orden al resultado, es la de delito de peligro o de lesión. Esta clasificación se basa en la destrucción o disminución del bien tutelado, o bien, en el peligro en que se coloca.

### **DELITOS EN ORDEN A LA ACTITUD PSÍQUICA DEL SUJETO**

El elemento moral (actitud psíquica del sujeto) de carácter subjetivo, propio de la persona; puede manifestarse en la forma intencional y en la no intencional o de imprudencia, llamada de culpa con más propiedad en el Código Penal de 1871.

El Código Penal no nos proporciona la noción de la intencionalidad delictiva, por lo que, para los fines pragmáticos de aplicación de la ley, precisa acudir a la doctrina; se entenderá por delito intencional aquel en que el agente realiza voluntariamente (dirección psíquica consciente) los hechos materiales configuradores del tipo, cualesquiera que sean los propósitos específicos o las finalidades perseguidas por el autor consciente. Basta a la ley que se haya querido el hecho, cualquiera que sea la intención finalista que se tuviera, salvo los eximientes de responsabilidad.

Esta simple intencionalidad, difiere de ciertos dolos especiales o de ciertos propósitos malvados del agente exigidos por la ley en descripción de algunos delitos en particular para la integración de la figura, lo cual quiere decir que no obstante la presunción juris tantum de la simple intencionalidad ese ánimo especial necesita demostrarse para dar por probada la existencia del delito.

A diferencia de la intencionalidad, la imprudencia consiste en que el agente ocasione un daño que no ha querido como efecto de su culposa conducta positiva o negativa. Los elementos del delito de imprudencia son: a) un daño tipificado delito; b) existencia de un estado subjetivo de

imprudencia que se traduce al exterior en acciones y omisiones imprevistas, negligentes, imperitas, irreflexivas o faltas de cuidado; y C) relación de causalidad entre el estado imprudente y el daño final.

El Código Penal ha incorporado los delitos preterintencionales, conservando la denominación tradicional, como es el que se comete cuando se propone causar un mal menor y se realiza uno mayor distinto del deseo original.

## **2. ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN PENAL VIGENTE EN CUANTO A LOS TIPOS DE HOMICIDIO, LESIONES Y DE CONTAGIO.**

Los Códigos Penales modernos han seguido el sistema de agrupar y clasificar los delitos en títulos y capítulos. El criterio clasificador, adoptado por la escuela clásica, es el del bien jurídico tutelado; así aquellas figuras delictivas que tienen un común denominador se agrupan en un mismo título, mismos que, a su vez, se subdividen en capítulos que describen el hecho o hechos tipificados por la ley, donde se abarcan varios hechos, o modalidades de la figura principal, o distintos que presentan semejanzas técnicas. Nos detendremos en el estudio de algunos de los tipos penales que se encuentran en el título denominado "Delitos contra la vida y la Integridad Corporal".

Analizaremos los tipos penales de homicidio, lesiones y contagio venéreo, mismos que pudieran servir para penalizar las conductas de los propagadores del VIH.

### **2.1 HOMICIDIO.**

"No matarás", ordena en forma categórica el mandamiento del código de conducta cristiana, principio ético-religioso que tiene su equivalente en todos los códigos penales del mundo y es norma fundamental de la convivencia humana, la más importante.

## **LA TUTELA PENAL DE LA VIDA.**

La vida humana en el ámbito del Derecho Penal, es protegida desde que el hombre nace hasta que muere, incluso desde antes que nazca y sus restos mortales, restos de lo que fue vida, merecen también especial tutela jurídica.

La vida humana es el bien jurídico que ocupa el primer lugar entre los valores tutelados penalmente, tanto en su lesión efectiva (tipos de peligro) como del ataque potencial (tipos de daño). De los primeros, en el Código Penal para el Distrito Federal encontramos el disparo de arma de fuego, el ataque peligroso, el abandono de niños incapaces y de personas enfermas. Entre los segundos están el homicidio, el parricidio, el infanticidio y el aborto.

Por otra parte la población es elemento indispensable del Estado, lo cual hace de la vida humana una entidad protegida por el Derecho no sólo en razón de intereses personales o familiares, también por motivos de orden político; es evidente que la existencia misma del Estado no sería concebible sin la población.

## **NOCIÓN DE HOMICIDIO.**

Gramaticalmente, conforme al Diccionario de la Real Academia de la Lengua, Homicidio es "muerte causada a una persona por otra. Por lo común, ejecutada ilegítimamente y con violencia" (<sup>20</sup>).

Desde un punto de vista jurídico doctrinario, el homicidio se conceptúa como la muerte de un hombre, según el pensamiento de Impalomeni, Alimena, Gómez y otros doctrinarios; Vannini, siguiendo a Carmignani amplía esta noción expresando que el homicidio "consiste en la muerte de un hombre ocasionada por ilícito comportamiento de otro hombre"; semejante es el

---

<sup>20</sup> Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Editorial Espasa-Calpe, S.A., 2a. edición. Madrid, 1981, pag. 833.

pensamiento de Carrara y Pugliesi <sup>(21)</sup>. Ossorio define el homicidio como "la muerte causada por otro, por lo común ejecutada ilegítimamente y con violencia" <sup>(22)</sup>.

El homicidio es el delito típicamente ofensivo de la vida humana. El tipo penal en nuestro código se integra escuetamente con el hecho de privar de la vida a otro. No hace mención a medios, modos o formas de producir dicha privación a diferencia del Código de 1871 que indicaba: "Es homicida, el que priva de la vida a otro, sea cual fuere el medio de que se valga".

En cuanto al nexo causal, es preciso que éste exista entre la conducta lesiva del bien jurídico de la vida y el fenómeno de la muerte que se presenta. No toda privación de la vida puede ser materialmente imputada a quien la produce con su conducta, pues el artículo 303, en su fracción II, condiciona dicha atribución objetiva a "que la muerte del ofendido se verifique dentro de los sesenta días contados desde que fue lesionado". En este precepto se somete la causalidad fenoménica en el ámbito penalístico a una limitación abstracta y general, fundamentada en la observación y experiencia de los casos análogos. Cuando el fallecimiento se produzca después de los sesenta días, el heridor debe ser sancionado con la pena que establece el artículo 293 para el que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, ya que la muerte acaecida a consecuencia de la lesión está evidenciando que la vida se puso en peligro.

