



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGON

**LA REALIDAD JURÍDICA, SOCIAL Y MÉDICA
DE LOS PACIENTES TERMINALES EN EL
DISTRITO FEDERAL. UN ENFOQUE
MULTIDISCIPLINARIO.**

TESIS

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

**PRESENTA: JUAN ROSALÍO MÉNDEZ
ESPINOSA.**

**ASESOR: LIC. ENRIQUE M. CABRERA
CORTES.**

MÉXICO

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A LUPITA:

GRACIAS POR NO ABANDONARME EN ESTE MOMENTO,
DE SUPERACION PROFESIONAL, NUNCA TE OLVIDES DE
MI NI DE MI FAMILIA, SE QUE ESPIRITUALMENTE SIEMPRE
ESTAS A MI LADO.

A MIS PADRES: +

GRACIAS POR SU APOYO, PORQUE SEMBRARON SU
CONFIANZA EN MI Y NO LOS DEFRAUDE, A PESAR DE QUE
DEJE PASAR MUCHO TIEMPO PARA TITULARME, ESPERO QUE
SE ENCUENTREN LOS DOS JUNTOS, COMPARTIENDO SU
ALEGRIA, GRACIAS MIS SERES QUERIDOS, QUE DIOS LOS
TENGA EN SU SANTA GLORIA.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO:

ME SIENTO ORGULLOSO DE SER UNIVERSITARIO, Y COMO
PROFESIONISTA MANTENDRE EN ALTO EL NOMBRE DE LA
ENEP "ARAGON" Y LA FAMILIA QUE LA COMPONE, TANTO
DOCENTE COMO ADMINISTRATIVO, POR QUE SER UNIVERSITARIO
CUESTA SACRIFICIOS QUE JAMAS SE ARREPIENTE UNO,
AL CONTRARIO MAS SE ENAMORA UNO DE LA UNIVERSIDAD
QUE NOS OFRECE MUCHO Y POCO DEVOLVEMOS.

A MI FAMILIA:

NORMA: COMO ESPOSA ME COMPRENDISTE , Y ME HICISTE RESPONSABLE PARA CONCLUIR EL 100% MIS ESTUDIOS COMO ABOGADO. HIJOS EDGAR, PEDRO, WENDY Y LALITO ESPERO QUE ALGUN DIA AMEN AL ESTUDIO, PORQUE LA ESCUELA ES LO MEJOR QUE PUEDE HABER EN ESTA VIDA, GRACIAS HIJOS POR QUE USTEDES ME AYUDARON MUCHO, Y MORALMENTE TENIA YO UN COMPROMISO CON USTEDES, Y HOY LES HE CUMPLIDO, ESPERO QUE ALGUN DIA USTEDES LOGREN SUS METAS COMO PROFESIONISTAS.

AL LIC. FRANCISCO RAMÍREZ BRUNO

TE AGRADEZCO TODO EL APOYO QUE ME DISTE, PORQUE EN ESTA VIDA MUY POCOS AMIGOS AYUDAN AL QUE ESTA A UN LADO,QUE DIOS TE BENDIGA A TI Y A TU FAMILIA.

A CAJA POPULAR JESÚS MEZA SÁNCHEZ, S.C.L.

AGRADEZCO TODA LA AYUDA QUE SE ME BRINDO, POR PARTE DE DIRECTIVOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO, PARA LOGRAR MI OBJETIVO COMO PROFESIONISTA.

ÍNDICE.

Pág:

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD COMO UNA GARANTÍA CONSTITUCIONAL.

1.1.	Concepto de garantía individual.....	1
1.2.	Concepto de garantía social.....	9
1.3.	El fundamento de las garantías individuales y sociales en nuestro derecho vigente.....	11
1.4.	Clasificación doctrinal de las garantías individuales:.....	13
1.4.1.	De libertad.....	14
1.4.2.	De igualdad.....	22
1.4.3.	De seguridad jurídica.....	24
1.4.4.	De propiedad.....	25
1.5.	El derecho a la salud como una garantía constitucional (artículo 4º constitucional):.....	28
1.5.1.	Contenido.....	29
1.5.2.	Alcances.....	31

CAPÍTULO 2.
MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA SALUD
EN MÉXICO.

2.1. Concepto de salud.....	37
2.2. Concepto del derecho a la salud.....	40
2.3. Las implicaciones del derecho a la salud:.....	42
2.3.1. Jurídicas.....	42
2.3.2. Sociales.....	43
2.4. El marco jurídico vigente de la protección a la salud en México:.....	46
2.4.1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	46
2.4.2. La Ley General de Salud.....	53
2.4.3. Reglamentos.....	57
2.4.4. Las disposiciones locales.....	58
2.5. El control sanitario por la Federación.....	58
2.6. El Sistema Nacional de Salud:.....	59
2.7. La realidad de los servicios de salud en México.....	64
2.8. La calidad de vida en México.....	67

CAPÍTULO 3.
LA REALIDAD JURÍDICA Y SOCIAL DE LOS ENFERMOS
TERMINALES EN MÉXICO. UN ENFOQUE
MULTIDISCIPLINARIO.

3.1. ¿Qué es un paciente terminal?.....	69
3.2. Características médicas de un paciente terminal.....	72
3.3. El entorno del paciente terminal:.....	75

3.1.1. Físico.....	75
3.1.2. Psicológico.....	77
3.1.3. Social.....	78
3.1.4. Económico.....	80
3.1.5. Cultural.....	81
3.2. La relación entre la sociedad, la familia y el paciente terminal.....	85
3.3. La etapa terminal en algunas enfermedades.....	86
3.4. La protección jurídica de los pacientes terminales.....	118
3.5. La realidad jurídica y social de los pacientes terminales en México.....	121
3.6. Algunas propuestas.....	122

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN.

El artículo 4º constitucional hace referencia al derecho a la salud en su párrafo tercero que literalmente establece:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

De acuerdo con ese numeral, toda persona tiene derecho a los servicios de salud en el país, lo cual es incontrovertible, sin embargo, dentro de los numerosos usuarios que diariamente acuden a estos servicios se encuentran quienes ya no tienen esperanzas de vida. Su ciclo está a punto de cumplirse fatalmente, me refiero a los pacientes que médicamente reciben el nombre de “terminales”, en relación a su estado avanzado de enfermedad. Este tipo de pacientes representan un campo pocas veces tocado por el Derecho, por lo que resulta de especial importancia analizarlo desde un enfoque multidisciplinario que engloba a la ciencia jurídica, a la sociología y a la medicina.

En el presente trabajo de investigación documental analizamos todo lo que rodea al paciente terminal, aunque, es lógico pensar que los padecimientos, dolores y desesperanzas de estos pacientes es algo complicado de describir y explicar en un trabajo de investigación.

La investigación que deseo llevar a cabo se justifica en la imperiosa necesidad de comprender y proteger aún más a los enfermos terminales, personas que a pesar de su difícil situación física, están luchando

por vivir sus últimos momentos. Debemos tener en cuenta que la salud es el bien más valioso del ser humano, pero, desgraciadamente, en cualquier momento podemos perderla por un accidente o una enfermedad como SIDA, cáncer, etc. Así, en un futuro cercano o lejano, cualquiera de nosotros podemos llegar a ser un paciente terminal, esperando el momento final de nuestra vida. Esta es la justificación del tema a desarrollar.

He titulado el presente trabajo de tesis: "*La realidad jurídica y social de los enfermos terminales en México. Un enfoque multidisciplinario*", con lo que pretendo analizar la situación de los pacientes terminales a la luz de varias disciplinas: Derecho, Sociología y algo de Medicina, puesto que el tema lo requiere así.

