

# Capítulo 3

---

## **El derecho a la salud de las personas que viven con VIH: estudio comparativo entre México y Francia**

*Carlos Yeudiel Puebla Rodríguez<sup>1</sup>*

SUMARIO: I. Introducción; II. Antecedentes sobre el VIH/SIDA; III. La comparación jurídica y el Derecho a la salud; IV. Marco jurídico del Derecho a la salud; V. Protección jurídica del derecho a la salud en personas con VIH/SIDA; 5.1 Marco jurídico en México; 5.2 Marco jurídico en Francia; VI. Críticas y apreciaciones; VII. Conclusiones; VIII. Lista de fuentes.

<https://doi.org/10.61728/AE20250058>



---

<sup>1</sup> Licenciado en Derecho por la Universidad Veracruzana, profesor universitario y traductor.

## I. Introducción

El derecho a la salud de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un tema de creciente relevancia a nivel mundial y en México. Desde la aparición de la epidemia en los años ochenta, la respuesta internacional y nacional ha sido una combinación de esfuerzos dirigidos tanto a frenar la transmisión del virus como a proteger los derechos de quienes viven con esta condición. Sin embargo, a pesar de los avances en la prevención y tratamiento, persisten desafíos legales y sociales, especialmente en términos de la discriminación y el estigma asociados con el VIH.

En este trabajo se realiza un análisis comparativo de los marcos jurídicos del derecho a la salud de las personas que viven con VIH en México y Francia. La investigación se desprende de la tesis realizada en la Licenciatura en Derecho, del Sistema de Educación Abierta de la Universidad Veracruzana. En cuanto al contenido, la comparación se centra en la efectividad de las leyes, políticas públicas y mecanismos de protección de los Derechos Humanos en ambos países, considerando que el acceso a tratamientos como la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y la atención médica integral sigue siendo desigual entre distintas naciones. Además, se examina cómo las estructuras jurídicas y sociales influyen en la protección y calidad de vida de quienes viven con VIH.

La importancia de este análisis radica en la necesidad de identificar posibles áreas de mejora en la legislación mexicana a partir de la experiencia francesa. La adopción de medidas preventivas más accesibles, una mayor inclusión de los grupos vulnerables y una reducción del estigma asociado al virus son algunos de los aspectos que pueden ser promovidos mediante reformas legales y políticas públicas más inclusivas y protectoras de los Derechos Humanos. Este estudio también se inscribe en la creciente necesidad de fortalecer los mecanismos de protección frente a la discriminación, uno de los principales obstáculos para el ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas que viven con VIH.

Este trabajo busca, a través del método del Derecho comparado, proponer recomendaciones para mejorar la situación legal en México y proporcionar un panorama más completo sobre las formas en que ambos países abordan el VIH desde una perspectiva legal y de derechos humanos.

## **II. Antecedentes sobre el VIH/SIDA**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es un tema que ha marcado la historia contemporánea desde su descubrimiento a principios de los años ochenta. La epidemia fue reconocida por primera vez el 5 de junio de 1981, cuando el Centro Nacional de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) reportó cinco casos de hombres homosexuales sanos que presentaban una serie de infecciones oportunistas inusuales. Estos casos iniciales marcaron el comienzo de la identificación de lo que posteriormente se denominaría VIH/SIDA (Beyrer, 2021).

Al principio, la enfermedad fue vinculada de manera estigmatizante a la comunidad homosexual, y se la llegó a conocer popularmente como “cáncer gay” o “enfermedad de los homosexuales.” Estas denominaciones no solo reflejaban la falta de comprensión científica, sino también el profundo estigma social y discriminación que envolvieron la emergencia del virus, afectando la respuesta pública y médica en sus primeros años (ONUSIDA, 2015).

El VIH es un retrovirus que ataca las células CD4 del sistema inmunológico, debilitándolo progresivamente y haciéndolo incapaz de combatir infecciones y enfermedades oportunistas que, en personas sanas, serían fácilmente controladas. Este deterioro inmunológico lleva al desarrollo del SIDA, la fase avanzada de la infección por VIH. A pesar de que el VIH no tiene cura, los avances médicos recientes han permitido que las personas que viven con el virus mantengan una carga viral indetectable mediante tratamiento antirretroviral (Lamotte, 2014). Esto no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también reduce significativamente el riesgo de transmisión del virus.

La transmisión del VIH ocurre por medio de fluidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Las principales vías de contagio incluyen las relaciones sexuales sin protección,

el uso de agujas contaminadas y la transmisión perinatal de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (NOM-010-SSA2-2010). Es crucial destacar que el virus no se transmite a través de saliva, sudor o lágrimas, lo que desmonta mitos populares y ayuda a combatir el estigma que aún rodea la enfermedad (Ávila Ríos, 2011).

A lo largo de los años, la respuesta internacional ante la epidemia ha sido marcada por notables avances científicos, desde la secuenciación del genoma del virus hasta la creación de tratamientos antirretrovirales efectivos. No obstante, la pandemia sigue siendo una amenaza para la salud global, especialmente en regiones como África y América Latina, donde la pobreza y la desigualdad continúan siendo factores clave en la propagación del virus (OMS, 2003).

Anteriormente, se mencionó que el VIH y el SIDA han tenido un impacto considerable en la salud pública mundial desde su identificación en los años 80. En México, el primer caso de SIDA se reportó en 1983, marcando el inicio de la lucha del país contra esta epidemia. Desde entonces, las cifras han aumentado de manera significativa: hasta el 30 de septiembre de 2014, se registraron 223 995 personas viviendo con VIH o SIDA en México, de las cuales solo 116 936 seguían vivas, 94 812 habían fallecido, y aproximadamente 12 247 desconocían su estado serológico (CENSIDA, 2014). Estas cifras reflejan la necesidad constante de mejorar los sistemas de detección y tratamiento para frenar el avance del virus.

México enfrenta una “epidemia concentrada”, término utilizado por ONUSIDA para describir la situación en la que la prevalencia de la infección es mayor en ciertas poblaciones clave, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, y las personas transgénero (ONUSIDA, 2014). De acuerdo con CENSIDA, en 2013, entre 140 000 y 230 000 personas vivían con VIH en México, con una prevalencia del 0.2 % en la población mayor de 15 años, lo que representa una baja prevalencia que se estabilizó durante la década de 2003 a 2013 (CENSIDA, 2014).

En cuanto a las vías de transmisión, el 95.1 % de los casos se debieron a relaciones sexuales no protegidas, mientras que un 2.9 % se produjeron por vía sanguínea y un 2 % por transmisión perinatal (CENSIDA, 2014). Estos datos subrayan la importancia de intensificar las campañas

de prevención centradas en la promoción del uso de preservativos y en la educación sexual integral. Sin embargo, los desafíos persisten, como el acceso desigual a los tratamientos antirretrovirales (ARV), lo que ha llevado a un aumento del 10 % en los casos en solo dos años, como resultado del desabasto de estos medicamentos y la reducción en la detección oportuna del VIH en poblaciones clave (Bravo García & Ortiz Pérez, 2021).

Por otro lado, los datos más recientes de la Secretaría de Salud indican que, entre 1984 y 2020, un total de 315,177 personas vivían con VIH en México, siendo los hombres los más afectados, representando el 81.2 % de los casos. De este total, el 34.9 % (110,009) de las personas fallecieron, y se desconoce si el 5.13 % (16,163) siguen con vida (Dirección General de Epidemiología, 2020). Además, entre 2019 y 2020, el número de nuevos casos diagnosticados continuó en aumento, lo que refuerza la necesidad de redoblar esfuerzos en la detección y tratamiento del virus.

Estos antecedentes nos permiten entender el contexto en el que se desarrolla la respuesta de México frente al VIH/SIDA, que ha logrado avances significativos, como la introducción del acceso universal a los ARV para personas sin seguridad social desde 2003 (CENSIDA, 2014). Sin embargo, también evidencian la necesidad de continuar reforzando las estrategias de prevención, detección y tratamiento, así como garantizar el respeto al derecho a la salud para todas las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad.

En cualquier caso, el tratamiento antirretroviral se compone de una triada de medicamentos llamada “terapia antirretroviral sumamente activa”. Si un cuarto medicamento es necesario, se le llama “megaterapia antirretroviral”. Actualmente, este tratamiento se puede seguir con el consumo de una sola pastilla diaria. De acuerdo con cifras de la propia Secretaría de Salud, el Estado mexicano paga un promedio de \$44 997 por cada tratamiento antirretroviral (CENSIDA, 2013). Sin embargo, el grado de adherencia al tratamiento es responsabilidad del paciente para alcanzar niveles indetectables y detener el avance del virus. Los medicamentos de cualquier terapia pertenecen a uno de los grupos que aparecen en la Tabla 1, de acuerdo con la parte del proceso de replicación que atacan o su sitio de acción:

| <b>Tabla 1.</b><br><i>Tipos de medicamentos de la terapia antirretroviral</i> |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de medicamento                                                           | Subclasificación                                         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Inhibidores de la enzima retrotranscriptasa                                   | Nucleósidos análogos y mecanismo de acción en general    | Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, con lo cual logran detener su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. Para cada fármaco se conoce que base nitrogenada se fosforila y se bloquea.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               | Nucleótidos análogos                                     | Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, de manera logran detener así su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus.<br>El medicamento utilizado es el tenofovir (Viread), el cual se presenta en tabletas de 300 mg y se administra una diaria. Entre los efectos secundarios que ocasiona figuran: insuficiencia renal, síndrome de Fanconi y osteomalacia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                               | Nucleósidos no análogos y mecanismo de acción en general | Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa en la célula infectada y detienen la replicación del VIH en el material genético de la célula.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Inhibidores de las proteasas y mecanismo de acción en general                 |                                                          | Interfieren el ciclo del VIH e impiden su replicación, a la vez que actúan en la última etapa de la replicación del virus, bloquean las enzimas proteasas e impiden a este fraccionarse en pedazos más cortos, ensamblarse y abandonar la célula infectada.<br>Estos son los únicos grupos de medicamentos con los que se puede realizar el efecto de <i>booster</i> o refuerzo. Para ello el ritonavir es el más utilizado para lograr dicho efecto y tiene la ventaja de que cuando se emplea de esta forma, las dosis de las combinaciones son menores y es más potente el efecto terapéutico para lograr una mayor supresión de la replicación viral y las reacciones adversas son menos frecuentes.<br>Todos producen el síndrome de la lipodistrofia, caracterizado por desgaste de las extremidades, pérdida de la grasa de la cara joroba de búfalo, piel más fina, fatiga, disminución de la libido, hipertensión arterial, hiperglucemia y elevación del colesterol, entre otros.<br>Actualmente, muchos de estos medicamentos que pertenecen al grupo de los inhibidores sólo se recomiendan en forma de booster. |