Según lo expresado por diversos y distinguidos tratadistas, este delito entraña el más alto ataque a la vida comunitaria e individual, habida cuenta de que uno de los elementos que integran el estado es la población, y en los eventos de que uno de sus miembros sea suprimido, se produce un daño grave al agregado social, además para el ser humano no hay valor superior que el de la propia existencia toda vez que cualquier expectativa, esperanza, anhelo, requiere evidentemente de su propia existencia. Moralmente y dentro de nuestro orden constitucional todos los individuos son iguales y por tanto, es irrelevante cualquier particularidad étnica, lingüística, moral, etc.

<sup>21</sup> Enciclopedia Jurídica Orbea. Ed. Driskill, S.A. Buenos Aires, 1979. Tomo XIV, pag. 401.

<sup>22</sup> Ossorio, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Ed. Helliasta, S.R.L. Buenos Aires, 1978, pag. 353.

## **2.2 LESIONES Y CONTAGIO VENÉREO.**

Los tipos penales que contiene el Código Penal para el Distrito Federal para la protección de la integridad, pueden dividirse en de daño y de peligrosidad.

### **LA TUTELA PENAL DE LA INTEGRIDAD.**

Entre los bienes jurídicos individuales el de la integridad personal ocupa un lugar preponderante, que sólo ante el de la vida cede en importancia. Este bien jurídico abarca la salud corpórea y la de la mente. La protección penalista otorgada a este bien rebasa los intereses particularistas de cada ser humano. Dicha integridad está protegida por el derecho penal no sólo en interés del individuo sino también en el de la colectividad.

La diferencia con los tipos penales que tutelan la vida radica en que los que afectan a la integridad corporal conforman siempre, con una excepción, un mismo tipo penal: el de lesiones.

El bien jurídico de la integridad humana es protegido penalmente tanto del ataque que le causa un daño como del que le pone en peligro. Daña la integridad personal la conducta que transitoria o permanentemente produce una disminución anatómica o funcional en el cuerpo humano o en menoscabo de la salud.

Como en el caso de los tipos penales que protegen la vida, los tipos penales que contiene el Código Penal para el Distrito Federal pueden dividirse en de daño y de peligrosidad. El tipo de lesiones protege la integridad personal del daño que la menoscaba, y el tipo de contagio venéreo tutela la salud frente al peligro efectivo que encierra el contacto sexual con una persona enferma de sífilis o de otro mal de la misma índole.

Lo importante en este orden de ideas es destacar que toda alteración de la salud es, en principio, un delito. La ley establece varias hipótesis partiendo del supuesto de que existe una salud personal, que es alterada por una causa externa. Del análisis del conjunto de tipos (artículos 288 a 301)

se puede afirmar igualmente que se conocen la salud física y la mental, y las consecuencias como distintas según la gravedad de la alteración, en función del peligro corrido por la víctima, o del tiempo necesario para la total recuperación de la salud alterada.

## **2.2.1 EL TIPO DE DAÑO CONTRA LA INTEGRIDAD: LESIONES.**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

En el derecho romano la figura lesión no encontró sitio adecuado; o se la encuadraba en el campo amplísimo señalado a la injuria o se la relegaba al capítulo del homicidio tentado.

En la Edad Media, los conceptos romanísticos se repitieron por prácticos y juristas, y hubieron de entremezclarse con los principios del joven derecho bárbaro, cuya influencia fue extendiéndose en los pueblos de nueva formación. Los bárbaros distinguieron las heridas, dividiéndolas en Schlage (lesiones y golpes), Blutwenden (heridas propiamente dichas) y Verstünmlugen (mutilaciones), y sus leyes, estatutos y reglamentos señalaron con minuciosa y circunstanciada enumeración los distintos casos de lesiones, dando a cada uno un nombre especial y sujetando las heridas, mutilaciones y malos tratamientos a un cuidadoso arancel en el que se recorría todo el cuerpo humano, de los pies a la cabeza, para regular la tarifa por aplicar, costumbre ésta que se observó por mucho tiempo entre los pueblos de origen bárbaro.

En el Derecho Español, la influencia del derecho romano y del derecho bárbaro se hizo sentir en sus leyes y codificaciones. En las Partidas, no existe título que trate expresa y separadamente lo referente al delito de lesiones; como en el Derecho Romano, se considera la lesión en el título 9o.- De las deshonras o injurias en título 3o.- Ley I.2 relativa al homicidio tentado: "Si alguno fuera contra otro para matarlo, tomando cuchillo u otra arma estando armado, acechándolo en algún lugar, para darle muerte; o trabajándose de lo matar en alguna otra manera semejante de éstas, emitiéndolo ya por obra merece ser escarmentada así como lo hubiese cumplido porque no fincó por el de no cumplir si pudiera". En la Novísima Recopilación y aunque su título XXI, llevare el epígrafe de

los homicidios y heridas, en cuanto a éstas, no se encuentra disposición alguna general y únicamente se enumeran casos en que por circunstancias particulares se agrava la pena o se iguala a la del homicidio.

Las Partidas y la Novísima Recopilación contrastan con el Fuero Juzgo y el Fuero Real, que, como en el Derecho Bárbaro, enumeran minuciosamente heridas, mutilaciones y malos tratos de obra, recorriendo todos los miembros y partes del cuerpo humano, distinguiendo el caso de simple contusión, rompimiento de piel, fractura, etc., y tarifando las heridas de acuerdo con la calidad del ofendido, el medio empleado y el resultado de la acción, siempre y cuando la herida se cause sin malicia, pues de lo contrario, la pena es la del talión, a menos de componerse en dinero por lo que estime el herido, mutilado o maltratado.

A partir de los estatutos y leyes de los bárbaros, la figura que estamos considerando ha sufrido una fecunda evolución bajo la influencia del cristianismo, que no se limita tan sólo al concepto, sino que abarca el proceso vulnerante, la clasificación de las lesiones y su penalidad.

En el derecho romano, en el derecho bárbaro y en la época medioeval, la lesión se consideró desde un punto de vista material, tanto por lo que se refiere al resultado, como al agente vulnerante.