Los objetivos del tema que presento a consideración son: poner de manifiesto y explicar la situación que viven los pacientes terminales, así como todo lo que les rodea, su relación con la sociedad y la familia; además, destacar cuáles son los derechos que tienen en tal situación y sobretodo, externar la complicada situación que viven en la realidad estas personas ante la crisis existente en México en materia de servicios de salud.

La investigación se divide en tres Capítulos en los que abordo los siguientes apartados:

En el Capítulo Primero, toco el tema del derecho a la salud (contenido en el artículo 4º) como una garantía constitucional.

En el Capítulo Segundo, explico brevemente el marco legal vigente y jerárquico de la salud en México.

En el Capítulo Tercero, expongo de manera sucinta la problemática jurídica, social y médica de los enfermos terminales en el Distrito Federal. El Capítulo concluye con algunas propuestas personales.

En cuanto a la metodología: utilicé los siguientes métodos: histórico, comparativo, inductivo, deductivo y jurídico, así como la técnica de investigación documental.

CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD COMO UNA GARANTÍA CONSTITUCIONAL.

1.1. CONCEPTO DE GARANTÍA INDIVIDUAL.

La primera parte de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se refiere a las llamadas: "garantías individuales", en sus artículos del primero al veintiocho y el veintinueve que versa sobre los casos de suspensión de las mismas en los casos de perturbación grave de la paz pública o de algún desastre, caso en el que el presidente de la República, previa Ley que expida el Congreso de la Unión puede decretar la suspensión de las mismas, para efecto de hacer frente a la eventualidad.

La palabra "garantía", tiene varios significados en el campo jurídico.

Entre las variadas acepciones del vocablo están las siguientes: "fianza o prenda", "acción de asegurar durante un tiempo el buen funcionamiento de algo que se vende"; "documento en que consta algo"; "confianza que ofrece alguien o algo", etc.¹

Los autores Rafael de Pina y Rafael de Pina Vara dicen del término en cuestión lo siguiente:

"Aseguramiento del cumplimiento de una obligación mediante la afectación de cosa determinada o del compromiso de pago por un tercero para el caso de incumplimiento de la misma por el deudor originario".²

¹ De. Diccionario Larousse de la Lengua Española. Editorial Larousse, México, 1994, pp. 317 y 313.

² De. Pina, Rafael de y Rafael de Pina Vara. Diccionario de Derecho. Editorial Porrúa S.A. 26ª edición, México, 1997, p. 299.

El término "garantía", resulta muy amplio en el campo jurídico ya que atiende a varios contextos, siendo el de derechos públicos subjetivos el más utilizado.

Los mismos autores Rafael de Pina y Rafael de Pina Vara agregan de manera más específica que las garantías individuales son:

"Instituciones y procedimientos mediante las cuales la Constitución Política de un Estado asegura a los ciudadanos el disfrute pacífico y el respeto a los derechos que en ella se encuentran consagrados".³

Se critica que la Constitución en su Título Primero, Capítulo Primero señale que estos derechos son: "*garantías individuales*", ya que su naturaleza real y teleología es ser derechos que la Constitución considera básicos o fundamentales, para algunos, nacen o derivan del derecho natural. Además, son en esencia derechos subjetivos públicos que la Constitución le otorga y reconoce a toda persona o gobernado y que el Estado debe respetar y garantizar que el particular realmente goce de tales derechos.

Hay que agregar que la única garantía constitucional es precisamente el *juicio de amparo* o *juicio de garantías*, como también se le conoce y cuyo fundamento se encuentra en los artículos 103 y 107 constitucionales.

Ignacio Burgoa Orihuela externa sobre la etimología del término garantía:

".....la palabra 'garantía' proviene del vocablo anglosajón 'warranty', o 'warantie', que es traducido como la acción de asegurar, proteger, defender, lo que tiene su equivalente en el verbo inglés: 'to warrant' y por ello, tiene una connotación muy amplia".⁴

³ Idem.

⁴ De. Burgoa Orihuela, Ignacio. Las Garantías Individuales. Editorial Porrúa S.A. 30ª edición, México, 1998, p. 161.

Probablemente, el término "garantía", actual se haya derivado del vocablo en inglés.

Las garantías individuales encierran una relación constante y permanente entre el Estado dotado de imperium y los gobernados, relación que los autores señalan es de supra a subordinación.

Esto no significa que el poder que ejerce el Estado sobre los particulares sea absoluto o *ad libitum*, sino que tiene sus limitantes. Dentro de estas limitaciones que la Constitución misma establece están las garantías individuales, derechos básicos o primarios que debe gozar toda persona, según se aprecia en el artículo 1º de la Ley Fundamental.

Mediante las garantías individuales que el Estado adquiere una obligación permanente, la de abstenerse de impedir el ejercicio y goce normal de dichos derechos por sus propietarios legítimos. Aún más, el Estado debe velar por que los particulares gocen en la práctica diaria de los mismos.

Sólo el Estado a través de sus órganos puede violar las garantías individuales, y nunca un particular. En el primer caso, el gobernado tiene expedita la vía del juicio de amparo para que se le restablezca el goce del o las garantías violadas, en términos de lo dispuesto en los artículos 103 y 107 de la Constitución Política del país.

A continuación citaremos algunos conceptos doctrinales sobre las garantías individuales:

Efraín Moto Salazar dice:

"Por derechos subjetivos públicos debemos entender, según lo hemos dicho, las facultades reconocidas al individuo por la ley por el solo hecho de serlo, sin atender al sexo, a la edad o nacionalidad.

Estos derechos tienen un aspecto positivo respecto al individuo y negativo respecto al gobernante. Tienen el primero porque los individuos pueden obrar libremente dentro del campo garantizado; tienen el segundo, por la obligación que éste tiene de respetar los mencionados derechos.

A menudo se confunden los términos derecho subjetivo público y garantía individual. Nuestra Constitución cae en dicha confusión cuando en sus primeros veintiocho artículos habla de garantías individuales y no de derechos subjetivos públicos. En realidad, se trata de términos distintos. Los derechos subjetivos públicos son las facultades reconocidas al individuo por la ley, por el solo hecho de ser hombre; las garantías individuales son las normas de que se vale el Estado para proteger dichos derechos”.⁵

Tenemos que señalar que la relación que existe entre el derecho subjetivo público y las garantías constitucionales es muy estrecha, por eso, la doctrina en su mayoría señala que se trata de lo mismo.

El autor Enrique Sánchez Bringas señala:

“Son los derechos que los gobernados pueden oponer a los gobernantes con el fin de que se conduzcan de la manera dispuesta por las normas del Estado. Negamos, desde luego, que existan derechos naturales o inherentes al hombre; en todo caso, con esas expresiones se significan los valores individuales y sociales sobre el hombre, su dignidad y su desarrollo...”.

6

Rodrigo Borja señala que las garantías individuales son prerrogativas que el Estado reconoce a favor de lo gobernados y que por eso, están plasmadas en normas jurídicas. Posteriormente agrega que:

⁵ De. Moto Salazar, Efraín. Elementos de Derecho. Editorial Porrúa S.A. 40ª edición, México, 1994, p. 80.

⁶ Sánchez Bringas, Enrique. Derecho Constitucional. Editorial Porrúa S.A. 3ª edición, México, 1998, p. 598.