Fuente: Lamotte, Infección por VIH/sida en el mundo actual, 2014

Los avances médicos en el tratamiento del VIH han transformado radicalmente la calidad de vida de las personas que viven con el virus, destacando particularmente el concepto de *indetectabilidad* y la introducción de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) como herramientas clave en la prevención de la transmisión del VIH.

La indetectabilidad se refiere a la condición en la que una persona, gracias a la terapia antirretroviral (TAR), logra que la cantidad de virus en su organismo sea tan baja que no puede detectarse en pruebas clínicas estándar. Según ONUSIDA (2018), las personas con una carga viral indetectable “tienen un riesgo insignificante de transmitir el virus mediante el intercambio sexual.” Esto ha cambiado drásticamente la percepción sobre la vida con VIH, ya que permite a quienes mantienen un tratamiento constante reducir la posibilidad de transmisión a prácticamente cero.

Este avance se basa en el principio de que el tratamiento antirretroviral adecuado puede reducir la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, permitiendo que el sistema inmunitario comience a recuperarse. ONUSIDA (2018) explica que, con el tiempo, la adherencia al tratamiento y el monitoreo regular son fundamentales para mantener la salud de los pacientes y evitar la transmisión del virus.

Otro hito significativo en la prevención del VIH es la PrEP. Este tratamiento, aprobado recientemente en México en diciembre de 2020, ha demostrado ser altamente efectivo para evitar la transmisión del virus en personas con alto riesgo de exposición. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2021a), la PrEP “protege a las poblaciones en mayor riesgo de adquirirla y evita altos costos económicos y humanos a la sociedad.” Los medicamentos Tenofovir y Emtricitabina, administrados en combinación con el uso de preservativo, han mostrado resultados sobresalientes en la prevención del VIH.

A nivel internacional, la PrEP ha sido adoptada con éxito en países como Francia, donde se ha logrado una importante reducción de los casos de transmisión del VIH. En París, el programa *Prévenir* evaluó la eficacia de la PrEP, basándose en resultados obtenidos en San Francisco y el Reino Unido, donde se observó una disminución significativa de nuevas infecciones (AIDES, 2021). Estos logros han llevado a la expansión del acceso a la PrEP, facilitando su prescripción por médicos generales desde 2021 en Francia, según el Ministerio de Salud y Solidaridades (2020).

Aunque estos avances han tenido un impacto positivo en la lucha contra el VIH, aún quedan desafíos. ONUSIDA (2018) señala que un porcentaje considerable de las nuevas transmisiones proviene de personas que no conocen su estado serológico o que no han logrado la supresión viral. Esto subraya la importancia de continuar fortaleciendo los esfuerzos de prevención y tratamiento para alcanzar los objetivos globales de eliminación de la epidemia del SIDA para 2030.

### **III. La comparación jurídica y el derecho a la salud**

La comparación jurídica, en el contexto de la salud, se convierte en una herramienta esencial para entender cómo diferentes sistemas legales abordan el derecho a la salud. Este proceso se fundamenta en la teoría del Derecho Comparado, que permite examinar y contrastar las leyes y prácticas de distintos países, enriqueciendo así el entendimiento de las normativas en un ámbito específico. Según Díaz de León y De León (2014), el Derecho comparado surge como un método que facilita la interacción entre diversas disciplinas y ramas del Derecho, incluyendo tanto el Derecho Público como el Privado. Esta interacción es crucial, ya que permite no solo el análisis de las similitudes y diferencias entre sistemas, sino también la identificación de las mejores prácticas que podrían ser adoptadas en otros contextos.

En la definición del Derecho Comparado, Lucio Pegoraro (2001) destaca que se debe considerar como un método utilizado para estudiar diversas ramas del Derecho. En este sentido, el enfoque de la comparación jurídica en el ámbito de la salud permite una visión más amplia de las regulaciones existentes en diferentes sistemas. Tal como señala Tamayo (2007), este método implica una descripción detallada de las instituciones y ordenamientos jurídicos que se desean comparar, con el objetivo de entender cómo cada sistema aborda el derecho a la salud y sus implicaciones para la protección de los individuos. A través de este proceso comparativo, se hace evidente que las leyes no surgen en el vacío; están influenciadas por contextos sociales, históricos y culturales que les dan forma.

El derecho a la salud es considerado un derecho fundamental y ha sido consagrado en varios tratados internacionales, así como en las cons-



tuciones de numerosos países. Sin embargo, el alcance y la efectividad de este derecho varían considerablemente de un país a otro. Al respecto, Figueroa (2013) distingue entre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, argumentando que el primero puede ser problemático en su interpretación, dado que implica una garantía de estado que no siempre es realizable. Esta distinción es crucial para entender las limitaciones que enfrentan los individuos en su búsqueda de atención médica adecuada, así como la responsabilidad del Estado en proporcionar los recursos necesarios para garantizar dicho derecho.

En este marco, el Derecho a la Salud se debe entender como un meta-modelo doctrinal que proporciona un contexto común para la comparación de normas e instituciones en diferentes sistemas. Tal como indica Tamayo (2007), para que dos leyes o instituciones sean comparables, deben ser consideradas como entidades de una misma clase. Esto implica que, al examinar los marcos legales de México y Francia, es fundamental identificar los conceptos y principios que subyacen en el derecho a la salud en ambos países. La atención integral, la no discriminación y la igualdad en el acceso a servicios de salud son solo algunos de los elementos que deben ser analizados y contrastados.

La salud, definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, es un concepto que ha evolucionado con el tiempo, pasando de un enfoque meramente médico-biológico a uno más integral y multidimensional (Frutos y Royo, 2006). Esta evolución en la conceptualización de la salud debe reflejarse en las normativas legales que la regulan. Por lo tanto, al aplicar el método comparativo, se pueden identificar no solo las diferencias y similitudes entre los marcos legales, sino también las implicaciones prácticas de estas normativas en la vida de las personas.

No obstante, es crucial reconocer que, a pesar de los avances en el reconocimiento del derecho a la salud, persisten desigualdades significativas en su acceso. Prosalus et al. (2014) subrayan que estas desigualdades son inaceptables, injustas y evitables, y están profundamente arraigadas en la distribución desigual de recursos y condiciones de vida. Este contexto resalta la importancia de realizar comparaciones jurídicas que no solo se centren en los textos legales, sino que también consideren los

aspectos sociales y económicos que afectan el ejercicio del derecho a la salud en la práctica.

Finalmente vale la pena citar las palabras de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) acerca de la importancia del derecho a la protección de la salud, pues aborda el principio de interdependencia de este, respecto de otros fundamentales:

La protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud. No se trata solo del derecho a estar sano, ya que esto entraña dos dimensiones. En la primera hay un cúmulo de libertades, como el control de la salud, y la libertad sexual y genésica; por otro lado está el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud. (CNDH, 2018, p. 129)

#### **IV. Marco jurídico del derecho a la salud**

El derecho a la salud está ampliamente reconocido en los sistemas jurídicos de México y Francia, aunque con diferencias notables en su estructura y aplicación. Ambos países han adoptado instrumentos internacionales que garantizan este derecho fundamental, pero su implementación a nivel nacional responde a las particularidades de sus sistemas políticos y legales. En este apartado, analizamos el marco jurídico que sostiene el derecho a la salud en México y Francia, comenzando por sus sistemas y regímenes políticos, y los instrumentos jurídicos relevantes que protegen este derecho.

Guerrero (1999) hace una comparación detallada entre los sistemas y regímenes políticos de México y Francia, aclarando primero los conceptos de “sistema político” y “régimen político”, siguiendo la recomendación de Tamayo (2007) de definir estos términos antes de profundizar en sus diferencias. El sistema político se refiere al conjunto de instituciones que configuran el Estado, como república o monarquía, y su estructura puede

ser presidencialista, parlamentaria o semipresidencial (Guerrero, 1999, pp. 787-788). En cambio, el régimen político abarca las reglas del juego institucional, tanto las disposiciones legales como las normas consuetudinarias que no están formalmente escritas (Guerrero, 1999, p. 788).