Sin embargo, este concepto material de la lesión y del agente vulnerante, excluían por definición propia los desórdenes de naturaleza interna, tales como las enfermedades, el contagio, las afecciones de origen tóxico, etc., que produjeran una alteración en la salud, debido a una causa externa, no necesariamente violenta, ni debida a la proximidad de un cuerpo cualquiera contra el cuerpo humano.

Sin embargo, este concepto fue ya superado en los Códigos modernos, y se acepta, unánimemente, el criterio de que la lesión comprende no sólo los daños a la anatomía del hombre, sino a su salud y a su mente.

Para el derecho penal italiano vigente (art. 582), el delito de lesiones consiste en ocasionar a alguno una lesión personal de la cual se deriva una enfermedad en el cuerpo en la mente,

sin el fin de ocasionar la muerte: y por cuanto a los modernos Códigos latinoamericanos, en casi todos ellos priva este mismo criterio.

Nuestro Código Penal acepta íntegramente la moderna concepción del delito.

### **EL CONCEPTO DE LESION EN NUESTRO DERECHO PENAL.**

La integridad personal puede dañarse en el delito de lesiones anatómica y funcionalmente. El daño anatómico está enumerado casuísticamente en el artículo 288: "heridas, escoraciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras... y de cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano". Y al daño funcional hace referencia la frase "toda alteración en la salud". Conviene anotar que tanto el daño anatómico como el funcional suelen ser coincidentes, sobre todo en aquellas lesiones que revisten alguna intensidad.

En cuanto a quién puede ser sujeto pasivo de este delito, todo ser humano desde el momento de su nacimiento hasta el instante de su muerte puede serlo, y simultáneamente es objeto material de la conducta típica.

Puede cometerse el delito de lesiones tanto mediante actos positivos como mediante omisiones.

El delito requiere para su integración un resultado natural. La mutación del mundo externo que implica el resultado material en el delito de lesiones consiste, desde el punto de vista genérico que contempla el artículo 288, en un daño que deja huella material en el cuerpo humano o en una alteración de la salud; es decir, para la integración del delito tiene que existir un nexo causal entre la conducta del agente y el resultado acontecido.

No es necesario para la existencia del nexo causal que la lesión haya sido directa y exclusivamente debida a la conducta del agente, pues dicho nexo subsiste aun en el caso que en la producción del evento hubieran concurrido otras causas previstas, utilizadas o aprovechadas por el culpable como complemento de su acción.



El delito de lesiones es una sola entidad jurídica que abarca múltiples consecuencias fácticas lesivas para la integridad personal. Los varios resultados que le caracterizan han motivado que las legislaciones y los penalistas hayan aglutinado los distintos pero homogéneos resultados en diversos grupos diferenciados entre sí por la intensidad de la pena, según la menor o mayor importancia de las lesiones que integran cada uno. Y así surgió y se mantiene la tradicional división de las lesiones en: levisimas, leves, graves y gravísimas. El Código no las clasifica expresamente de esta forma pero la reconstrucción dogmática de los artículos 289 a 293 nos confirma que la reconoce.

a) Lesiones levisimas. El Código en la parte primera del artículo 289 hace referencia a esta clase de lesiones, cuando sanciona "al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días...".

b) Lesiones leves. La única diferencia que existe con las lesiones leves radica en que mientras en aquéllas el ofendido ha de sanar antes de los quince días, en éstas la sanidad se produce después de dicho plazo.

c) Lesiones graves. Pueden revestir dos formas, la primera está constituida por la lesión que deje en el ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable (artículo 290) y la segunda por la "que perturbe para siempre la vista o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales" (artículo 291).

d) Lesiones gravísimas. Dentro de ellas se comprenden aquellos ataques al bien jurídico de la integridad humana que producen consecuencias de la más extrema importancia. Dichas lesiones no están unificadas en orden a la pena, pues el ordenamiento positivo les establece privaciones de libertad de distinta duración. Esta variedad revela que la ley juzga diversa la intensidad lesiva de cada uno de los tres grupos que integran esta clase de lesiones. El primer grupo está constituido por aquellas a que hace referencia el primer párrafo del artículo 292; esto es, por la lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada

para siempre cualquier función orgánica, o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Lo que parece aquí tan importante para nuestro presente estudio es lo relativo a enfermedad segura o probablemente incurable. La enfermedad que tenga curación, aunque fuere lenta y tardía, queda excluida del concepto en examen. La declaración de que una enfermedad es incurable ha de formularla el juzgador con base en dictámenes médicos valorados según la experiencia, la cual inequívocamente revela que existen enfermedades de las que casi nunca se llega a sanar, como acontece con la epilepsia traumática y con la epilepsia traumática y con la pleuritis crónica originada por lesión en la pleura. Como el precepto indicado requiere el dictamen médico de la probabilidad o seguridad de que la enfermedad sea incurable es muy susceptible de error dada la multiplicidad de factores en que ha de fundarse.

Algunas lesiones venéreas dejan como secuela una enfermedad segura o probablemente incurable. Las más importantes son la parálisis progresiva y la lesión cerebral causadas por la sífilis. Esta, ya de por sí, puede considerarse independientemente de sus consecuencias, como una enfermedad segura o probablemente incurable. Cabe anotar aquí que aunque la más grave de las lesiones venéreas conduce a la parálisis progresiva, como ésta no aparece inmediatamente sino que pasan varios años antes de que llegue a manifestarse, la realidad es que no llega a adquirir relevancia típica, pues el juicio penal ya ha determinado para cuando se exterioriza.

El segundo grupo de lesiones gravísimas está constituido por aquellas otras consecuencias descritas en el segundo párrafo del artículo 292: "incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla y de las funciones sexuales".

El tercer grupo está integrado por aquellas que ponen en peligro la vida. En esta última hipótesis nos hallamos ante un delito de lesiones de doble resultado, ya que el artículo 293 establece que "al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrán de 3 a 6 años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan según los artículos anteriores". Ponen en peligro la vida aquellas lesiones de las que surge la probabilidad real y efectiva de muerte inmediata.