“Esos aspectos de la personalidad humana jurídicamente protegidos, mirados desde el punto de vista del Estado, se llaman garantías constitucionales. En todo caso, ellos consisten en valores humanos jurídicamente amparados por las normas constitucionales, así frente al Estado como frente a los particulares”.⁷

Sobre la significación gramatical del término “garantía”, el autor Sánchez Viamonte, admite que tanto la palabra “garantía” como el verbo “garantizar” son creaciones institucionales de los franceses a raíz de su Revolución, y a partir de ahí fueron tomadas por los demás pueblos en sus legislaciones desde mediados del siglo XIX.⁸

El vocablo “garantía”, en el derecho público, posee significaciones diversas al referirse a distintos tipos de seguridades o de protecciones en favor de los ciudadanos gobernados dentro de un Estado de Derecho, dentro de una entidad estructurada política y jurídicamente, donde la actividad del gobierno se encuentra sometida a normas ya preestablecidas que tengan como premisa el orden constitucional. Es por esto que se ha señalado que algunas instituciones constitucionales como el principio de legalidad, el de división o separación de poderes, el de responsabilidad oficial de los servidores públicos, etc, son verdaderas garantías jurídicas en beneficio de los gobernados.

Isidro Montiel y Duarte, partiendo de esta idea primaria o general señala que garantía es:

“... todo medio consignado en la Constitución para asegurar el goce de un derecho se llama garantía, aun cuando no sea de las individuales”.⁹

⁷ Borja, Rodrigo. Derecho Político y Constitucional. Editorial Fondo de Cultura Económica, 2ª edición, México, 1992, p. 336.

⁸ Cit. por Burgoa Orihuela, Ignacio. Op. Cit. p.162

⁹ Idem.

El término "garantía" que nos ocupa, tiene dos significados, uno en amplio o lato sensu, que ya hemos referido, y otro en strictu sensu o sentido restringido que es el que nos interesa, y que se refiere a la relación jurídica de supra a subordinación, donde el Estado ocupa la jerarquía máxima, y el ciudadano o gobernado se ubica como un sujeto supeditado al poder estatal, no obstante ello, el primero le concede y reconoce ciertos derechos, obligándose a respetarlos. Estos derechos se encuentran garantizados por la Constitución Política, y en el caso de México, en el Capítulo I del Título Primero, artículos 1 al 29. Estas son las denominadas "garantías individuales".

Enrique Sánchez Bringas, anteriormente citado dice:

"Al usar las locuciones derechos humanos, garantías del gobernado, garantías individuales o derechos del gobernado, nos referimos a las prerrogativas alcanzadas por los hombres frente al poder público personificado en la autoridad. Son los derechos que los gobernados pueden oponer a los gobernantes con el fin de que se conduzcan de la manera dispuesta por las normas del Estado".¹⁰

Rafael de Pina y Rafael de Pina Vara, señalan lo siguiente:

"GARANTIAS CONSTITUCIONALES. *Instituciones y procedimientos mediante los cuales la Constitución Política de un Estado asegura a los ciudadanos el disfrute pacífico y el respeto a los derechos que en ella se encuentran consagrados.*

Cuando se habla de garantías, sin más especificación, se entiende hecha la referencia a las garantías constitucionales".¹¹

Rogelio Martínez Vara argumenta que:

¹⁰ Sánchez Bringas, Enrique Op. Cit. p. 598.

¹¹ Pina, Rafael de y Rafael de Pina Vara. Op. Cit. p. 280.

*“El derecho subjetivo público o garantía individual se conceptúa como aquella facultad que tiene una persona por el simple hecho de serlo, para desarrollar y hacer valer frente a otros hombres, pero sobre todo frente al poder del Estado, sus propios y legítimos intereses”.*¹²

César Carlos Garza García, nos da una idea más técnica:

“Vías o instituciones procesales consagradas en la Ley Suprema, cuya finalidad es restaurar el Estado de Derecho anulando los actos inconstitucionales de autoridad”.

Como podemos observar, el autor Garza García, hace alusión a las garantías constitucionales, las cuales divide en dos grupos a saber:

“1. Individuales:

Aquellos derechos subjetivos públicos que pretenden procurar un espacio mínimo de libertad (capacidad de ejercitar derechos) a los gobernados frente a la autoridad, pero en donde el gobernado es considerado en su individualidad.

2. Sociales:

*Aquellos derechos subjetivos públicos que pretenden procurar un espacio mínimo de libertad (capacidad de ejercitar derechos) a los gobernados frente a la autoridad, pero en donde se hace referencia a una textura social, como gobernados”.*¹³

Alfonso Noriega Cantú dice por su parte:

“ Son derechos naturales, inherentes a la persona humana, en virtud de su propia naturaleza y de la naturaleza de las cosas, que el Estado debe reconocer, respetar y proteger, mediante la creación de un orden jurídico

¹² Martínez Vera, Rogelio. Fundamentos de Derecho Público. Edit. McGraw Hill, 2ª edición, México, 1996, p. 143.

¹³ Garza García, César Carlos. Derecho Constitucional Mexicano. Edit. McGraw Hill, México, 1997, pp. 163 y 164.

y social, que permita el libre desenvolvimiento de las personas, de acuerdo con su propia y natural vocación, individual y social".¹⁴

Ignacio Burgoa, plantea un concepto más elaborado a partir de la concurrencia de los siguientes elementos:

"1. Relación jurídica de supra a subordinación entre el gobernado (sujeto activo) y el Estado y sus autoridades (sujetos pasivos).

2. Derecho público subjetivo que emana de dicha relación a favor del gobernado (objeto).

3. Obligación correlativa a cargo del Estado y sus autoridades, consistente en respetar el consabido derecho y en observar o cumplir las condiciones de seguridad jurídica del mismo (objeto).

4. Previsión y regulación de la citada relación por la Ley Fundamental (fuente)".¹⁵

Podríamos terminar este apartado, manifestando que las garantías individuales son los derechos tutelados por la Constitución Política a favor de los ciudadanos gobernados y que marcan un límite al poder estatal quien de lo contrario fácilmente podría causar un daño jurídico a los primeros. De este modo, estos derechos proporcionan a los particulares la seguridad de que su relación con el Estado se dará en un clima de legalidad.

A priori, podemos decir que si el Estado a pesar de su obligación de respetar las garantías individuales de los gobernados, consciente o inconscientemente quebranta tal deber, el particular puede recurrir a un medio de control de la Constitución, más exactamente, al juicio de garantías o juicio de amparo como también se le conoce.

¹⁴ Noriega Cantú, Alfonso. "La Naturaleza de las Garantías Individuales en la Constitución de 1917". Edit. UNAM, México, 1967, p. 111.

¹⁵ Burgoa, Ignacio. Op. Cit. p. 187.

1.2. CONCEPTO DE GARANTÍA SOCIAL.

Existe otro tipo de derechos o garantías llamadas "sociales", que no atienden al individuo o gobernado en lo particular, sino que se dirigen hacia un grupo social determinado, para buscar salvaguardarlo. Tal acontece con los obreros y campesinos, grupos que a través de nuestra historia, han estado totalmente rezagados y han sido explotados. Es por eso que la Constitución Política de 1917 les reconoce sus derechos como grupo, con lo que se trata de reivindicarles en sus legítimos reclamos: un mejor nivel de vida y de las condiciones de trabajo. De esta manera, nacieron a la vida jurídica los artículos 27° y 123° constitucionales, que contienen sendas garantías no individuales sino sociales.

El reconocimiento de este tipo de derechos a ciertos grupos sociales obedece a la necesidad imperiosa de equilibrar su situación de desigualdad histórica con respecto a otros como los que detentan los medios de producción: patrones o empresarios, los que han explotado siempre a los más débiles.