En el caso de México, se observa una estructura federal presidencialista, en la que los 32 estados que conforman la nación tienen cierta autonomía política y fiscal. El Poder Ejecutivo, liderado por el Presidente de la República, es responsable de la administración pública y, en particular, de las políticas de salud a través de la Secretaría de Salud, como lo estipula el Artículo 90 de la Constitución Política. En Francia, por el contrario, se tiene un régimen semipresidencialista con un sistema político más centralizado, en el cual el Ministerio de Solidaridades y de la Salud gestiona las políticas sanitarias a nivel nacional, siguiendo las directrices del Presidente de la República y el Primer Ministro (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

Aunque ambos países han influido mutuamente en la configuración de sus marcos jurídicos, como señala Guerrero (1999, pp. 806-807), la aplicación de las leyes relacionadas con el derecho a la salud presenta diferencias significativas.

Con la reforma constitucional de 2011, los instrumentos internacionales de los cuales México hace parte y se ha ratificado lograron el mismo rango que la Constitución Política, siempre que traten de asuntos de Derechos Humanos. Por lo tanto, antes de abordar las bases constitucionales y las leyes que corresponden al tema de salud, vale la pena ocuparse de los instrumentos internacionales de la materia que han sido suscritos por México.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1946 establece en su Artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

En 1948, México firmó y ratificó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en cuyo texto se lee que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia

médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Artículo XI).

Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, instrumento que da por inaugurados los Derechos Humanos de segunda generación (Vasak y Alston, 1984), estipula que “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Otros instrumentos internacionales que tocan el tema del acceso a la salud y de la protección del derecho a la salud se presentan a continuación:

| <b>Tabla 2.</b><br><i>Instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud y su protección</i> |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del instrumento                                                                             | Año  | Texto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Convención sobre los Derechos del Niño                                                             | 1990 | “El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (Artículo 24)                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos                                                | 1981 | “La salud y moral pública como limitación bajo condiciones de los derechos:<br>a circular libremente por él (Estado) y a escoger libremente en él su residencia (art. 12)<br>a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art.18)<br>a la libertad de expresión (art. 19) - de reunión pacífica (art. 21)<br>a asociarse libremente con otras (art.22)”<br>(Salud pública, artículos 12, 18, 19, 21 y 22) |
| Pacto de San José (Convención Americana sobre Derechos Humanos)                                    | 1969 | “La salud y moral pública como limitación bajo condiciones a los derechos civiles y políticos” (Artículos 12, 13, 15 y 16)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| <b>Tabla 2.</b><br><i>Instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud y su protección</i>                                                        |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del instrumento                                                                                                                                    | Año  | Texto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) | 1988 | “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; por lo que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometieron a reconocer la salud como un bien público y a adoptar medidas tendientes a garantizar este derecho” (Artículo 10)                                                               |
| Constitución de la Organización Mundial de la Salud                                                                                                       | 1946 | “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos (...)” |
| Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias                                                                                        | 1995 | Regula las medidas sanitarias y fitosanitarias (‘MSF’) destinadas a proteger la vida o la salud humana, animal o vegetal de ciertos riesgos. Fue negociado durante la Ronda Uruguay del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), y entró en vigor con el establecimiento de la OMC a principios de 1995.                                                                                  |
| Convención Internacional de Protección Fitosanitaria                                                                                                      | 1951 | Tiene como objetivo garantizar una acción coordinada y efectiva para prevenir y controlar la introducción y propagación de plagas de plantas y productos vegetales. Se extiende más allá de la protección de las plantas cultivadas a la protección de la flora natural y los productos vegetales. También tiene en cuenta los daños directos e indirectos de las plagas, por lo que incluye las malezas.     |

| <b>Tabla 2.</b><br><i>Instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud y su protección</i> |      |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del instrumento                                                                             | Año  | Texto                                                                                                                                                                                         |
| Convenio de Estocolmo sobre los contaminantes orgánicos persistentes                               | 2001 | Regula doce productos químicos incluyendo productos producidos intencionadamente, tales como: pesticidas, PCB; dioxinas y furanos. Actualmente hay 184 países que han ratificado el convenio. |

*Nota:* Tomada y modificada a partir del documento *Derecho humano a la protección a la salud. Breve guía para pacientes con VIH/SIDA y/o Hepatitis C* (sin fecha) de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Fundación Civitas Firma.

Francia ha suscrito, por su parte, los siguientes pactos y convenciones por estar en el continente europeo:

- a) La Convención Europea de Derechos Humanos (1950);
- b) El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (1997);
- c) Los Planes de Acción contra el VIH/SIDA en la UE y los países vecinos (2009-2013 y 2014-2016); y
- d) El Documento de Trabajo de la Comisión Europea sobre el Combate del VIH/SIDA, hepatitis virales y tuberculosis en la Unión Europea (2005).

## **V. Protección jurídica del derecho a la salud en personas con VIH/SIDA**

### **5.1 Marco jurídico en México**

El derecho a la salud es un concepto que ha evolucionado significativamente en diferentes contextos jurídicos y sociales. En el caso de México, la protección del derecho a la salud tiene sus raíces en la Constitución de 1917, que inicialmente lo vinculó a las prestaciones de seguridad social de los trabajadores. Según Elizondo (2007), esta primera concepción significaba

que el derecho a la salud no era universal, sino que estaba restringido a los trabajadores y sus familias, tal como se refleja en el Título VI “Del trabajo y de la previsión social” de la Fracción XXIX, Apartado A, del Artículo 123 constitucional y en la Ley del Seguro Social de 1943.

Con el paso del tiempo, el marco legal mexicano ha ampliado la protección del derecho a la salud. En 1983, se incorporó el concepto de “protección de la salud” en el Artículo 4 de la Constitución, junto a otros derechos fundamentales como el derecho al trabajo y a una profesión libre y lícita. En este contexto, Elizondo destaca que “en el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos” (Elizondo, 2007, p. 147). Posteriormente, en 2003, se realizaron reformas que llevaron a una mayor universalidad y obligatoriedad del acceso a servicios de salud, aunque se señala que “definir derechos no los garantiza” (Elizondo, 2007, p. 147).

En la actualidad, la estructura del sistema de salud en México está encabezada por la Secretaría de Salud y las Secretarías de Salud de los estados, organizadas bajo el Sistema Nacional de Salud. Este sistema incluye tanto a entidades de la administración pública federal como local, así como a instituciones del sector social y privado que ofrecen servicios de salud. El objetivo principal de este sistema es garantizar la protección del derecho a la salud para todos los ciudadanos, tal como se estipula en el Artículo 5 de la Ley General de Salud (LGS).

Es relevante destacar que, en la lucha por la equidad en el acceso a servicios de salud, se han implementado protocolos específicos para la atención de poblaciones vulnerables, como las personas que viven con VIH. El Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica establece lineamientos para la promoción del uso de métodos de prevención y el acceso a pruebas diagnósticas, entre otras medidas (Secretaría de Salud, 2020).

La Ley General de Salud, en su Artículo 25, establece que se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, priorizando a los grupos más vulnerables. En este sentido, se definen varios tipos de atención médica: preventiva, curativa y de rehabilitación.

La LGS también reconoce varios derechos de los usuarios de servicios de salud, incluyendo el derecho a recibir atención oportuna y de calidad, y a ser tratados con dignidad y respeto (Artículos 51 y 77, BIS 36, LGS, 2021). Este marco normativo se complementa con regulaciones específicas que enfatizan la importancia de una atención médica ética y responsable, así como el derecho a la información clara sobre diagnósticos y tratamientos (Artículos 29 y 30, RLGS).

A diferencia de México, Francia ha establecido un enfoque más universal y estructurado en la protección del derecho a la salud. El sistema de salud francés se basa en principios de acceso universal y cobertura total, lo que significa que todos los ciudadanos tienen derecho a recibir atención médica sin discriminación y sin importar su capacidad de pago. Esto se refleja en la Constitución de la República Francesa, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental.

El modelo francés se caracteriza por una combinación de financiamiento público y privado, lo que permite una amplia cobertura y acceso a servicios de salud. A través de la Seguridad Social, se garantiza que todos los ciudadanos tengan acceso a cuidados médicos, tratamientos y medicamentos esenciales. Además, las políticas públicas en Francia fomentan la prevención y promoción de la salud, enfatizando la importancia de la educación y la información para la población.

Así, mientras que el marco jurídico en México ha evolucionado hacia un reconocimiento más amplio del derecho a la salud, todavía enfrenta desafíos en términos de acceso equitativo y de calidad. Por otro lado, Francia ha establecido un sistema más integral y accesible, aunque también enfrenta sus propias dificultades, como la gestión de recursos y la sostenibilidad del sistema de salud. Este contraste en la visión del derecho a la salud en ambos países resalta la necesidad de continuar trabajando hacia un enfoque que garantice el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas.

En el contexto mexicano, el derecho a la salud se encuentra fundamentado en el Artículo 4º de la Constitución, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Este principio se desarrolla en diversas normativas, entre ellas la Ley General del Seguro Social (LGSS) y la Ley General del ISSSTE (LGISSSTE). La LGSS, en su Artículo 2,



señala que “La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”. Esta disposición establece una clara responsabilidad del Estado y de las instituciones de seguridad social para ofrecer asistencia médica y garantizar el acceso a tratamientos necesarios para los asegurados.

En este sentido, para las personas que viven con VIH, la LGSS estipula en los Artículos 91 y 92 que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proporcionará “la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento”, con la posibilidad de extender este período si así lo dictamina un médico. Este marco normativo no solo establece un compromiso de atención médica, sino que también incorpora un enfoque preventivo, como se menciona en el Artículo 110, donde se indica que “los servicios de medicina preventiva del Instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad”.