Esta probabilidad deberá evidenciarse por concretas e inequívocas manifestaciones externas del proceso patológico originado por la lesión, sin que sean admisibles los juicios de probabilidad basados en datos estadísticos abstractos, esto es, en heridas que la experiencia revela que son frecuentemente mortales. El tiempo en que tarda en sanar la lesión que pone en peligro la vida es indiferente, pues aun en el caso en que la sanidad completa se lograra antes de los quince días, es aplicable el artículo 293.

El delito de lesiones admite las tres formas de culpabilidad previstas por el Código Penal.

### **2.2.2 EL TIPO DE PELIGRO CONTRA LA INTEGRIDAD: CONTAGIO VENÉREO.**

El Código vigente, no tipificaba inicialmente este delito, fue hasta 1940 y a instancias de Francisco González de la Vega que quedó incluido en este ordenamiento, pero con una redacción distinta a la que proponía el penalista.

Este delito aparece descrito en el artículo 199 bis del Código Penal para el Distrito Federal, en el título séptimo que lleva por nombre "Delitos contra la salud", debiendo entenderse que hace referencia a la salud pública. El delito del que ahora nos ocupamos tutela la salud en forma individual, o sea el mismo bien jurídico que tutela el delito de lesiones. Nada justifica su inclusión en dicho título, debida a una reforma de fecha 26 de enero de 1940.

Es un tipo de peligro que sanciona la conducta del que ponga en peligro de contagio la salud de otro. Deberá tratarse de un peligro efectivo, esto es, que en cada caso concreto debe ser afirmado y probado que el agente, al tener relaciones sexuales con otro, puso la integridad corporal de éste en riesgo de sufrir un daño. No cualquier persona puede ser sujeto activo sino sólo la que está enferma de un mal venéreo en periodo infectante. Nos hallamos ante un delito propio o especial, toda vez que la posibilidad de ser sujeto activo está limitada a las personas en quienes concurra la circunstancia personal mencionada.

El tipo contiene un elemento subjetivo de antijuridicidad, claramente perfilado. Se requiere, además, que el agente actúe "sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo" y que su mal se encuentra "en un periodo infectante". Este elemento consiste en el conocimiento que tiene el autor: a) de la realidad patológica que afecta a su salud, y b) de que su enfermedad es contagiosa por hallarse si no queda plenamente acreditado que en el momento de efectuar el coito, el sujeto activo tenía el doble conocimiento al que nos referimos.

Para Jiménez Huerta se trata de un tipo de dolo y de peligro y que bajo ningún concepto admite grado de culpa alguno, pues lo que tipifica la conducta es el solo peligro para la salud de otro por medio de relaciones sexuales, sabiendo el sujeto activo que padece de un mal venéreo en período infectante siendo "intrascendente en su configuración típica que el agente se hubiere representado o no la posibilidad de producir el resultado".<sup>(23)</sup>

En el mismo sentido es la opinión de Carrancá y Trujillo<sup>(24)</sup> para quien la culpabilidad se presenta solo en forma dolosa.

Para integrarse típicamente basta con la conducta, sin que se requiera el contagio. Es intrascendente que el agente se hubiere o no representado la posibilidad de producir el resultado y la actitud psicológica que hubiere asumido ante dicha representación pues el que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante efectúa actos sexuales con otro, actúa con el tipo de culpabilidad que requiere la figura en examen, habida cuenta de que el sujeto activo conoce las circunstancias de hecho de la conducta que perpetra y es consciente de que engendra un peligro y, por ende, de que quebranta un deber. No puede configurarse en forma culposa por su misma integración.

El delito de peligro de contagio 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.

<sup>23</sup> Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano. Tomo II. Editorial Porrúa, S.A. México, 1971, p.250

<sup>24</sup> Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl. Código Penal anotado. Editorial Porrúa, S.A. México, 1972, p. 377

Jiménez Huerta <sup>(25)</sup> considera que entre los medios de comisión del delito de lesiones, se encuentra incluido el contagio venéreo, el cual queda tipificado en los artículos 288 a 293 del Código Penal. Además, el mismo ordenamiento, en el artículo 315, tercer párrafo, dice: "Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por ... contagio venéreo".

Los anteriores artículos regirán en caso de que el contagio ocurriera, pero como el artículo 199 bis prevé y sanciona el peligro, la posibilidad de la causación del contagio, Jiménez Huerta estima que entonces queda plenamente tipificada la tentativa de lesiones (art.12, C.P.)

La imposición de una doble sanción cuando el contagio se produzca, representa una notoria aberración jurídica -nos dice Jiménez Huerta- conculcadora del principio de la consunción que norma el concurso de tipos; pues existe una excluyente relación valorativa entre dos tipos autónomos que protegen el mismo bien jurídico en instantes diversos de su lesión.

Imponer dos penas, una por el peligro, y otra por el daño, implica una violación de garantías flagrante.

González de la Vega <sup>(26)</sup> aboga no sólo por sancionar el peligro de contagio de enfermedades venéreas, sino de otras de tal vez mayor peligro y más fácil transmisión. Además, expone que no debe atenderse únicamente a la relación sexual como medio, sino considerar cualquier medio idóneo de contagio.

### **3. BREVE ESTUDIO SOBRE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD.**

El Derecho Penal tiene una función determinada: la de proteger bienes jurídicos individuales y colectivos; al mismo tiempo, esa función tiene un fin preciso, el de lograr que la vida

<sup>25</sup> Cfr. Jiménez Huerta, Mariano. Ob. cit., pp. 246 a 252.

<sup>26</sup> González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. Editorial Porrúa, S.A. México, 1970, p. 14 y 15.

dentro de la comunidad se desarrolle en forma ordenada. Para alcanzar esto se han creado mecanismos de control y un ejemplo de ello es la sanción penal.

La mayoría de los juristas están de acuerdo en afirmar y reconocer que la sociedad tiene todo el derecho de reprimir aquellos actos que dañan o atentan contra su existencia, pero también están conscientes en que esa forma de reprimir debe ser acorde a una realidad social implementada por el Estado.

Por ello, el Estado debe ser muy cauto en la forma de describir las conductas típicas, pero primordialmente en la forma de reprimirlas, ya que la protección de la dignidad humana -consagrada en las diversas constituciones- sólo podrá lograrse con el empleo de criterios adecuados que determinen las conductas que deben sancionarse de manera estrictamente necesaria, pues de lo contrario, todo acto de quien detenta el poder y que no nace de la absoluta necesidad y racionalidad es tiránico e inútil.