Ignacio Burgoa dice sobre las garantías sociales:

"Al igual que la garantía individual, la garantía social también se revela como una relación jurídica, mas los elementos distintivos de ambas difieren. De los antecedentes históricos que acabamos de narrar, se advierte que determinadas clases sociales, colocadas en una deplorable situación económica, exigieron del Estado la adopción de ciertas medidas proteccionistas, de ciertos medios de tutela frente a la clase social poderosa. Por ende, al crearse dichas medidas por el Estado mediante conductos normativos, o sea, al establecerse las garantías sociales, que es como jurídicamente se denomina a estos medios tutelares, se formó una relación de

derecho entre los grupos sociales favorecidos o protegidos y aquellos frente a los que se implantó la tutela".¹⁶

Los sujetos del vínculo jurídico en que se traducen las garantías sociales (utilizando las palabras de Ignacio Burgoa) son, por un lado, las clases sociales carentes del poder económico de los medios de protección y en general los grupos que se encuentran en situación difícil, y por otra parte están las clases que todo lo tienen, los que poseen los medios de producción y poseedores de la riqueza. Se desprende entonces que la relación que se establece es entre clases muy diferentes, económicamente hablando, por lo que se marca la desigualdad entre ambas.

El objeto de las garantías sociales es en primer lugar establecer derechos y obligaciones para las partes que estos derechos involucran, pero finalmente, podemos decir que su objeto último es el de reivindicar a las clases desprotegidas en el goce de los derechos que históricamente les han sido arrebatados, con lo que se procura que los débiles puedan tener acceso a un mejor nivel de vida, a mejores salarios, a fuentes de trabajo más dignas, etc.

En las garantías sociales, el Estado actúa como un regulador, un fiel observador de las condiciones en que se desenvuelven o desarrollan las relaciones mencionadas, pero que ejerce un imperio o poder aunque limitado. Así, el Estado establece por ejemplo, las Juntas de Conciliación y Arbitraje, la Secretaría del Trabajo, el Tribunal agrario, etc., instituciones que le ayudan a intervenir a favor de los más desprotegidos, logrando con ello la tan ansiada justicia social que persiguen las Garantías sociales.

Por último, cabe decir que las garantías sociales no se oponen ni contravienen a las garantías individuales, por el contrario, son perfectamente complementarias en razón de sus contenidos y fines, puesto que todo grupo débil como son los obreros, campesinos e incluso, los indígenas, gozan de

¹⁶ Burgoa Orihuela, Ignacio. Op. Cit. p. 704.

sendas garantías sociales (artículos 123º, 27º y 2º constitucionales), pero, cada uno de sus miembros también gozan de sus respectivas garantías individuales.

1.3. EL FUNDAMENTO DE LAS GARANTÍAS INDIVIDUALES Y SOCIALES EN NUESTRO DERECHO VIGENTE.

Las garantías individuales o derechos subjetivos públicos encuentran su fundamento primario en el derecho natural, porque tienen como objetivo conservar la integridad y la dignidad de la persona, y también evitar, hasta donde la armonía e interdependencia social lo permitan, la destrucción o simple perturbación de la actividad del individuo en sus múltiples relaciones sociales.

No obstante, los derechos a los que nos referimos, no siempre han sido poseídos por los gobernados, ya que en diversas etapas de la historia, tales derechos les fueron arrebatados por los gobernantes, creándose verdaderos gobiernos despóticos o tiránicos que en el ejercicio de su poder vejaban a todo ser humano que se encontraba en su territorio, y dejaron, en consecuencia de reconocerles la más elemental prerrogativa frente a la arbitrariedad y al gobierno omnipotente.

Las garantías individuales no se dieron a conocer en forma de derechos subjetivos, sino hasta el siglo XVIII, más exactamente en el año de 1789, cuando con motivo de la Revolución Francesa se promulgó la famosa Declaración de los Derechos del Hombre, aunque cabe decir que antes de esa época si existieron países donde se reconocían dichos derechos a los ciudadanos, Inglaterra fue uno de ellos, país que merece el mote de padre de las Garantías Individuales.

Es también justo reconocer que las ideas de Rousseau, Montesquieu y Voltaire, en mucho influyeron el movimiento revolucionario de Francia.

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, que fue un resultado jurídico de la Revolución gala, enarbó cuatro garantías fundamentales del individuo: la libertad, la igualdad, la propiedad y la resistencia a la opresión. Desde entonces, la mayoría de los pueblos del mundo civilizado cobraron conciencia y se dio inicio a una revolución cívica y conceptual, que se prolongó hasta parte del siglo XX, y por lo cual los hombres reclamaron de los gobiernos el respeto a sus Garantías Individuales.

Casi todas las constituciones del mundo contemplan en la actualidad un capítulo especial dedicado a las Garantías Individuales. En el caso de México, es el Capítulo I del Título Primero el que consagra los derechos citados, en los primeros veintinueve artículos. De ellos, es destacable el numeral 1º que dispone:

“Artículo 1.- En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

En México, todo individuo, sea nacional o no, gozará de las garantías contempladas en ella (a excepción de los derechos políticos que están destinados sólo a los ciudadanos mexicanos), y estos derechos sólo podrán restringirse o suspenderse en los términos que la misma Constitución señale (artículo 29). Por consiguiente, tenemos que el fundamento legal de las Garantías Individuales es la propia Constitución Política del país, ordenamiento legal supremo y rector de toda la República.

Concluiremos que, si no existieran las garantías individuales y sociales, el Estado, a través de sus variadas autoridades actuaría de manera arbitraria constantemente, con lo que la legalidad sería sólo un deber moral.

Las Garantías individuales y sociales son la manifestación más clara de la existencia de un Estado de derecho, en donde la actuación del Estado a través de sus órganos, así como la de los particulares se rige en todo momento por la norma jurídica, es decir, es el imperio de la norma el que reina.

Acto seguido, procederemos a hablar continuación de la clasificación doctrinal clásica de las garantías individuales: *de igualdad, de libertad, de propiedad y de seguridad jurídica*.

1.4. CLASIFICACIÓN DOCTRINAL DE LAS GARANTÍAS INDIVIDUALES:

Una de las clasificaciones mayormente aceptadas de las garantías individuales es la que señala que estos derechos se clasifican de acuerdo a su contenido o al tipo de derecho que tutelan en: garantías de libertad, de igualdad, de seguridad jurídica y de propiedad.

De esta manera, la Constitución Política recoge la anterior clasificación.

1.4.1. DE LIBERTAD.

La libertad es uno de los derechos más importantes e inherente al ser humano. En términos generales se encuentra integrada por el conjunto de facultades que poseen las personas para determinar los medios y las formas de conducta externa e interna para alcanzar sus propios fines o para lograr la satisfacción de sus intereses particulares.

Los autores Rafael de Pina y Rafael de Pina Vara, argumentan que la libertad es la: *"Facultad que debe reconocerse al hombre, dada su conducta racional, para determinar su conducta sin más limitaciones que las señaladas por la moral y el derecho..."*¹⁷

El ser humano nace libre, por lo que este derecho a seguir así, no es un regalo de alguna autoridad, sino la consecuencia lógica de su propia naturaleza.

La libertad como derecho del hombre, tiene diferentes manifestaciones: deambulatoria, de expresión de las ideas en forma verbal o por escrito, política, de trabajo, religiosa, etc. Esta libertad que posee el individuo para seleccionar las formas y los medios para alcanzar sus propios objetivos, no es absoluta, se encuentra supeditada a una serie de limitaciones, que encuentran su fundamento en la interdependencia social, es decir, en las diferentes relaciones que mantiene una persona, con el resto de la colectividad. Si por el contrario, cada persona pudiera actuar como le viniera en gana, sin someter su libertad de actuación a determinados cauces impuestos por la

¹⁷ Ibid. p. 338.

propia sociedad de la convivencia social, la vida en común resultaría materialmente imposible, y ello terminaría también con toda posibilidad de convivencia social. Por esto, resulta más que justificado el hecho de que exista un orden jurídico establecido y vigilado por el Estado, que imponga limitaciones al ejercicio de esta libertad.

Esto ha dado pauta al nacimiento de una definición más simple de la libertad, la cual señala que este derecho consiste en poder hacer lo que uno quiera siempre y cuando no dañe a otro.