Por su parte, la Ley General del ISSSTE refuerza este compromiso, señalando en su Artículo 23 que los servicios de salud para los trabajadores del Estado y pensionistas incluyen atención “de diagnóstico, odontológica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación”. Además, en el Artículo 30, se establece que el ISSSTE proporcionará servicios preventivos para “preservar y mantener la salud de los trabajadores, pensionistas y sus familiares”.

Es importante destacar que el IMSS ha jugado un papel pionero en la atención a la pandemia de VIH, siendo la primera institución en el país en atender casos de esta enfermedad desde 1983 y en proporcionar medicamentos antirretrovirales a partir de 1992. Su compromiso ha resultado en que más del 90 % de los pacientes multitratados logren tener una carga viral indetectable, un resultado comparable a los mejores centros hospitalarios del mundo (IMSS, 2021b).

Si se continúa con el nivel nacional, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), promulgada en 2003 y reformada en 2018, tiene como objetivo prevenir y erradicar cualquier forma de discriminación en México. Esta ley se basa en el Artículo 1 de la Consti-

tución, que garantiza el derecho a la igualdad y la no discriminación. En su artículo 1, la LFPED define la discriminación como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los Derechos Humanos”.

La LFPED también establece la creación de un Consejo y un Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación, siendo fundamental en la promoción de la igualdad de oportunidades y el trato equitativo, especialmente para las personas que viven con VIH/SIDA. Este marco legal no solo busca proteger a las personas de discriminación, sino que también proporciona un mecanismo para combatir prácticas que socavan los derechos de grupos vulnerables, contribuyendo así a la visión más amplia del derecho a la salud en México, que integra no solo el acceso a servicios médicos, sino también el respeto por la dignidad y los Derechos Humanos de todos los ciudadanos.

También a nivel nacional, el marco legal contempla diversas disposiciones que buscan proteger el derecho a la salud y prevenir la discriminación, especialmente en el contexto de las personas que viven con VIH. En este sentido, el Artículo 149 Ter del Código Penal Federal establece sanciones para aquellos actos que atenten contra la dignidad humana, específicamente en lo que respecta a la negación de servicios de salud. Este artículo señala que se impondrá una pena de prisión de entre uno y tres años a quienes limiten el acceso a estos servicios. Sin embargo, se permiten excepciones cuando las medidas se aplican para proteger a grupos socialmente desfavorecidos, lo que implica un reconocimiento de la necesidad de equidad en el acceso a la salud.

Además, el Código Penal Federal tipifica como delito el peligro de contagio, especialmente en casos de enfermedades de transmisión sexual. El Artículo 199 Bis establece que, si una persona pone en riesgo la salud de otra a través de relaciones sexuales, se enfrentará a una pena de tres días a tres años de prisión. Este delito se persigue de oficio, aunque la ley contempla que, en relaciones de pareja, solo podrá procederse por querrela del ofendido. De manera relevante, el Artículo 315 considera el “contagio venéreo” como un factor que puede agravar delitos como

lesiones y homicidio, lo que refleja un enfoque punitivo hacia las personas con VIH. Sin embargo, resulta llamativo que el Código no contemple sanciones para la difusión no consentida de información sobre la condición de salud de una persona, lo cual contrasta con las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPED) que protegen la privacidad del individuo.

Ahora bien, a nivel local diversas entidades han adoptado leyes específicas para la prevención y atención integral del VIH/SIDA. Este análisis se enfoca en dos de las entidades más avanzadas en este ámbito: Ciudad de México y Veracruz.<sup>2</sup>

En Ciudad de México, la Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA fue promulgada en 2012, con reformas en 2014, para establecer los principios y criterios que guiarán las políticas públicas en relación con el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Esta legislación busca fomentar la participación de todos los sectores involucrados en la atención y prevención del VIH/SIDA, articulando la acción del gobierno local para implementar políticas libres de estigmas y discriminación. Entre las disposiciones destacadas, el Artículo 3 define la “atención integral” como “conjunto de intervenciones, herramientas y programas públicos que tienen el objetivo de proporcionar en condiciones de equidad, calidad y oportunidad, los servicios médicos y psicológicos que sean necesarios a la población afectada”.

En Veracruz, la Ley número 306 para Enfrentar la Epidemia de VIH-SIDA se publicó en 2008 y fue reformada en 2017. Esta ley reconoce la situación epidémica del VIH y promueve la no discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA, estableciendo derechos fundamentales como la atención médica y el acceso a información veraz sobre el virus. El Artículo 22 estipula que “toda persona que vive con VIH tiene derecho a la atención médica hospitalaria, domiciliaria o ambulatoria, física, psicológica o social”, garantizando el acceso a tratamiento antirretroviral gratuito y de calidad, como se indica en el Artículo 32. Además,

---

<sup>2</sup> De acuerdo con los casos notificados de VIH entre 1983 y 2000, los estados con mayor proporción de casos a nivel nacional son Ciudad de México con 44 684 casos (14.2 %), Estado de México con 31 376 (10 %), Veracruz con 29,874 (9.5 %) y Jalisco con 17 781 (5.6%) (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2020).

esta ley veracruzana prohíbe en el ámbito laboral exigir pruebas para detectar VIH como requisito para empleo, despidos o ascensos, y asegura que las personas que viven con VIH mantendrán la patria potestad sobre sus hijos en los términos de la legislación civil común (Artículos 36 y 38). Este enfoque integral busca no solo ofrecer atención médica, sino también asegurar los derechos y la dignidad de las personas afectadas.

México cuenta con varias instituciones que juegan un papel crucial en la protección de los derechos de las personas que viven con VIH, destacándose el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA), el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CONASIDA), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y la CNDH. Cada uno de estos organismos tiene la misión de promover el respeto y la garantía del derecho a la salud y la no discriminación.

El CENSIDA tiene como objetivo coordinar la respuesta nacional al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con un enfoque basado en evidencia científica y respeto a los Derechos Humanos. En sus prioridades, el desarrollo de proyectos de investigación es fundamental, buscando identificar y abordar las problemáticas que enfrentan diversos grupos poblacionales. Según CENSIDA (2021), “es deseable que dichos proyectos se elaboren en colaboración estrecha con la comunidad, así como con las instituciones académicas”. Esto implica que el enfoque en Derechos Humanos debe estar presente en todos los estudios, garantizando que se realicen bajo los principios de ética y consentimiento informado.

Por su parte, el CONASIDA actúa como una instancia de coordinación entre los sectores público, social y privado, promoviendo la prevención y control del VIH y otras ITS. Desde su creación en 2001, este consejo ha abordado políticas públicas que fortalecen las actividades de prevención en poblaciones clave. El Comité de Normatividad y derechos humanos, parte del CONASIDA, se centra en analizar las políticas públicas desde la perspectiva del respeto a los derechos humanos, elaborando propuestas para cambiar normativas que perpetúan el estigma y la discriminación (CONASIDA, 2021).

En el contexto del derecho a la salud en México, la intervención de organismos como el CONAPRED y la CNDH es fundamental para

abordar y mitigar las desigualdades en el acceso a servicios de salud, especialmente para las poblaciones más vulnerables, como las personas que viven con VIH/SIDA.

En el ámbito de la discriminación, el CONAPRED, establecido en 2003 mediante la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), tiene como objetivo principal promover la igualdad y la inclusión social. Según el CONAPRED (2021), este organismo actúa como la institución rectora para desarrollar políticas y medidas que contribuyan al avance en la inclusión social y a la garantía del derecho a la igualdad, considerado el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal.

Dentro de sus funciones, el CONAPRED se encarga de recibir y resolver quejas por presuntos actos discriminatorios, tanto por parte de particulares como de autoridades. La LFPED otorga al Consejo la facultad de emitir resoluciones vinculantes que declaran la existencia de prácticas discriminatorias y determinan medidas administrativas y de reparación (LFPED, 2003). La protección contra la discriminación se extiende a diversas dimensiones, incluyendo condiciones de salud, lo que es especialmente relevante para las personas que viven con VIH.

La ley también establece plazos y procedimientos para la interposición de quejas, así como medidas de investigación y conciliación, lo que evidencia un marco normativo diseñado para asegurar la igualdad de oportunidades y el respeto a los Derechos Humanos (Artículo 44, LFPED). La Junta de Gobierno del CONAPRED incluye representación de organismos como el CONASIDA, lo que refuerza la conexión entre la lucha contra la discriminación y la protección de los derechos de las personas con VIH/SIDA (LFPED, 2003).

Otra institución relevante en esta materia es la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), creada en 1989 y dotada de autonomía en 1999, se dedica a la protección y vigilancia de los Derechos Humanos en México. Este organismo ha emitido recomendaciones generales y particulares en diversas materias, incluyendo la salud. Entre sus funciones, la CNDH puede proponer cambios en disposiciones normativas que propicien violaciones a los Derechos Humanos (CNDH, 2021).

Un hito significativo en la defensa del derecho a la salud para las personas que viven con VIH fue la creación en 2007 del Programa Es-

pecial de VIH/SIDA y Derechos Humanos. Este programa ha permitido identificar que el desabasto de medicamentos y la negativa al derecho a la salud son causas frecuentes de violación de derechos (CNDH, 2009).