En el plano que estrictamente corresponde al legislador en la elaboración científica del Derecho Penal, la forma de sancionar o castigar representa una singular importancia, no sólo en su aspecto descriptivo, sino además en su aspecto ejecutivo para cumplir cabalmente con ello.

Desde la antigüedad, mucho antes de que existiera una codificación penal, cuando se realizaba una conducta que dañaba al grupo y que merecía castigo, este siempre constituía una penalidad empírica y arbitraria por quien detentaba el poder.

El concepto de delito tal y como lo concebimos hoy en día no existía antiguamente pues las leyes penales que se dictaban no eran sino resultado de las ideas que imperaban para dictar o imponer castigos con el objetivo de salvaguardar intereses de los grupo que se disputaban la supremacía, pero sin recapacitar si el castigo correspondía a la gravedad del daño ocasionado.

No es sino hasta ya entrado el siglo XVIII, en el año de 1764, que aparece la obra del Marqués de Beccaria, "Tratado de los Delitos y las Penas", en la que su principal argumento era combatir la crueldad y lo ilegal de las penas. Beccaria establecía en su obra conceptos que posteriormente constituirían la doctrina de la Escuela Clásica que vino a marcar una pauta en el Derecho Penal mediante sus principales máximas: El fin de las penas; el fundamento de las mismas; los caracteres que deben tener para ser legítimas y su proporcionalidad al delito.

Lo anterior y el nacimiento de la "Escuela Penitenciaria" que se propuso estudiar aisladamente la pena, considerando que el estudio de ella debe ser el objeto fundamental del Derecho Penal, significó -indudablemente- un avance en el aspecto punitivo el cual pretendía humanizarse al sustituir la cruel y salvaje forma de eliminar al delincuente mediante la pena de muerte, por el aislamiento en un lugar destinado para ello. Pero al mismo tiempo se cometía un error muy grave, ya que toda la visión punitiva o castigadora a partir de entonces se centraría en una sola pena que sería la prisión, considerada como la panacea para combatir la delincuencia y cuyo total y absoluto fracaso hoy en día nos toca percibir con el utópico régimen progresivo-técnico que sólo ha servido para incrementar la delincuencia, aunado a ello la falta de imaginación y de criterio para dar mayor impulso a otros medios para combatir el delito.

En cierta medida esto se proponía Carlos Stoss en 1893 cuando incorpora a los códigos penales, las denominadas medidas de seguridad que junto con las penas y como complemento de las mismas, eran consideradas un nuevo y eficaz medio de defensa social en la lucha contra el delito. Desafortunadamente en la mayoría de los países no se entendió o no se comprendió la propuesta de Stoss, y las medidas de seguridad no pasaron de ser magníficos adornos en el título respectivo de las leyes penales, tal y como sucedió en México en donde desde 1931 cuando entró en vigor el Código Penal y que a más de sesenta años de distancia, todavía no se nos explica cuáles son las penas y cuáles las medidas de seguridad y sí en cambio todo el sistema punitivo descansa sobre la pena de prisión.

Para nadie es un secreto la crisis que vive el Derecho Penal, por una parte por la integración o creación de figuras típicas sin fundamento y sin necesidad; y por otro lado, el hecho de castigar todo con prisión. Vivimos una época de cambios y el Derecho Penal de hoy y próximo a entrar al siglo XXI exige un cambio también, no puede permanecer sujeto a conceptos e ideas de siglos atrás, pero ese cambio no se logrará con sólo modificar o elaborar nuevas leyes, es necesario penetrar en la conciencia de quienes estudian el Derecho.

Estamos de acuerdo con el sistema dualista -que concibe la incorporación de las medidas de seguridad a los sistemas a los sistemas de reacciones penales- en el sentido de que deben existir dos vías, con las cuales el juzgador deberá impartir la justicia; una fundada en la culpabilidad del individuo (pena) y la otra en la peligrosidad (medida de seguridad), la primera es represiva, retributiva y determinada, pues a través de la represión, pretende intimidar al sujeto para que no vuelva a delinquir; retributiva, porque a través del castigo pretende que el individuo pague a la sociedad por el daño causado con su conducta delictuosa; determinada, porque debe fijarse su duración, es decir, no puede ir más allá de lo fijado por la ley y por el juez. En cambio, como la medida de seguridad se funda en la peligrosidad criminal del sujeto es preventiva, y consiste en un tratamiento para combatir o evitar que el individuo siga cometiendo delitos. Siendo un tratamiento, es obvio que será indeterminada pues sería ilógico que con anterioridad se pudiese fijar un tiempo para decir que el tratamiento debería terminar tal día y tal fecha.

La diferencia fundamental entre la pena y la medida de seguridad -¡porque la hay!- es que mientras las penas tienen un sentido expiatoria (expiar-reparar un crimen o culpa por medio del castigo o sacrificio), las medidas de seguridad tienen un sentido meramente preventivo (sin sufrimiento).



### 3.1 LAS PENAS Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL DERECHO CONSTITUCIONAL.

Si revisamos los artículos 14, 16, 18, 20, 21 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, encontraremos que las penas tienen su base constitucional, más no así las medidas de seguridad: A) Examinando la redacción del artículo 14 constitucional no encontramos el fundamento de legalidad de las Medidas de Seguridad, puesto que este ordenamiento señala textualmente: "En los juicios del orden criminal que da 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 trate". B) Dentro del segundo párrafo del artículo 16 de la Constitución Política de nuestro país, que reza: "No podrá librarse orden de aprehensión sino por la autoridad judicial y sin que proceda denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la ley señale como delito, sancionado cuando menos con PENA privativa de la libertad...", tampoco encontramos referencia alguna a las medidas de seguridad. C) El artículo 18, muestra una redacción importante puesto que en todo momento hace referencia a la separación de quienes se encuentran privados de su libertad, tanto para la situación de los sujetos a proceso penal como de quienes se encuentren ya cumpliendo una pena de prisión impuesta por autoridad judicial. Igualmente, se hace referencia a la separación del lugar de cumplimiento de las penas en razón del sexo; pero una vez más se omite hacer referencia a quienes se encuentren sujetos a una medida de seguridad. A contrario sensu, la redacción del artículo 18 nos permitiría afirmar que no está prohibida la internación en un mismo lugar de personas que se encuentren sujetos a una medida de seguridad. D) El artículo 20, como sabemos, comprende varias garantías en favor del procesado, sin embargo no menciona nada en relación a si el delito merece únicamente una medida de seguridad; en ese caso ¿no estará obligada la autoridad a respetar dichas garantías? E) El artículo 22 señala la prohibición de determinadas PENAS, pero también pasa por alto señalar el mismo impedimento en cuanto a las medidas de seguridad, por lo que podríamos entender que todas están permitidas.