Ignacio Burgoa, al referirse a la fundamentación filosófica de las garantías individuales expresa que:

*“Una de las condiciones indispensables, sine qua non, para que el individuo realice sus propios fines, desarrollando su personalidad y propendiendo a lograr su felicidad, es precisamente la libertad, concebida no solamente como una mera potestad psicológica de elegir propósitos determinados y escoger los medios subjetivos de ejecución de los mismos, sino como una actuación externa sin limitaciones o restricciones que hagan imposible o impracticable los conductos necesarios para la actualización de la teleología humana. La existencia sine qua non de la libertad, como elemento esencial del desarrollo de la propia individualidad, encuentra sustrato evidente en la misma naturaleza de la personalidad humana”.*¹⁸

El autor Alberto del Castillo del Valle, quien señala lo siguiente:

“La libertad del individuo, en todas y cada una de sus manifestaciones, es uno de los derechos de mayor trascendencia e importancia con que cuenta y de que es titular el ser humano. Por virtud de este derecho y su ejercicio por parte del hombre, éste llega a su perfeccionamiento y su

¹⁸ Burgoa, Ignacio. Op. Cit. p. 17.

*desarrollo total como tal, merced a la consecución de los fines propuestos a lo largo de su existencia”.*¹⁹

El derecho a la libertad ha llamado la atención de grandes pensadores universales, los cuales han elaborado diversas teorías sobre él, algunos defendiéndolo y otros más pretendiendo restringirlo, inclusive, llegando a proscribirlo. No obstante tales consideraciones, el ser humano ha venido luchando por obtener una mayor libertad y una protección más amplia.

La libertad del ser humano constituye el derecho de elegir entre varias opciones, aquella que mejor convenga a sus intereses, para hacer realidad los fines que previamente una persona se ha impuesto. Tales fines que el hombre se impone, derivan también del ejercicio de su libertad.

La libertad del hombre no es un derecho “ad libitum” (sin límite), sino que guarda ciertas restricciones, llamadas constitucionalmente restricciones, y que deben ser respetadas, para no incurrir en una violación al Derecho. Esas limitaciones a las distintas libertades del hombre están dadas por la legislación.

La idea anterior, es decir, de que el hombre puede actuar en sociedad libremente, siempre y cuando con su conducta no altere los derechos de ningún otro miembro del grupo social, fue aceptada desde la famosa “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”, de 1789 expedida por la Asamblea Nacional Francesa, en cuyo artículo 4º se declara que:

“La libertad consiste en poder hacer lo que no perjudica a otros”.

De este artículo se entiende que el derecho de una persona termina donde empieza el de otra.

¹⁹ Del Castillo del Valle, Alberto. “La Libertad de Expresar Ideas en México”, Editorial Duero, México, 1995, p. 17.

Nuestra Constitución Política consigna diferentes tipos de libertades, entre ellas las siguientes:

a) Libertad corporal. Es un derecho subjetivo público que se refiere a que el hombre debe nacer y morir libre, lejos de todo vínculo que le impida hacer uso de su persona y de los destinos de ésta. Por ejemplo, el artículo 2º de la Constitución, prohíbe la esclavitud, y advierte que todo esclavo extranjero que entre al país, recobrará por ese sólo hecho su libertad y la protección de las leyes.

b) Libertad para el ejercicio de la paternidad. El artículo 4º de la Constitución en su párrafo tercero dispone que las personas tienen el derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos, y que tal derecho se podrá ejercer libremente. Este derecho significa, sin embargo, que se tendrá que llevar a la práctica informadamente, lo cual quiere decir que las personas deben tomar en consideración el problema de la explosión demográfica.

c) Libertad de trabajo. Todas las personas tienen el derecho de dedicarse a la profesión, comercio o trabajo que más les acomode. Esto está consignado en el artículo 5º de nuestra Ley Suprema. Desde luego que para que éste derecho pueda conformarse como una libertad del individuo, es necesario que no pugne con los intereses jurídicamente protegidos de la sociedad. Por ello, esta libertad se encuentra sujeta a diversas limitaciones como las siguientes:

1.- La licitud. La actividad elegida por una persona no debe estar prohibida por la ley, es decir, no debe constituir la comisión de un delito, como sería el dedicarse a cometer robos de diversa índole, donde la autoridad no sólo va a impedir su ejercicio, sino que procederá penalmente por los delitos que se hubieren perpetrado. Hay otros casos en los que aun no tratándose de

delitos, las actividades que una o varias personas pretenden realizar son contrarias a la moral o a las buenas costumbres, como la prostitución.

II.- La existencia de una resolución judicial, cuando se ataquen los derechos de la sociedad. El poder público debe velar por la armonía y la interdependencia social, y por ende, debe expedir todas las disposiciones jurídicas que mantengan en buen nivel a aquéllas. Si un particular con el pretexto de la libertad de trabajo, viola la disposición jurídica que regula dicha actividad, es lógico pensar que el Estado dictará las providencias necesarias para impedir que esa actividad se realice. Este es el caso de los vendedores ambulantes que invaden la vía pública, o el de una persona que en zona residencial instala una planta industrial. En ambos casos, el Estado tiene, generalmente, normas expedidas que impiden o limitan tales actividades y que los gobernados deben obedecer.

III.- Limitación derivada del ejercicio de una profesión. El Estado determina por medio de una ley, cuáles son las profesiones que requieren cédula profesional, es decir, la autorización para su ejercicio. Aquí, el Estado vigila la delicadeza de la actividad, que la persona que vaya a ejercer una actividad de carácter profesional, compruebe ante aquél que ha realizado los estudios necesarios que lo capacitan para el desempeño de dicha actividad.

IV. Obligatoriedad para la prestación de determinados servicios personales. La ley puede exigir a las personas que presten de manera obligatoria determinados servicios personales, tales como el servicio militar, los cargos consejiles y de elección popular, el trabajo impuesto como una pena por la autoridad judicial, las funciones electorales, etc.

V.- El sexo y la edad. El artículo 123 apartado "A" de la Constitución Política expresa que para los menores de dieciséis años quedan

prohibidos los trabajos insalubres o peligrosos, así como el trabajo nocturno industrial, y cualquier otro que deba realizarse después de las diez de la noche; no se permite que se utilicen los servicios laborales de menores de catorce años; las mujeres durante el embarazo, no deberán realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para la salud, etc.

d) Libertad de manifestación de las ideas. Todas las personas tienen el inalienable derecho de expresar libremente sus pensamientos ya sea en forma oral o escrita. Por consiguiente, el Estado no puede limitar o impedir el ejercicio de la libertad de expresión. Este derecho se encuentra tutelado en los artículos 6° y 7° de nuestra Constitución Política, en los cuales también se fijan las limitaciones al mismo derecho como son, los ataques a la moral, o a terceros, que no se provoque algún delito o se perturbe el orden y la paz pública; limitantes éstas que se encuentran contenidas en la Ley de Imprenta, reglamentaria de los mismos numerales.

El artículo 130 constitucional, señala otra limitación a este derecho pues los ministros de los cultos religiosos no podrán en reunión pública o en actos de culto religioso, ni en publicaciones religiosas oponerse a las leyes del país ni atentar contra las instituciones públicas, ni mucho menos agraviar los símbolos patrios.

e) Libertad para ejercer el derecho de petición. El artículo 8° de la Constitución establece el derecho de toda persona a dirigirse a las autoridades a efecto de solicitarles algo, teniendo éstas la obligación de responder a lo solicitado. Este derecho debe sujetarse a ciertos requisitos:

I. Que se haga por escrito. Esto quiere decir, que los órganos de la autoridad deberán siempre atender las peticiones, quejas, denuncias,

rogativas, suplicas o protestas de los gobernados. Lo anterior significa, que las peticiones orales no podrán producir efectos jurídicos.