La Recomendación General 15, emitida el 23 de abril de 2009, es un claro ejemplo del compromiso de la CNDH por garantizar el acceso a la salud. Esta recomendación, resultado de miles de quejas recibidas en un periodo de casi una década, destaca el “incumplimiento generalizado en las obligaciones básicas en cuanto al derecho a la protección de la salud”, y señala la necesidad de asignar suficientes recursos al Sector Salud para mejorar la infraestructura y el personal (CNDH, 2009, pp. 20-22).

Entre las recomendaciones específicas de la CNDH, se encuentran propuestas para crear políticas públicas que aseguren la atención de grupos vulnerables, incluyendo a las personas que viven con VIH. La CNDH subraya la importancia de capacitar al personal de salud sobre el respeto a los Derechos Humanos y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), y de implementar programas que protejan a poblaciones en situación de vulnerabilidad (CNDH, 2009).

Por último, en México las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) representan un conjunto de regulaciones que establecen los criterios técnicos que deben seguir los servicios de salud. La NOM-010-SSA2-2010 es una norma específica que se centra en la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esta norma enfatiza la importancia de brindar servicios de atención integral de calidad, así como la necesidad de combatir el estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA (Secretaría de Salud, 2015).

La NOM-010-SSA2-2010 también subraya la relevancia de la participación social y la educación para la prevención del VIH y la eliminación de la discriminación. A través de la capacitación del personal de salud, se busca asegurar que las personas con VIH conozcan sus derechos y las alternativas de apoyo disponibles en su localidad (NOM-010-SSA2-2010). Este enfoque integral no solo mejora el acceso a la salud, sino que también promueve un ambiente más inclusivo y respetuoso hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

## 5.2 Marco jurídico en Francia

La protección del derecho a la salud en Francia está cimentada en un marco jurídico que ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, en respuesta a crisis sanitarias y demandas sociales. Según Tabuteau (2012), la salud pública fue un aspecto relegado en el debate público desde la Revolución Francesa, a diferencia de áreas como la educación, que recibieron una atención más prioritaria. Inicialmente, la responsabilidad sobre la salud estaba en manos de las municipalidades, y la organización del sistema sanitario quedaba implícitamente encomendado a los médicos. No obstante, la grave crisis provocada por la epidemia de la gripe española en 1918 llevó a la creación del Ministerio de Salud Pública, que emergió como una necesidad urgente de establecer una política de salud pública en el país.

El establecimiento de este ministerio fue crucial, ya que a partir de 1930, se formalizó una estructura que buscaba garantizar el bienestar sanitario de la población. Esta evolución fue puesta a prueba nuevamente en los años 80, cuando los casos de sangre contaminada por el virus del VIH revelaron las deficiencias del sistema de salud francés. La Inspección General de Asuntos Sociales (IGAS) publicó un informe en 1992 que retrataba una administración sanitaria en un estado de precariedad, indicando que “la administración se había reducido a un estado de esqueleto” sin la capacidad adecuada para cumplir con sus responsabilidades (Tabuteau, 2012, p. 8). Este episodio subrayó la necesidad de una reforma en la estructura de salud pública y sentó las bases para legislaciones más robustas en torno a la salud y el VIH.

El marco constitucional francés, que incluye documentos con estatus de ley suprema, establece un contexto legal para el derecho a la salud. Aunque la Constitución de la V República no menciona explícitamente este derecho, se remite al Preámbulo de la Constitución de 1946, que asegura que “la nación garantiza a todos, principalmente al niño, a la madre y a los trabajadores ancianos, la protección de la salud” (Preámbulo de la Constitución de 1946, Constitución de la V República Francesa). Este reconocimiento se ve reforzado por la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, que, aunque no menciona la salud

directamente, ha influido en la formación de muchas constituciones y tratados de Derechos Humanos, incluyendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Por su parte, el Código de la Salud Pública (*Code de la Santé Publique*) juega un papel fundamental en la regulación de la salud en Francia, considerando el derecho a la protección de la salud como un derecho esencial. El Artículo 1110-1 establece que “los profesionales de la salud, las instituciones y sistemas de salud, los organismos de seguros médicos y los demás organismos implicados en la prevención y la atención” deben colaborar para garantizar la igualdad de acceso a la atención necesaria, así como la continuidad de los cuidados (Código de la Salud Pública). Además, el código incluye disposiciones que enfatizan la dignidad y la no discriminación en el acceso a servicios de salud, estableciendo que “el enfermo tiene derecho al respeto de su dignidad” y que “nadie puede ser discriminado en el acceso a la prevención o la atención” (Artículos 1110-2 y 1110-3).

En el contexto del VIH, el Código de la Salud Pública incluye un título específico que aborda la “Infección por el virus de inmunodeficiencia humana e infecciones sexualmente transmisibles”. Este título detalla las responsabilidades del Estado en la lucha contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, enfatizando la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento. El Artículo 3121-1 establece que “la lucha contra los virus de inmunodeficiencia humana y contra las infecciones de transmisión sexual corresponde al Estado”, lo que refleja un compromiso formal con la salud pública (Código de la Salud Pública).

Los artículos relevantes dentro del Código no solo abordan el acceso a tratamientos, sino que también establecen procedimientos de indemnización para las víctimas de contagio por transfusiones de sangre. Este aspecto legal es significativo, ya que busca reparar los daños causados a las personas afectadas, con disposiciones que garantizan la confidencialidad y el derecho a una atención adecuada. En este sentido, se establece un proceso claro para que las víctimas presenten sus reclamaciones y se determinen las indemnizaciones correspondientes, lo que resalta la responsabilidad del Estado en la protección y reparación de los derechos de los ciudadanos afectados por el VIH.



En este punto hay que notar que, a diferencia de otros países, en Francia no existe una legislación que persiga específicamente la transmisión del VIH o de las patologías transmisibles. Sin embargo, existe una jurisprudencia de 1999 que establece que las pesquisas por transmisión y/o exposición al riesgo de transmisión del VIH se basarán en el delito de Administración de sustancias Nocivas que impliquen un ataque contra la integridad física o psíquica de las personas (ASN), establecido en el Artículo 222-15 del Código Penal (Celse et al., 2015b). Este artículo se encuentra en el Capítulo II “De los ataques a la integridad física o psíquica de la persona” y dice a la letra:

La administración de sustancias nocivas que impliquen un atentado contra la integridad física o psíquica de las personas es castigada con las penas mencionadas en los artículos 222-7 a 222-14-1, siguiendo las distinciones previstas para esos artículos. Los dos primeros casos del artículo 132-23, relativos al periodo de arraigo, son aplicables para esta infracción en los mismos casos previstos por esos artículos. (Código Penal Francés, 2021)<sup>3</sup>

La conformación de este tipo penal está explicada por analogía con la transmisión del VIH en la Tabla 3, donde se presentan los elementos materiales y los elementos intencionales.

---

<sup>3</sup> Traducción propia.

| <b>Tabla 3.</b><br><i>El delito de Administración de Sustancias Nocivas del Código Penal Francés en analogía con la transmisión del VIH</i> |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elemento material                                                                                                                           | Analogía con el VIH                                                                                                                                                                               | Analogía con el VIH                                                                                                                                                                                                | Analogía con el VIH                                                                                               |
| Sustancia nociva                                                                                                                            | Todo fluido corporal contaminado con VIH (semen, líquido preseminal, secreciones vaginales, etcétera)                                                                                             | El carácter voluntario del acto es suficiente para constituir la intención delictiva                                                                                                                               | El hecho de haber decidido tener una relación no protegida con conocimiento del riesgo para la víctima            |
| Administración de la sustancia                                                                                                              | Toda práctica sexual sin protección que presente un riesgo, aunque sea mínimo, de transmisión del VIH (penetración vaginal o anal, felación, etcétera)                                            | La intención de dañar no es un requisito                                                                                                                                                                           | No es necesario que el sujeto activo haya querido contaminar a la víctima                                         |
| Atentado contra la integridad física o psíquica de las personas                                                                             | Físico: infección por VIH<br>Psíquico: a falta de transmisión efectiva de VIH, el choque psicológico y la angustia experimentadas por la víctima al enterarse del riesgo al cual ha sido expuesta | El grado de intencionalidad que acompaña al acto no tiene efecto en la caracterización de la infracción, pero puede ser tomado en cuenta en la apreciación de la gravedad de la falta y en la fijación de la pena. | Omitir su seropositividad, mentir sobre su estatus, proporcionar falsedades para manipular a la pareja, etcétera. |

*Nota:* Basado en la tabla del artículo Risque pénal encouru par les personnes vivant avec le VIH du fait de relations sexuelles non protégées (Celse et al., 2015a).

El marco legal en Francia en relación con las relaciones sexuales entre personas serodiscordantes es complejo y se basa en la jurisprudencia vigente, como señalan Celse et al. (2015a). Estos autores destacan que “los fundamentos legales y los elementos de jurisprudencia demuestran

que toda relación sexual sin protección entre personas serodiscordantes conlleva potencialmente la responsabilidad penal de la persona seropositiva” (p. 1). Esto plantea la interrogante sobre qué actos específicos pueden ser objeto de condena según el Código Penal.

En este sentido, Celse et al. identifican cuatro situaciones penalmente condenables. La primera se refiere a la exposición simple al riesgo de transmisión. Aunque hasta ahora solo se han dictado sentencias por transmisión efectiva de VIH, no hay nada que impida que la ley castigue la mera exposición al riesgo, lo que significa que la falta de transmisión efectiva no exime de la responsabilidad penal (Celse et al., 2015a, p. 1).