Compartimos la opinión del maestro Juan Manuel Ramírez Delgado en el sentido de que deberían modificarse los preceptos constitucionales anteriormente citados e incluir al lado de las penas las medidas de seguridad, a fin de dotar de un correcto marco jurídico-constitucional al Derecho Penal y todos los supuestos que en él se manejan.

## C A P I T U L O   I I I

### E L   D E R E C H O   P E N A L   F R E N T E   A L   S I D A

#### 1. EL CONTAGIO INTENCIONAL DEL SIDA COMO CONDUCTA DELICTIVA

Ya ha quedado asentado que la tutela jurídica tanto de la salud como de la vida humana son los puntos más importantes en el derecho penal. Y no resulta menos importante la protección de dichos aspectos a nivel colectivo, máxime que el Estado tiene a su cargo la protección de la población (elemento indispensable del mismo), no sólo en razón de intereses personales o familiares, también por motivos de orden político; es evidente que la existencia misma del Estado no sería concebible sin la población.

También se ha dicho que los últimos estudios y estadísticas reflejan que contra el VIH no existe tratamiento ni vacuna, por lo que una vez que se desarrolla conduce, casi inexorablemente, a la muerte después de una serie de cuadros clínicos floridos y graves que si no los llevan rápidamente a la muerte les produce un deterioro que en un periodo variable produce una invalidez total. Además de que durante este tiempo todos los individuos infectados (sin síntomas o con SIDA) son potencialmente infectantes para otras personas; desde que el VIH entra al organismo, el individuo se convierte en un reservorio humano pudiendo transmitir el VIH por cualquiera de las vías descritas en capítulos anteriores.

No se trata de oponer los "derechos que tiene la mayoría" de permanecer libre de infección a los "derechos que tiene la minoría" que ya se encuentra infectada; este es un falso dilema, pues la protección de la mayoría no infectada depende y está inexorablemente ligada, precisamente a la protección de los derechos y la dignidad de las personas ya infectadas. Se trata más bien de tener un

tipo penal que sancione a todo individuo portador del VIH previamente advertido de las conductas que se han considerado que pueden propagar el virus, y que ha ignorado dichas advertencias, se trata de proteger jurídicamente la salud y la vida de las personas y la comunidad en general que se ven afectadas por la transmisión del VIH.

Queda claro que el contagio intencional del VIH atenta de manera directa contra los bienes jurídicos más protegidos: la salud, porque la salud del infectado se verá tarde o temprano afectada y la vida porque el SIDA conduce casi inexorablemente a la muerte.

## **2. ANÁLISIS Y CRITICA DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL REFERENTE A LOS TIPOS DE HOMICIDIO, LESION Y CONTAGIO VENEREO COMO TIPO ADECUADO AL CONTAGIO INTENCIONAL DEL SIDA.**

### **2.1 CONTAGIO INTENCIONAL DEL SIDA: ¿PELIGRO DE CONTAGIO?**

Comencemos por el tipo de peligro de contagio que protege la simple exposición al peligro del bien jurídico salud, entendido en su forma más amplia, sin referirse a la integridad de una persona individualizada. En el caso del VIH lo que se pretende proteger, en primera instancia, es la salud individual, ya que por las formas conocidas en que puede transmitirse, el afectado es una persona individual en su salud. No es un daño indiscriminado como el que puede atacar a toda una población por el agua o un alimento contaminado. En el caso de transmisión del virus es un contagio en forma individual y el sujeto receptor es identificable sin embargo, el sujeto infectado se convierte inmediatamente en infectante, con lo cual se pone potencialmente en peligro la salud y la vida de un número no determinado de personas.

Dicho tipo se refiere a dos clases únicas de enfermedad: sífilis o mal venéreo, entendido éste como género. Aunque es cierto que una de las formas de transmisión del SIDA es la actividad sexual, no se trata de una enfermedad venérea, y pretender asimilarlas es caer en la aplicación analógica prohibida por el artículo 14 de la Constitución.

La descripción legal se refiere a que la persona enferma de un mal venéreo debe saber que lo padece, y además que éste se encuentre en su periodo infectante. No se reconoce el periodo de riesgo de contagio del SIDA. Tratándose de esta enfermedad, no puede pedirse a toda persona infectada con el virus que lo sepa, por lo que faltaría el requisito del conocimiento, y ahora que el dolo no se presume, hay que probarlo.

## **2.2 CONTAGIO INTENCIONAL DEL SIDA: ¿LESION?**

La salud humana es un bien que el derecho penal protege de todas las agresiones que pueda sufrir. Esto es claro cuando vemos que la ley sanciona todas las agresiones a la salud, la tentativa de ellas y la sola exposición al peligro. Como algo de lo que está en juego en el caso del contagio del VIH es la salud, veamos ahora el delito de lesiones. Aquí estamos frente a la posibilidad de establecer que se puede identificar el contagio del VIH con un delito de lesiones, porque el tipo que contiene la definición legal permite incluir en forma genérica como tal "toda alteración en la salud". El sujeto contagiado puede permanecer asintomático durante un tiempo variable. La reacción no es igual en todos los atacados por el virus.

En los casos de contagio aún en el caso de que la persona lo descubra en forma inmediata y acuda ante la autoridad respectiva a denunciar los hechos, es muy probable que en los exámenes médicos no se detecte el virus, menos aún que presente un daño en su salud. No se configurará entonces la lesión ya que para hablar de un delito hay que atender al resultado.

Así mismo, resulta inaplicable este tipo delictivo ya que el contagio del SIDA no conduce sólo a una alteración en la salud lisa y llana, sino que esta alteración a la salud resulta tan grave que en un lapso de tiempo variable llevará inevitablemente a la muerte del individuo infectado.