II. Que se ejerza en forma pacífica. En el momento de dirigirse a la autoridad, el peticionario debe hacerlo absteniéndose de utilizar la violencia o en forma agresiva, con el fin de obligarla a tomar alguna decisión.

III. Que sea respetuosa. El lenguaje utilizado en el escrito, a pesar de ser enérgico, debe ser en términos de absoluto respeto, cuidándose las formas y los procedimientos.

Una vez que la petición del particular ha cumplido con estos requisitos, la autoridad deberá contestarle sobre lo solicitado, emitiendo un acuerdo escrito y en breve término, debiendo fundamentar su resolución. Esto no significa que la autoridad esté obligada a responder favorablemente, y el particular, ante la negativa de la autoridad puede interponer los recursos legales pertinentes.

f) Libertad de asociación y reunión. El artículo 9º de nuestra Ley básica señala que todas las personas tienen el derecho de reunirse o asociarse libremente para algún objetivo lícito. Este precepto constitucional protege dos formas fundamentales de aglutinamientos de personas físicas: las de asociación y las de reunión. Las primeras, de asociación son aquellas en las que las personas se agrupan más o menos permanentemente para realizar algún fin: empresarial, político, cultural, social, etc. Las segundas, de simple reunión, lo hacen mediante un agrupamiento pasajero o temporal, y una vez satisfecho el motivo o fin, se disuelve.

En cuanto a las asociaciones políticas, sólo los ciudadanos mexicanos poseen este derecho, lo cual significa que los extranjeros están

impedidos para tal fin. Tampoco los ministros de algún culto religioso pueden asociarse con fines políticos de acuerdo con el artículo 130 constitucional.

g) Libertad para la posesión de armas. El artículo 10 de la Constitución expresa que todas las personas tienen en el país el derecho de poseer armas en su domicilio para su seguridad y legítima defensa. No obstante, esta garantía tiene limitaciones como las siguientes:

I.- Armas prohibidas. No pueden ser objeto de posesión por los gobernados, aquellas armas prohibidas por la ley y aquellas otras reservadas para el uso de las fuerzas armadas. La regulación de todas las armas en el país le corresponde a la Ley Federal de Armas de Fuego y Explosivos.

II.- En su domicilio. El artículo 10 constitucional establece que los gobernados deberán poseer las armas en su propio domicilio, por lo que si una persona porta una arma en la calle estará cometiendo en delito de conformidad con lo dispuesto por los artículos 160, 161 y 162 del Código Penal Federal.

h) Libertad de tránsito. Todas las personas necesitan el ejercicio de esta libertad para ubicarse, trasladarse o movilizarse a los lugares que requieran sus propios intereses. Nuestra Constitución en su artículo 11, expresa que todas las personas tienen libertad para entrar en el país y salir de él, para viajar por su territorio y para cambiar de residencia, sin que requieran de carta, pasaporte o salvoconducto, como acontece en otros países poco democráticos.

Este derecho tiene importantes restricciones como la de responsabilidad civil o criminal, cuando una persona incurra en alguna de ellas, la autoridad judicial estará facultada para dictar una resolución que le impida ejercitar su derecho al libre tránsito, como sucede con la pena privativa de libertad o la orden de arraigo. Otra limitación está dada por lo dispuesto en las

leyes sobre migración, más específicamente la Ley General de Población limita la entrada y salida de los extranjeros. La salubridad general es otra limitante a la libertad de tránsito, y se relaciona con las medidas que sobre esta materia dicten las autoridades, quienes en caso de epidemias, por ejemplo, podrían limitar la libertad de tránsito, con el fin de controlar el foco de infección.

i) Libertad de creencia religiosa. La práctica de un culto religioso es un asunto muy importante para casi todas las personas. Desde la antigüedad, el hombre ha profesado una religión, frecuentemente con el propósito de complementar su fuerza espiritual.

El artículo 24 de la Constitución política establece que todo hombre es libre para profesar la creencia religiosa que más le agrade, así como practicar las ceremonias o actos del culto respectivo.

Dentro de la profesión a un culto, no se deben causar delitos o faltas a la moral y a las buenas costumbres, y no pueden ser realizados en la vía pública o en el exterior, de acuerdo a la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, la cual reglamenta al citado artículo 24.

1.4.2. DE IGUALDAD.

El vocablo igualdad, indica similitud de derechos y de deberes entre todos los hombres. Igualdad significa que personas que se encuentran en las mismas condiciones, deben tener los mismos derechos y obligaciones.

Rafael de Pina y Rafael de Pina Vara expresan:

“Trato igual en circunstancias iguales, que significa la prohibición de toda decisión o norma legal de carácter discriminatorio por parte de órganos estatales...”²⁰

No obstante lo dicho anteriormente, el vocablo “igualdad” no puede ser aceptado como un valor absoluto, por consecuencia, el aforismo jurídico ampliamente utilizado que dice “ todos son iguales ante la ley”, tiene que ser ajustado al caso concreto de que se trate; por que ciertamente, todas las personas son iguales ante la ley, pero siempre y cuando se encuentren en igualdad de circunstancias, ya que debemos tener presente que el ser humano convive con sus congéneres en un mundo desigual por naturaleza. Por eso, la ley se aplica de la misma manera a los que son iguales y de manera desigual a los que por natura son desiguales. Esta máxima jurídica es toda una verdad de justicia.

Ejemplo de lo anterior, son las leyes existentes que prodigan un trato diferente a los menores de edad, a los que son mayores pero incapacitados; hoy en día, a las mujeres, a los ancianos y a los minusválidos con respecto a las demás personas.

La igualdad es un elemento indispensable para todas las personas, ya que les asegura la convivencia dentro de un ambiente de equidad, y les abre la posibilidad de alcanzar sus metas. Este derecho como una garantía individual se traduce en que todos los gobernados que estemos en igualdad de circunstancias, tengamos las mismas prerrogativas y deberes frente al Estado.

En nuestro régimen constitucional, todas las personas gozan los derechos que la propia Constitución les otorga, sin que importe el sexo, la

²⁰ Pina, Rafael de y Rafael de Pina Vara. Op. cit. p. 294.

edad, su raza, religión o condición social o económica, inclusive la nacionalidad de la persona, aunque con ciertas limitaciones. Esto está ordenado por el artículo 1º de nuestra Ley Fundamental que contiene una de las garantías de igualdad más importantes y trascendentes para los mexicanos y aquellos otros que sin tener nexo político-jurídico con este país, se encuentren residiendo en su territorio.

Otras garantías de igualdad que consagra nuestra Constitución se encuentran en los artículos: 4º que se refiere a la igualdad entre el hombre y la mujer, así como el derecho de todos los mexicanos a la protección a la salud, también en ese mismo numeral; el 8º que contiene el derecho de petición, facultad que todos tenemos para solicitar alguna petición al Estado, por escrito y con respeto; el artículo 9º que contiene el derecho de asociación pacífica; el artículo 17º que se refiere al derecho de toda persona a acudir ante los tribunales para que se le administre justicia en los plazos y términos marcados en la ley, etc.

1.4.3. DE SEGURIDAD JURÍDICA.

Las relaciones entre los órganos del Estado y los particulares son variadas y constantes. En efecto, a cada momento los órganos de autoridad emiten actos que con frecuencia afectan los intereses jurídicamente protegidos a los gobernados.