La segunda situación contempla que una relación sexual sin protección se considera un delito cometido por la persona seropositiva, independientemente de si la persona seronegativa era consciente del riesgo y consintió a la relación. La disimulación del estado serológico por parte del individuo seropositivo es un factor común en estos casos. Sin embargo, el Derecho francés sostiene que el carácter delictivo de la relación no depende de la disimulación ni del consentimiento de la víctima, quien no puede exonerar al autor de su responsabilidad (Celse et al., 2015a, p. 1).

En tercer lugar, el conocimiento del estado serológico por parte del autor no es un requisito absoluto para calificar el delito. Aunque la confirmación de la seropositividad suele estar respaldada por un análisis positivo, el acusado puede ser considerado responsable incluso sin haber realizado una prueba de VIH, especialmente si su comportamiento sugiere una probable seropositividad. Por lo tanto, no hacerse pruebas de VIH de manera regular no impide la acción penal (Celse et al., 2015a, p. 1).

Finalmente, el uso de métodos de protección que no sean el preservativo sistemático también puede conllevar riesgos penales. La aceptación de otros métodos de protección, como la profilaxis pre-exposición (PrEP), es incierta, dado que los tribunales no se han pronunciado al respecto. En caso de que se produzca una ruptura accidental del preservativo, esto podría considerarse un caso de fuerza mayor, lo que exoneraría al autor. Sin embargo, algunos expertos advierten que un fallo en la prevención debido a tratamientos médicos podría ser visto por la ley como un riesgo no eximente (Celse et al., 2015a, p. 1).

Las penas aplicables al tipo penal de Administración de sustancias Nocivas pueden ser las que se presentan en la Tabla 4.

| <b>Tabla 4.</b><br><i>Penas que enfrenta una persona que vive con VIH y que transmite el virus (Francia)</i>                                                                                   |            |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
| Calificación según la gravedad del ataque                                                                                                                                                      | Infracción | Pena máxima enfrentada                      |
| Transmisión efectiva del VIH                                                                                                                                                                   |            |                                             |
| Administración de sustancias nocivas (Artículo 222-15) que conlleve una mutilación o una enfermedad permanente (Artículo 222-9)                                                                | Delito     | 10 años de prisión y multa de 150 000 euros |
| Con circunstancias agravantes (artículo 222-10)                                                                                                                                                | Crimen     | 15 años de prisión y multa de 150 000 euros |
| Exposición al VIH sin transmisión                                                                                                                                                              |            |                                             |
| Administración de sustancias nocivas (Artículo 222-15) que conlleve una incapacidad de trabajo inferior a 8 días, o sin incapacidad de trabajo con circunstancias agravantes (Artículo 222-13) | Delito     | 3 años de prisión y multa de 45 000 euros   |

*Fuente:* Risque pénal encouru par les personnes vivant avec le VIH du fait de relations sexuelles non protégées (Celse et al., 2015a).

Por otro lado, el Código de la Seguridad Social desempeña un papel crucial en el contexto de la cobertura del VIH dentro de la legislación francesa. En su apartado referente a las enfermedades laborales que afectan el sistema inmunitario, este Código establece que la transmisión del VIH puede ser considerada un accidente laboral. Específicamente, se menciona en el anexo del Artículo R434-32 que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está amparada por la legislación nacional. La definición incluye situaciones en las que la infección resulta de “un evento accidental que ocurre en el momento y lugar de trabajo

y que contamina en las circunstancias en que ocurre” (Código de la Seguridad Social). Esto abarca incidentes como pinchazos con agujas contaminadas o proyecciones de fluidos corporales que puedan infectar a un trabajador.

Para que la seroconversión sea reconocida como consecuencia de un accidente laboral, es fundamental que la serología negativa se establezca antes del octavo día posterior al evento y que, en plazos regidos por decretos de los ministros competentes, se realicen seguimientos serológicos continuos (Artículo R434-32, 16.1.1, Código de la Seguridad Social). Así, se requiere que cualquier déficit inmunitario asociado a una “infección de VIH” esté validado por una tasa de linfocitos CD4 entre 200 y 350 unidades por mililitro cúbico de sangre o por una tasa inferior a 200 por mililitro cúbico. La confirmación de dicha inmunodeficiencia debe llevarse a cabo mediante dos exámenes sucesivos, realizados con un mes de diferencia (Artículo R434-32, 16.1.2, Código de la Seguridad Social).

El Código también contempla que las personas que viven con VIH sean clasificadas dentro de las afecciones de larga duración, lo que les otorga el derecho a la suspensión de la participación en la Seguridad Social. Para ello, se requiere la confirmación de la infección por medio de dos pruebas distintas y un test de confirmación Western-Blot. Este estatus confiere una exoneración inicial por diez años, la cual puede ser renovable (Artículo D160-4, Código de la Seguridad Social).

En el tema de la discriminación hacia las personas que viven con VIH, la legislación francesa presenta un marco robusto a través de varios documentos fundamentales: el Código Penal, el Código Laboral, y las leyes específicas del 27 de marzo de 2008 y del 24 de junio de 2016. La discriminación se define en este contexto como un trato desigual basado en criterios prohibidos por la ley, tales como el estado de salud, y se extiende a diversas áreas, incluyendo el acceso a servicios y oportunidades laborales.

El Código Penal establece que “toda distinción que se haga entre las personas físicas en función de su origen, sexo, situación familiar, embarazo, apariencia física, estado de salud, discapacidad, características genéticas, orientación sexual o identidad de género, entre otros” (Artículo 225-1), constituye una forma de discriminación. De igual forma,

el Código del Trabajo prohíbe explícitamente cualquier exclusión en procedimientos de contratación o acceso a formación laboral en función del estado de salud, salvo que exista una incapacidad determinada por un médico del trabajo (Artículo 1132-3-3).

La Ley del 27 de marzo de 2008 para la lucha contra la discriminación establece criterios claros sobre discriminación directa e indirecta, abordando situaciones donde prácticas aparentemente neutrales puedan resultar en desventajas para grupos específicos. Este marco se complementa con la Ley del 24 de junio de 2016, que incorpora el criterio de la situación económica como motivo de discriminación, enfatizando la importancia de combatir la desigualdad estructural que afecta a personas vulnerables.

En el tema de las instituciones que vigilan ese tema, destaca el Consejo Nacional para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CNS) fue establecido en 1989 y tiene como objetivo ofrecer asesoramiento sobre las problemáticas que plantean el VIH/SIDA y las hepatitis virales crónicas a la sociedad. Sus dictámenes abordan tanto los aspectos de salud pública como las cuestiones sociales que afectan a las personas que viven con estas infecciones. El CNS actúa como un organismo de reflexión interdisciplinaria, buscando conciliar el respeto de las libertades individuales con los imperativos de la salud pública y los Derechos Humanos (CNS, 2016).

El CNS se basa en datos científicos y mantiene un diálogo constante con los actores involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA, lo que le permite ofrecer recomendaciones basadas en la realidad del terreno y los avances científicos. Sus funciones se estructuran en tres instancias: el Consejo, que reúne a 26 miembros en sesiones plenarias; la Mesa, que planifica y supervisa los trabajos del Consejo; y los comités de trabajo, que elaboran dictámenes y realizan audiencias para informar al Consejo sobre sus avances (CNS, 2016).

Por su parte, la Comisión Consultiva Nacional de Derechos Humanos (CNCDH), creada en 1947, es la institución francesa encargada de la promoción y protección de los Derechos Humanos. Funciona como una Autoridad Administrativa Independiente, asegurando su independencia del gobierno y del parlamento en la asesoría y participación en asuntos relacionados con los Derechos Humanos. La CNCDH se basa en

tres principios fundamentales: independencia, pluralismo y vigilancia (CNCDH, 2020).

Desde su creación, la CNCDH ha sido crítica de las prácticas que discriminan a las personas que viven con VIH. En 1987, señaló que las disposiciones generales del Código de Salud Pública no debían aplicarse al SIDA, argumentando que las pruebas de detección deben ser voluntarias y garantizar la confidencialidad médica. La CNCDH destacó que la realización de pruebas sin conocimiento previo de los individuos era una violación de sus derechos y alertó sobre la situación de transmisión en contextos carcelarios, abogando por una mejor prevención e información en dichos entornos (CNCDH, 1987).

## VI. Críticas y apreciaciones

Queremos apuntar en primer lugar que las quejas ante el CONAPRED, las recomendaciones generales emitidas por la CNDH, las sentencias de amparo de la SCJN, así como los planes de acción de CENSIDA, CONASIDA y Secretaría de Salud revelan que las violaciones más frecuentes a los derechos de las personas que viven con VIH en México consisten en la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales, despido injustificado, atención médica deficiente, y violación a la confidencialidad y al manejo de datos privados.

Como primera apreciación nos referiremos a la discusión en torno a los términos de *derecho a la salud*, *derecho a la protección de la salud*, *derecho al cuidado de la salud*, *derecho a la asistencia sanitaria*. En este trabajo tomamos como tema principal la rama del Derecho que considera a la salud como un bien jurídico y que estudia las leyes reguladoras de la atención médica, la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la cura de padecimientos; pero, además, a la prerrogativa de todo ser humano al acceso a esos cuatro elementos. Por esta razón, y por cuestión de economía, abarcamos ese conjunto de derechos bajo el término de *derecho a la salud*, dando por hecho que protección, cuidado y asistencia están incluidos.