### **2.3 CONTAGIO INTENCIONAL DEL SIDA: ¿HOMICIDIO?**

Sabemos que el contagio de VIH no produce la muerte inmediata, por lo cual el tipo de homicidio que prevé el artículo 302 del Código Penal del Distrito Federal no es aplicable en este caso.

Ahora bien, el artículo 303 requiere tres circunstancias para considerar que la lesión fue mortal, y la fracción II de dicho artículo dispone que la muerte del ofendido se verifique dentro de sesenta días contados desde que fue lesionado. En el caso del contagio del VIH no se cumplirá nunca con este requisito, porque sólo el periodo de incubación (que va de unas semanas hasta años) excederá ese tiempo.

Además, como ya hemos visto en capítulos anteriores, el SIDA y más específicamente el VIH no es por sí mismo una enfermedad mortal sino que evita el funcionamiento de los mecanismos de defensa y de inmunidad, y vuelve vulnerable el cuerpo humano a enfermedades y procesos infecciosos que, de no mediar el virus, sería capaz de salvar.

Otra consideración que reviste particular importancia es el hecho de que si bien el ser infectado de SIDA llevará a la muerte, esto no quiere decir que en el transcurso que va desde la infección hasta la muerte, ésta no pueda ocurrir por causas extrañas a la propia infección, tales como un asesinato con arma de fuego, por asfixia, por envenenamiento, muerte en accidente de tránsito, etc. No sería posible condenar a dos personas en momentos distintos y por conductas diversas como culpables del homicidio de una misma persona.

Por las anteriores circunstancias, es preferible contar con un tipo penal que se refiera únicamente al peligro para la salud y la vida personal, ya que el daño, en vista del tiempo que tarda en aparecer, dificultará que se pruebe la relación causal.

## CONCLUSIONES

Es indispensable aclarar que no es con medidas penales como se va a detener el SIDA.

En el presente trabajo se ha hablado del respeto y tutela jurídica para valores que para el hombre son fundamentales: la vida y la salud, que merecen un respeto total y absoluto; por lo cual no podemos hablar de éstos valores sin hablar también de la justicia, de proponer soluciones que propicien resoluciones justas.

La función del derecho penal modernamente aceptada es de prevención general y especial. Por prevención general debe entenderse que la amenaza de la pena establecida en la ley tiene eficacia intimidante, y en ocasiones paraliza posibles impulsos delictivos. Y en cuanto a prevención especial, la pena tiene como fin separar al infractor de la sociedad y lograr su readaptación a través del trabajo y la capacitación para el mismo. Recordemos que detrás de una decisión de incriminación está un deseo de limitar la aparición de dicha conducta. Solamente que en caso de un enfermo de SIDA es difícil pensar en él como un sujeto viable para la readaptación por medio de la pena.

Es necesario tener un tipo penal que sancione a todo individuo portador del VIH previamente advertido de las conductas que se han considerado que pueden propagar el virus, y que ha ignorado dichas advertencias. Que además de cumplir con la función preventivo-general, cumpla con la preventivo-especial. Aparentemente lo más conveniente es hacer uso de las medidas de seguridad, y en este caso indeterminadas por no saber el tiempo que se requiere tener aislado de la comunidad al enfermo que no ha podido comportarse de acuerdo a su condición de contagioso. Un tipo que cumpla con ambas funciones: separarlo de la comunidad para que no continúe infectando, y someterlo a tratamiento médico, brindándole los servicios y cuidados que de manera especial se requieren en cada una de las etapas de esta enfermedad.



Se pretende un tipo sencillo, en que se atienda preferentemente a la realidad del delincuente, a la realidad del delito y a la realidad de sus repercusiones antisociales.

No parecen ser las cárceles el lugar indicado para un portador del VIH, ya que además de la carencia de atención médica, es de todos conocido el problema sexual de las prisiones, y ha llegado a estimarse que el homosexualismo excede el ochenta por ciento de la población penal. La propagación de enfermedades venéreas aparece como inmediata consecuencia de lo anterior, y aunque se supone que quien es detectado, es separado del grupo y recluido en la enfermería hasta su curación, en pocas ocasiones esto se lleva a cabo en forma satisfactoria. En las condiciones actuales de la administración de reclusorios, no se cuenta con la posibilidad de dar atención médica adecuada a estos enfermos, y al negárselas se estaría violando el artículo 19 de la Constitución que prohíbe cualquier maltrato en las prisiones.

La presencia de internos portadores del virus o enfermos en un reclusorio preventivo o en la prisión, parece ser lo más eficaz para en un tiempo muy corto tener a toda la población penitenciaria infectada, y no se mantendrá sólo ahí dentro, ya que muy probablemente pasarán el padecimiento a la gente externa que acude a dichos centros a realizar visita íntima. Sin olvidar que en el centro de readaptación femenil, las internas mantienen a sus hijos los primeros seis años de vida.

El tipo penal que se propone para quienes contagien o pongan en peligro de contagio a otra persona del VIH o SIDA es el siguiente:

"Al que siendo portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por cualquier medio ponga en peligro de contagio a otro, violando un deber de cuidado, será sancionado con multa de 200 doscientos a 500 quinientos días de salario mínimo vigente en el

lugar en que se cometió el delito y reclusión en el establecimiento adecuado, hasta obtener su curación.

La multa será de 600 seiscientas a 1500 mil quinientos días de salario mínimo vigente en el lugar en que se cometió el delito, si el contagio se lleva a cabo."

Es un tipo de peligro porque ya hemos dicho que no siempre el daño se causa de forma inmediata. En cuanto a la reclusión hasta obtener su curación, permite que el plazo sea tan largo como el desarrollo de la enfermedad. La exigencia de que el sujeto viole un deber de cuidado, lleva a que sólo serán sujetos activos quienes sean portadores y además tengan conocimiento de ello. Como hablamos antes de portadores del virus asintomáticos, no se puede presumir que el agente sabía que era portador del mal. Lo mejor es conseguir que por convencimiento propio la gente acuda a hacerse un examen (del que se lleva un registro) y si obtuvo resultado positivo, el médico le informe los comportamientos que le están restringidos, y los riesgos que corre tanto él como sus seres queridos, de ignorar dichas recomendaciones. Para eso se necesitará reformar el artículo 137 de la Ley General de Salud.