Los particulares ven como el Estado toma injerencia directa y a menudo unilateral en relación con los bienes que pertenecen a las personas. Por esta constante interferencia que el Estado ejerce en los intereses propios de las personas, se hace muy necesario que los órganos de autoridad representados por los servidores públicos, que actúan en su nombre, se ajusten a determinados y precisos ordenamientos legales, con el fin de que

esos actos de afectación estén fundados en la ley, tengan un procedimiento claro y jurídico y se evite que el gobernado se vuelva víctima de los gobernantes. Los requisitos de fondo y de forma que debe tener cada acto del poder público, cuando afecten con él los intereses de los particulares, se hallan establecidos en los ordenamientos legales ordinarios, por exigencia imperiosa de los preceptos constitucionales que requieren esa fundamentación y debido proceso legal a todos los actos de autoridad. Esto es lo que se conoce como garantías de seguridad jurídica. Estos derechos son los más importantes pues sirven de freno al poder público para que respete las demás garantías de igualdad, libertad y de propiedad.

Dentro de las garantías de seguridad jurídica encontramos las establecidas en los artículos: *13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º y 23º constitucionales.*

Las garantías de seguridad jurídica buscan que en el caso de que el Estado, a través de una autoridad, pretenda molestar a un particular, tal acto de molestia se lleve a cabo con estricto apego a derecho, y en caso contrario, el particular tendrá expeditos otros medios de control constitucional como la interposición del juicio de amparo (artículos 103 y 107 constitucionales).

1.4.4. DE PROPIEDAD.

Se entiende por propiedad, la facultad que tiene una persona para usar, disfrutar y disponer de un bien o de un derecho con las modalidades y limitaciones que establece la ley. La propiedad es el prototipo de los derechos reales, es también, la figura más completa que hay en el ámbito de los

derechos patrimoniales de las personas; se trata de un derecho real, individual, exclusivo, perpetuo y limitado.

En general, este derecho se divide en dos tipos: propiedad de muebles y propiedad de inmuebles. El primero se refiere al dominio exclusivo, a título de dueño que ejerce una persona sobre bienes muebles, en tanto que el segundo versa sobre la titularidad que con este carácter se ejerce sobre bienes inmuebles.

La garantía de propiedad, tanto de muebles como inmuebles, se incluye en el segundo párrafo del artículo 14 constitucional que a la letra dice:

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

Otro precepto de la Constitución Política que se refiere a la garantía de propiedad es el 27, el cual, tiene diversos párrafos, no sólo reconoce el derecho de propiedad, sino que determina, regula y establece limitaciones a este importante derecho.

Dicho precepto dispone sobre la propiedad privada:

“La propiedad de las tierras y aguas comprendidas dentro de los límites del territorio nacional corresponde originariamente a la nación, la cual ha tenido y tiene el derecho de transmitir el dominio de ellas a los particulares constituyendo la propiedad privada”.

El párrafo tercero del mismo artículo señala que la Nación tendrá en todo tiempo el derecho de imponer a la propiedad privada las modalidades

que dicte el interés público, así como el de regular, en beneficio social, el aprovechamiento de los elementos naturales susceptibles de apropiación, con el objeto de hacer una distribución equitativa de la riqueza pública.

El derecho de propiedad privada posee ciertas limitaciones, las cuales pueden llegar hasta el grado de realizarse la expropiación de los bienes por causa de utilidad pública, previa indemnización por parte de la autoridad estatal. Por ejemplo, para abrir una calle, construir un mercado, una escuela, etc., la autoridad puede realizar la expropiación de alguno o algunos predios a particulares.

Los párrafos cuarto y quinto del citado precepto, reservan al Estado el dominio directo de todos los recursos naturales que se encuentran en el mar territorial, en la plataforma continental, así como los zócalos submarinos de las islas. También el Estado tiene el dominio directo de todos los minerales o sustancias cuya naturaleza sea distinta de los elementos componentes de los terrenos, como los minerales, el petróleo y los carburos de hidrógeno. El Estado ejerce dominio sobre las aguas marinas interiores, sobre los lagos interiores, sobre los ríos y sobre las demás corrientes de agua. Estos derechos del Estado son inalienables, lo cual significa que no pueden ser susceptibles de apropiación por los particulares, y además, son imprescriptibles.

Sin embargo, algunos de ellos sí son susceptibles de transmitirse en explotación a los particulares mediante el otorgamiento de una figura importante creada por el derecho, que recibe el nombre de concesión.

Otra limitación importante al derecho de propiedad en México es la establecida por la fracción I del artículo 27 constitucional, en donde se dice que únicamente los mexicanos por nacimiento o por naturalización así como las sociedades mexicanas, tienen el derecho para adquirir la propiedad de tierras, aguas y sus accesiones o en su caso, para obtener concesiones de

explotación de minas o aguas. Los extranjeros podrán tener este derecho siempre y cuando convengan ante la Secretaría de Relaciones Exteriores en considerarse como nacionales y en no invocar en ningún momento la protección de sus gobiernos, so pena de perderlos a favor del Estado mexicano.

La Constitución prohíbe también (en el mismo artículo), que los extranjeros puedan adquirir el dominio de tierras y aguas en una franja de 100 kilómetros que se extiende a lo largo de las fronteras, y de 50 kilómetros a lo largo de todas las playas.

La fracción II del multicitado artículo 27 dispone que las asociaciones religiosas legalmente constituidas, tendrán capacidad para adquirir, poseer o administrar los bienes que sean indispensables para su objeto, siempre que reúnan los requisitos y las limitaciones que la ley reglamentaria establezca.

Las fracciones III y IV del precepto en comento, estipulan que tanto las instituciones de beneficencia pública o privada, como las sociedades mercantiles por acciones sólo podrán ser propietarias de los bienes raíces que sean necesarios para el cumplimiento de su objeto directo.

1.5. EL DERECHO A LA SALUD COMO UNA GARANTÍA CONSTITUCIONAL (ARTÍCULO 4º CONSTITUCIONAL).

De la lectura del párrafo tercero del artículo cuarto de la Ley fundamental se desprende que toda persona, sin importar su condición, raza, sexo, posición económica, religión o costumbre, tiene derecho a la salud

“Artículo 4º.-El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez”.

1.5.1. CONTENIDO.

Lo señalado antes significa que todos los mexicanos gozan de acceso a los servicios de salud del país. Por otra parte, el párrafo agrega que la ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud en el país, estableciéndose una competencia concurrente entre la Federación,

ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud en el país, estableciéndose una competencia concurrente entre la Federación, los Estados y los Municipios, de acuerdo a lo que enuncia la fracción XVI del artículo 73º constitucional:

"El Congreso tiene facultad:

.....

.....

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

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

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

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

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

1.5.2. ALCANCES.

La salud en el país es un asunto de interés público, por eso, existe una dependencia encargada de que esta efectivamente llegue a todos los mexicanos. Esa dependencia es precisamente la Secretaría de Salud, dependiente del Presidente de la República, en términos de lo dispuesto en el artículo 90º constitucional (relativo a la administración pública federal). La Secretaría de Salud se ocupa principalmente en que la salud sea un derecho que alcance a todos los mexicanos en el país.

Es importante resaltar que el derecho a la salud es una garantía constitucional de todos los mexicanos, al menos, en su sentido teórico ya que en la práctica, el derecho a la salud atraviesa por una severa crisis de la que hablaremos después.

Como lo hemos externado anteriormente, el artículo 4º constitucional en su párrafo tercero contiene una importante garantía de tipo social, puesto que está dirigida a todos los mexicanos, sin excepción alguna, considerando a la salud como un asunto de interés público y se infiere que es prioritario para el Estado mexicano, hecho que se comprueba de la lectura de la presente tesis jurisprudencial:

SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS.