Ahora bien, la primera crítica que cabe hacer es hacia los textos que integran los regímenes jurídicos de México y Francia. Algunos de ellos,

sobre todo códigos y leyes, hablan de términos incorrectos para referirse a las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y a la transmisión del virus. Recordemos que el texto *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* (2015) advierte que el VIH es un virus que se transmite, no se contagia ni se infecta; sin embargo, es correcto hablar tanto de transmisión como de infección. Ya la ONUSIDA estableció que términos como infectado por el SIDA, infectado por el VIH, transmisor, paciente de SIDA, víctima de SIDA, entre otros, son incorrectos o desaconsejados. Por lo tanto, los siguientes ordenamientos deberían reformarse para cumplir con la terminología adecuada, correcta y aconsejada:

- a) Ley número 306 para Enfrentar la Epidemia de VIH-SIDA en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (México): hace referencia a “enfermos”, “contagio”, “personas contagiadas con el VIH” y “personas que padezcan de SIDA”; y
- b) Código de la Salud Pública (Francia): “víctimas contaminadas”

La terminología adecuada nos dice que “es preferible usar términos como *personas que viven con el VIH* y *niños que viven con el VIH*, puesto que a través de ellos se refleja que una persona que ha contraído la infección puede continuar viviendo bien y tener una vida productiva durante muchos años” (ONUSIDA, 2015).

Una segunda crítica que vale la pena hacer corresponde a la información pública acerca en el portal de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud y en la NOM-010-SSA2-2010, así como en las páginas del CONASIDA y el CENSIDA. Existe una confusión de siglas para referirse al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y al Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. La confusión se hace más evidente cuando se consulta el Diario Oficial de la Federación del 5 de julio de 2010, donde se decretó la reforma del CONASIDA y se abrogó el anterior por el que se creó dicho organismo; el decreto señala que el órgano desconcentrado toma ahora el nombre de Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Esta información pública debe ser más clara, pues efectivamente hay dos órganos distintos que se ocupan de la atención y eliminación de esta epidemia.



Por último, tal vez la más importante de las apreciaciones es la que se refiere a la evolución de la situación de las PVVS en México, de acuerdo con la bibliografía consultada y con el análisis realizado. Los antecedentes nos dicen que entre 1995 y 2018 ha habido avances médicos y sociales en cuanto al trato que reciben las PVVS; no obstante, está presente una epidemia de discriminación y estigma que acompaña al virus. Los síntomas de esta doble epidemia son sociales, laborales, económicos, financieros, sanitarios y hasta de protección de datos: *vivir*<sup>4</sup> con VIH en México, además de las implicaciones de salud, tiene impacto en muchos ámbitos. A estos hechos hay que añadir lo que Valdez Núñez (2011) ya enlistaba: homofobia por relacionar al virus con la orientación sexual, discriminación en la atención hospitalaria y miedo al diagnóstico por parte de poblaciones vulnerables.

Reconocemos también avances en cuanto al acceso garantizado a medicamentos antirretrovirales —no importa si el paciente es derechohabiente de algún instituto de seguridad social—, en los protocolos de adherencia a la PrEP, en la difusión de campañas preventivas del VIH, en la promoción de información sobre el virus en escuelas y, lo que es más relevante para este trabajo, en acciones jurídicas y administrativas contra la violación de Derechos Humanos de las PVVS: promulgación de leyes, recomendaciones generales de la CNDH, procedimientos de queja ante CONAPRED, revisión de sentencias y de constitucionalidad de leyes por parte de la SCJN, Normas Oficiales Mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud, planes de acción, protocolos de atención, etcétera.

---

<sup>4</sup> La ONUSIDA recomienda el uso de “persona que vive con el VIH” o “persona VIH-positiva” en lugar de “infectado” o “contagiado”, pues “nadie puede infectarse por el sida porque no es un agente infeccioso. El sida define un síndrome de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden desarrollarse cuando se acentúa la inmunodepresión y se desencadena el proceso continuo de la infección por el VIH, desde la infección primaria hasta la muerte” (ONUSIDA, 2013, p. 5).

## VII. Conclusiones

A manera de conclusión, se presentan las propuestas para la mejora de los sistemas políticos de Francia y México, en lo que se refiere al derecho a la salud en personas que viven con VIH.

1. En el régimen mexicano, la Ley para Enfrentar la Epidemia de VIH-SIDA en Veracruz debe ser reformada para no referirse a las personas que viven con VIH como “enfermos”, “personas contagiadas con el VIH” y “personas que padezcan de SIDA” ni como “contagio” a la transmisión del virus. En el régimen francés debe suceder lo mismo con el Código de la Salud Pública, que habla de “víctimas contaminadas” en lugar de personas que viven con VIH.
2. La Ley para Enfrentar la Epidemia de VIH-SIDA en Veracruz puede ser tomada como modelo para otras legislaciones estatales, pues se encarga de aspectos como prevención, atención integral (médica, hospitalaria, domiciliaria o ambulatoria), no discriminación, vinculación interinstitucional, vigilancia epidemiológica, acceso a la información, protección de datos personales, confidencialidad de la condición de salud, acceso a tratamientos antirretrovirales, protección del derecho al trabajo y de derechos civiles, perspectiva de género, acceso a profilaxis posexposición para víctimas de violación, sanciones penales, entre otros. De igual forma, la legislación mexicana debe impulsar la creación de una ley similar a nivel federal.
3. La NOM-010-SSA2-2010 es una regulación técnica muy completa sobre el tema del VIH/SIDA, pues, además de definir terminología y establecer procesos, ofrece estadísticas actuales sobre la epidemia, privilegia la prevención, diagnóstico, atención y control. Por si fuera poco, tiene en consideración rasgos del VIH/SIDA como los Derechos Humanos, la discriminación, el estigma, la participación social, la educación, los derechos de los pacientes, entre otros. Acertadamente, ha sido retomada en sentencias de la SCJN. Por lo tanto, este modelo de Normas Oficiales Mexicanas puede ser replicado en otros regímenes, ya que concentra información de diversas áreas del conocimiento, pero sobre un mismo tema.
4. Las sanciones por transmisión o riesgo de transmisión de VIH, aunque no están establecidas en el Código Penal, sino en jurisprudencia

(Celse et al., 2015a), aparecen más claramente en el régimen francés que en el mexicano. No obstante, la equiparación de la transmisión de VIH con la administración de sustancias nocivas puede generar todavía problema para los juzgadores, por lo cual debería reformarse el Código Penal para establecer un tipo penal claro. Asimismo, el régimen mexicano puede hacer lo mismo, pues los tipos de “peligro de contagio” y “contagio venéreo” no consideran las posibilidades de transmisión efectiva, transmisión no efectiva, riesgo de exposición simple y la exposición simple sin preservativo. Otras hipótesis sobre la transmisión distinta a la vía sexual también deben aparecer en los ordenamientos de materia penal, de salud y de seguridad social.

5. La legislación francesa en materia de seguridad social cuenta con un apartado exclusivo para la transmisión del VIH, la cual será considerada un accidente de trabajo y una hipótesis para la suspensión de participaciones del asegurado en la Seguridad Social. Las leyes generales del ISSSTE y del IMSS deberían considerar estas posibilidades para el régimen mexicano.
6. El Programa Especial de VIH/SIDA y Derechos Humanos puede ser tomado como modelo para la protección de estos derechos en las PVVS. De la misma manera, la emisión de recomendaciones generales por parte de la CNDH es un proceso que puede ser replicado por la Comisión Nacional Consultativa de los Derechos del Hombre (CNCDH) de Francia, ya que atrae la atención pública y política sobre autoridades que violan los derechos de las PVVS.
7. La Secretaría de Salud debe iniciar los protocolos de acceso a la PrEP, tratamiento preventivo al que se puede acceder desde 2017 en Francia. Los protocolos iniciales del IMSS para la adhesión a la PrEP deben extenderse al resto de estados, pues actualmente solo se aplica en ocho entidades.
8. A nivel local, existe una contradicción entre normas relacionada con los requisitos para contraer matrimonio en el Estado de Veracruz. El artículo 726 del Código Civil de nuestro estado prevé que, antes de contraer matrimonio, se deberá presentar un certificado médico que determine enfermedades de carácter crónico, incurables, contagiosas, hereditarias de los cónyuges. En contraposición, la Ley para Enfrentar

la Epidemia de VIH-SIDA en Veracruz, en su Artículo 18, insta a que se sancione “a quienes exijan la prueba de detección de VIH para (...) contraer matrimonio”. En el mismo sentido, el apartado 6.3.3 de la NOM-010-SSA2-2010 estipula que “No se solicitará como requisito para (...) contraer matrimonio”, y remite al juzgador a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. En conclusión, se debe reformar el Artículo 726 del Código Civil de Veracruz para eliminar este acto que puede ser considerado como discriminatorio.