No es este un tipo culposo, porque al ignorar el sujeto los cuidados que debe tener en su conducta, está demostrando un comportamiento doloso.

Por último, cabe decir que la figura de la persona afectada por el VIH o el SIDA debe contemplarse con lástima, ante la cual debemos reaccionar de una manera especial, con una mayor dosis de cautela, justicia y humanismo; sobre todo para la aplicación de la pena tengamos en cuenta que independientemente del castigo que la justicia humana les imponga a estos "sembradores de la muerte" la vida les ha cobrado un doble tributo pues a los padecimientos de su enfermedad han de sumar el dolor de la marginación...

## BIBLIOGRAFIA

### AIDS, AN LEGAL PATERNALISM

David Conway  
Social Theory and Practice  
Tallahsse, Fla, Vol. 33 No.13, Fall, 1987

### APUNTAMIENTOS DE LA PARTE GENERAL DE DERECHO PENAL

Celestino Porte Petit Candaudap  
Editorial Porrúa  
12 Edición  
Mexico, 1989

### CUADERNOS DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS UNAM

Año IV No. 12 Septiembre-Diciembre 1989

### DATOS SOBRE EL SIDA

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
E.U.A., 1987

### DELITOS SEXUALES

Marcela Martínez Roaro  
Editorial Porrúa  
4 Edición  
Mexico, 1991

### DERECHO PENAL MEXICANO

#### DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL

Raúl F. Cardenas  
Editorial Porrúa  
3 Edición  
Mexico 1982

### DICCIONARIO DE DERECHO

Rafael de Pina  
Rafael de Pina Vara  
Editorial Porrúa  
16 Edición  
Mexico 1989

**DOGMATICA SOBRE LOS DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA SALUD PERSONAL.**

Celestino Porte Petit

Editorial Porrúa

7 Edición

México, 1982

**EL CODIGO PENAL COMENTADO**

Francisco González de la Vega

Editorial Porrúa

9 Edición

México 1989

**EL DELITO DE CONTAGIO VENEREO**

Luis Jiménez de Asúa

Revista Criminalia

México XII, No. 4, Abril 1946

**EL HOMICIDIO**

Cesar Augusto Osorio y Nieto

Editorial Porrúa

1 Edición

México 1991

**EL PROCEDIMIENTO PENAL**

Manuel Rivera Silva

Editorial Porrúa

19 Edición

México 1990

**EL PROBLEMA DEL SIDA**

Giacomo Perico

Revista Mensaje

Santiago de Chile, No. 363, Octubre, 1987

**EL SIDA: MEDICINA Y ETICA**

Ignacio Alberola, Juan Moya

Libros MC

Editorial Palabra

1 edición

España 1991

ENTENDIENDO EL SIDA (AIDS)  
Surgeon General and Centers for Disease Control  
U.S. Department of Health & Human Services  
U.S.A., 1987

#### GARANTIAS INDIVIDUALES

Burgoa, Ignacio  
Editorial Porrúa.  
México, 1975.

#### GARANTIAS Y AMPARO

Juventino V. Castro  
Editorial Porrúa  
Sexta Edición  
México, 1989

#### GUIA PARA LA PREVENCION DEL SIDA PARA LOS PADRES Y ADULTOS PREOCUPADOS POR LA JUVENTUD

América Responde al SIDA  
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Servicio de Salud Pública, Centros para el Control de las  
Enfermedades  
E.U.A., 1987

#### INFORME DEL JEFE DEL SERVICIO DE SALUD PUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS SOBRE EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Servicio de la Salud Pública de los Estados Unidos  
E.U.A., 1987

#### LIABILITY IN TORT FOR THE SEXUAL TRANSMISSION OF DISEASE: GENITAL HERPES & THE LAW.

Alexander, Louis A.  
Cornell Law Review  
New York, vol. 70, No. 1  
November 1984

#### MEDICINA FORENSE

Francisco Javier Tello Flores  
Editorial Harla  
1 Edición  
Mexico 1991

## MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica  
Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina  
Universidad Anahuac  
Volumen II No. 3 y 4  
México, 1991

## PERFILES DEL PROGRAMA DE GOBIERNO 1988-1994

Carlos Salinas de Gortari  
IEPES-PRI, 1988

## PENOLOGIA

### ESTUDIO DE LAS DIVERSAS PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

Ramírez Delgado, Juan Manuel  
Editorial Porrúa, S.A.  
Primera Edición  
México, 1995.

## PÚBLICO

Martes 4 de noviembre de 1997.  
Año I, número 58.  
Página 3.

## PSICOLOGIA CRIMINAL

Hilda Marchiori  
Editorial Porrúa  
6 Edición  
Mexico 1989

## TEORIA DEL DELITO

López Betancourt, Eduardo  
Editorial Porrúa, S.A.  
Primera Edición.  
México, 1994.

## TEORIA LEGALISTA DEL DELITO

Mancilla Ovando, Jorge Alberto  
Editorial Porrúa, S.A.  
Segunda Edición  
México, 1994.

RESPONSABILIDAD CIVIL EN LOS CASOS DE HEPATITIS SECUNDARIA A  
TRANSFUSIONES DE SANGRE

Robles Rosario, José

Revista Jurídica de la Universidad de Puerto Rico

San Juan de Puerto Rico, 1977, vol. XLVI, No.1 y 2

SIDA

Dr. Victor G. Daniels

Editorial El Manual Moderno

2 Edicion

Mexico 1992

SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO

Jaime Sepulveda Amor et al

Biblioteca de la Salud

Fondo de Cultura Economica

1 edicion

Mexico 1989

SIDA, DEL DRAMA A LA ESPERANZA

EL ROSTRO HUMANO DETRAS DE LA ENFERMEDAD

Pilar Ron

Ciudad Nueva

SIDA. LA EPIDEMIA QUE A TODOS AFECTA

Dr. Gustavo Olaiz

Editorial Diana

1 Edicion

Mexico 1988

*Servitesis*

OTRA OPCION PARA SU TESIS

**615-18-61**

AV. MEXICO 2210

(CASI ESQUINA CON AMERICAS)