9. Una segunda contradicción entre el Código Civil de Veracruz y la NOM-010-SSA2-2010 es la que se refiere al diagnóstico de VIH como causal de divorcio. En su Artículo 141, la legislación civil establece que “toda enfermedad crónica o incurable que sea, además, contagiosa o hereditaria” puede ser considerada como causal de divorcio. En oposición a esta norma, el apartado 6.3.4 de la NOM en materia de prevención y control de VIH/SIDA dicta que “la detección del VIH/SIDA no debe ser considerada como causal médica para afectar los Derechos Humanos fundamentales o disminuir las garantías individuales estipuladas en la Constitución”. Por lo anterior, se debe reformar el artículo mencionado, pues el hecho que menciona puede ser considerado como un acto de discriminación.
10. El concepto de discriminación sistemática, previsto por la Ley de 27 de marzo 2008 en Francia, no existe en el régimen mexicano. Se refiere a desequilibrios o desigualdades sociales y económicos históricamente constituidas, los cuales generan y reproducen tratos desiguales por pertenencia a una clase, raza o sexo. Se recomienda su anexión a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) de 2003.
11. Actualmente, el Código Penal Federal no prevé sanciones para la difusión, sin consentimiento de la persona agraviada, sobre la condición de salud de una PVVS. Otros ordenamientos (Fracción XXXI, Artículo 9, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación) sí contemplan la divulgación de esta información, pero como un acto discriminatorio con sanciones administrativas y pena de reparación de daño. Consideramos que debe considerarse esta hipótesis para crear un nuevo tipo penal, tanto a nivel local como federal.

Para futuras investigaciones, el régimen jurídico de México relativo al derecho a la salud de las PVVS podrá compararse con las normativas europeas, ya que Francia es un país miembro de la Unión Europea y que en esta entidad supranacional existen también leyes de salud. Por ejemplo, se podrá estudiar la Comunicación de la Comisión sobre la lucha contra el VIH/SIDA (2005); la Comunicación sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la UE y los países vecinos. (2009); los Planes de Acción contra el VIH/SIDA en la UE y los países vecinos (2009-2013 y 2014-2016); el Documento de Trabajo de la Comisión Europea sobre el Combate del VIH/SIDA, hepatitis virales y tuberculosis en la Unión Europea y los países vecinos; los Indicadores Esenciales Europeos de Salud y el Programa de Salud de la UE.

Una investigación que puede desprenderse del presente trabajo podrá ser el estudio de sentencias por transmisión efectiva de VIH en Francia, y por peligro de contagio o contagio venéreo en México. Lo anterior podrá ayudar a conocer los hechos y consideraciones de los juzgadores para relacionar tipos penales equiparados o análogos con la transmisión del VIH.

Finalmente, el contenido de este artículo puede servir como inspiración para nuevas investigaciones que aborden el tema de los derechos de las personas que viven con VIH. Como se vio en estas páginas, los análisis futuros podrán abordar esta problemática desde el Derecho del Trabajo, el Derecho de la Seguridad Social, el Derecho Civil, el Derecho Penal, entre otros.

### VIII. Lista de fuentes

- AIDES (2021). *La PREP*. Dossier. Recuperado el 28 de agosto de 2021 de <https://www.aides.org/prep>
- Ávila Ríos, S. (2011) Farmacorresistencia: la importancia del monitoreo. En *30 años del VIH-SIDA Perspectivas desde México*. Ciudad de México: CIENI-Fundación México Vivo.
- Beyrer, C. (2021) A pandemic anniversary: 40 years of HIV/AIDS. *The Lancet*, 1 de julio de 2021. Recuperado el 22 de julio de 2021 de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01167-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01167-3/fulltext)
- Bravo García, E. & Ortiz Pérez, H. (2021) *Progress and setbacks in HIV / AIDS mortality in Mexico from 1990 to 2019*. International AIDS Society Conference on HIV Science 2021.
- CENSIDA (2014). *La epidemia del VIH y el SIDA en México*. Recuperado el 27 de febrero de 2020 de [http://cenSIDA.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://cenSIDA.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf)
- CENSIDA (2013). *Boletín No. 23 SALVAR: Datos al 31 de diciembre de 2013*. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida.
- CENSIDA (2021). *Información básica*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.gob.mx/censida#3448> y <https://datos.gob.mx/busca/organization/censida>
- Celse, M., Geoffard, P., Couteron, J.P., Guimet, A., Dozon, J. P., Massot, J., Mathiot, P., Musso, S., Yeni, P. & Gaudin, P. (2015a). *Risque pénal encouru par les personnes vivant avec le VIH du fait de relations sexuelles non protégées*. Centre National du SIDA et des hépatites virales. Recuperado el 21 de agosto de 2021 de [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/SFLS2015\\_Poster-CNS\\_penalisation1.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/SFLS2015_Poster-CNS_penalisation1.pdf)
- Celse, M., Geoffard, P., Couteron, J.P., Guimet, A., Dozon, J. P., Massot, J., Mathiot, P., Musso, S., Yeni, P. & Gaudin, P. (2015b). *Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France*. Recuperado el 21 de agosto de 2021 de [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2015-02-19\\_avi\\_fr\\_politique\\_publique.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2015-02-19_avi_fr_politique_publique.pdf)

- CNCDH (2020). *L'institution*. Recuperado el 30 de agosto de 2021 de <https://www.cncdh.fr/fr/linstitution>
- CNCDH (1987). *Avis sur le SIDA*. Recuperado el 30 de agosto de 2021 de <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-sida>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (sin fecha) *Derecho humano a la protección a la salud. Breve guía para pacientes con VIH/ SIDA y/o Hepatitis C*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Fundación Civitas Firma. Recuperado el 22 de julio de 2021 de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/vihHepatitis.pdf>
- CNCDH (2009). *Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado el 29 de agosto de 2020 de [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral\\_015.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_015.pdf)
- CNCDH (2018). *Recomendaciones de la CNDH relacionadas con el VIH y SIDA*. Ciudad de México: CNDH.
- CNCDH (2021). *Antecedentes CNDH*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.cndh.org.mx/cndh/antecedentes-cndh>
- CONAPRED (2021). *Quiénes somos*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id\\_opcion=15&op=15](https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id_opcion=15&op=15)
- CONASIDA (2021). *Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida (Conasida)*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.gob.mx/censida/articulos/consejo-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-vih-y-el-sida-conasida-100762>
- CONASIDA (2021). *Comité de Prevención del Conasida*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.gob.mx/censida/articulos/comite-de-prevencion-del-co?idiom=es>
- CNS (2016). *Mission et organisation*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://cns.sante.fr/a-propos-du-cns/mission-et-organisation/>
- Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico al 4to trimestre de VIH 2020*. Recuperado el 28 de agosto de 2021 de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIH-Sida\\_4toTrim\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf)

- Elizondo, C. (2007). El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 2, marzo-abril 2007, pp. 144-155. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v49n2/a10v49n2.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49n2/a10v49n2.pdf)
- Figueroa, R. (2013). *El derecho a la salud*. Estudios constitucionales, vol. 11, núm. 2, Santiago de Chile, 2013. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci_arttext)
- Frutos, J. & Royo, M. A (2006). *Salud Pública y Epidemiología*. Madrid: Editorial Díaz de Santos S. A.
- Gómez Díaz de León, C. & De León de la Garza (2014) Método comparativo, en *Estudio comparado. In: Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a las investigaciones en ciencias sociales*, pp. 224-251. Tirant Humanidades.
- Guerrero, M. (1999). Sistema y régimen políticos en la Quinta República francesa. Algunas comparaciones con México. En *Estudios Sociológicos*, núm. XVII, vol. 51, 1999, pp. 787-814.
- IMSS (2021a). *PrEP - Prevención de transmisión por VIH*. Recuperado el 29 de agosto de <https://www.imss.gob.mx/pivihimss/prep>
- IMSS (2021b). *El IMSS, una institución pionera en la lucha contra el VIH*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.imss.gob.mx/pivihimss>
- Lamotte Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, vol. 18, núm. 7, junio-julio 2014, pp. 993-1013. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). *Missions du ministère des Solidarités et de la Santé*. Recuperado el 21 de agosto de 2021 de <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>
- OMS (2003). Capítulo 3. VIH/SIDA: resistir un agente mortífero, *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA (2001). *Los Derechos Humanos y el VIH/SIDA: sus interrelaciones*. UNESCO/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre



- el VIH/SIDA (ONUSIDA), Ginebra: ONU/SIDA.
- ONUSIDA (2015). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, octubre de 2011. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf)
- ONUSIDA (2018). *Indetectable = intransmisible. La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/undetectable-untransmittable\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf)
- Pegoraro, L. (2001). *El método en el Derecho Constitucional: la perspectiva desde el Derecho Comparado*. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época), núm. 112, abril-junio 2001.
- Secretaría de Salud (2015). *Normas Oficiales Mexicanas*. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Secretaría de Salud (2020). Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi\\_n\\_15\\_DE\\_JUNIO\\_2020\\_Protocolo\\_Comunidad\\_LGBTTI\\_DT\\_Versi\\_n\\_V\\_20.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_V_20.pdf)
- Tabuteau, D. (2012). Santé et politique en France. En *Recherche en soins infirmiers*, núm. 109, 2012, p. 6-15. Recuperado el 29 de agosto de 2021 de [file:///C:/Users/Carlos/Downloads/RSI\\_109\\_0006.pdf](file:///C:/Users/Carlos/Downloads/RSI_109_0006.pdf)
- Tamayo, R. (2007). Teoría jurídica y “Derecho comparado”. Una aproximación y un deslinde. *Isonomía*, núm. 27, octubre 2007, pp. 29-49. Facultad de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vasak, K. & Alston, P. (1984) Pour une troisième génération des droits de l’homme, en *Studies and Essays on International Humanitarian Law and Red Cross Principles in Honour*, pp. 837. Ginebra-La Haya: Comité Internacional de la Cruz Roja/Martinus Nijhoff.
- Valdez Núñez, R. (2011) Comportamientos sociales y gestión gubernamental. *30 años del VIH-SIDA Perspectivas desde México*. CIE-NI-Fundación México Vivo.