La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4o., párrafo cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2o., 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social, que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud. Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

Amparo en revisión 2231/97.-José Luis Castro Ramírez.-25 de octubre de 1999.-Unanimidad de siete votos.-Ausentes: Mariano Azuela Güitrón, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, Humberto Román Palacios y Juan N. Silva Meza.-Ponente: Mariano Azuela Güitrón, en su ausencia hizo suyo el proyecto Sergio Salvador Aguirre Anguiano.-Secretaria: Lourdes Ferrer Mac Gregor Poisot.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy veintinueve de febrero en curso, aprobó, con el número XIX/2000, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación no es idónea para integrar tesis jurisprudencial.-México, Distrito Federal, a veintinueve de febrero de dos mil.

Instancia: Pleno. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Época: Novena Época. Tomo XI, Marzo del 2000. Tesis: P. XIX/2000 Página: 112. Tesis Aislada.

De conformidad con lo dispuesto por el párrafo tercero del artículo 4º constitucional, se establece un sistema de salubridad donde participan tanto la Federación como los Estados y los Municipios, sin que haya invasión de esferas de competencia como se aprecia en la siguiente tesis jurisprudencial:

SALUBRIDAD LOCAL. LAS DISPOSICIONES EMITIDAS POR LA LEGISLATURA DE BAJA CALIFORNIA EN MATERIA DE, NO INVADEN LA ESFERA DE LA FEDERACION, EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL. (CODIGO DE DEFENSA SOCIAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA. CONSTITUCIONALIDAD DE SUS ARTICULOS 199 BIS 1, 199 BIS 2, 199 BIS 3 Y 199 BIS 4).

El Congreso del Estado de Baja California tiene competencia para legislar en materia de salubridad local, de acuerdo con el artículo 73, fracción XVI, en relación con el artículo 124, ambos de la Constitución Federal. Debe

considerarse que el reparto de facultades en materia de salubridad entre la Federación y los estados se funda en los artículos antes mencionados y por ende, la facultad de legislar sobre salubridad local permanece en el acervo de atribuciones de los estados, entre otras facultades no sustraídas de los mismos para ser otorgadas en forma expresa a la Federación. Nuestra Constitución Política Federal, en su artículo 73, fracción XVI, sólo ha concedido facultades al Congreso de la Unión, para legislar en materia de "salubridad general", y para su mejor comprensión es necesario recurrir a distintas disposiciones del Código Sanitario, para determinar los aspectos de salubridad sobre los que ha legislado la Federación, con base en dicho artículo, tales como los artículos 2o., 3o., 189, 193, 207, 208 y 217, del Código de referencia. Determinadas así las actividades en materia de salubridad general del país, puede afirmarse que la Federación ha legislado sobre materias y presupuestos diferentes a los referidos en los artículos 199 bis 1, 199 bis 2, 199 bis 3, 199 bis 4 del Código Penal del Estado de Baja California, en los cuales se tipifica como delito y establece pena corporal para la conducta de quien elabore, transporte, adquiera, posea, enajene o suministre gratuitamente, de quien realice actos de provocación, instigación, inducción o auxilio, o de quien siendo farmacéutico, boticario, droguista, médico o responsable; propietario, encargado, empleado, comisionista o dependiente de un establecimiento comercial surta, sin receta de médico autorizado, los productos a que se refiere el artículo 199 bis 1. En efecto, a través de los preceptos transcritos las autoridades locales combaten el uso indebido de los medicamentos psicotrópicos-hipnóticos, que crean hábito o degeneran la raza humana, en tanto que el artículo 73, fracción XVI, constitucional y las disposiciones del Código Sanitario, fundamentalmente el artículo 3o., fracción III, contemplan supuestos diferentes como son los casos de epidemias de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la campaña contra el alcoholismo y comercio de estupefacientes; y las relacionadas con el tráfico y suministro de sustancias denominadas estupefacientes o reputadas por las autoridades correspondientes, como tales, que por su contenido tóxico tienen una gran influencia en el envenenamiento

del individuo y degeneran la especie humana. Por otra parte, no es suficiente que el Consejo de Salubridad General tenga facultad para expedir reglamentos con relación al almacenamiento, acondicionamiento, venta y suministro de medicamentos, si la misma no ha sido ejercitada; ni que los medicamentos peligrosos pertenezcan al género que comprende a los estupefacientes, si no se acredita con la prueba conducente que los medicamentos a que se refiere el artículo 199 bis 1 del Código Penal para el Estado de Baja California, estén comprendidos dentro de la primera fracción del artículo 207 del Código Sanitario que divide a los medicamentos en estupefacientes peligrosos y no peligrosos; o que el propio Consejo de Salubridad General hubiere considerado aquellos medicamentos como productos de naturaleza análoga, en ejercicio de la facultad derivada del artículo 218 del Código Sanitario. Los anteriores razonamientos son el fundamento para determinar que la legislatura local del Estado de Baja California sí tiene competencia para expedir el Decreto número 96 que adicionó el Código Penal de aquella Entidad Federativa, impugnado en este juicio de garantías, y por lo tanto, no invadió ninguna facultad exclusiva de la Federación, porque la facultad de legislar en materia de salubridad no compete sólo a la Federación sino que es concurrente y complementaria de la Federación y de los estados; aquélla, con el fin de lograr el bienestar de la colectividad, y éstos en uso del derecho de legislar sobre salubridad local en su ámbito territorial, por lo que se determina que no se viola ninguna disposición constitucional.

Amparo en revisión 5465/71. Rubén Núñez de la Paz. 7 de noviembre de 1972. Mayoría de 15 votos. Disidente: J. Ramón Palacios Vargas. Ponente: Mariano Ramírez Vázquez.

NOTA:

En la publicación original este tesis aparece con la siguiente leyenda: "Véanse: Séptima Época: Volumen 27, Primera Parte, pág. 89. Volumen 34, Primera Parte, pág. 49.

Instancia: Pleno. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Época: Séptima Época. Volumen 47 Primera Parte. Tesis: Página: 49. Tesis Aislada”.

Sin embargo, hay que mencionar que si bien la Constitución Política es clara en cuanto al derecho a la salud de todos los mexicanos, la verdad es que el acceso a ese derecho es muy limitado desde hace ya muchos años. Las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado) y los estatales y municipales atraviesan serios problemas de carácter económico, lo que impide que todos los mexicanos, sobre todo, aquellos de escasos recursos económicos puedan gozar de buenos servicios médicos. Este problema se ha agravado ante el crecimiento exagerado de nuestra población y la indiferencia del gobierno federal el cual no ha podido adoptar medidas más eficaces para garantizar en la práctica el derecho a la salud.

Todo esto significa que el derecho a la salud es, sólo una bella garantía social, plasmada en el documento constitucional que no alcanza a cumplirse por problemas económicos y por una falta evidente de planeación del Gobierno en sus tres niveles en esta materia.

CAPÍTULO 2.

MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO.

2.1. CONCEPTO DE SALUD.

Después de la vida y quizá de la libertad, la salud es un bienpreciado por el ser humano, puesto que de nada le serviría tener grandes riquezas materiales si carece de salud. Sin embargo, el ritmo de vida acelerado que se vive en la mayoría de los países y principalmente en las grandes metrópolis como New York, Tokio, Los Ángeles o la Ciudad de México, nos ha llevado a un ritmo vertiginoso de vida en el que la calidad de ésta deja mucho que desear. Aunado a ello, hay que decir que en los tiempos modernos de grandes avances científicos, tecnológicos, químicos y cibernéticos y que parecerían de enormes ventajas y puntos a favor, lo cierto es que también nos han traído a nuestra vida algunos inconvenientes que han deteriorado nuestro estándar de vida.

Por "salud" se entiende: "Estado de un ser orgánico exento de enfermedades.// Condiciones físicas de un organismo en un determinado momento.// Estado de una colectividad, institución, etc".²¹

Del concepto anterior desprendemos uno propio que señala: "la salud es un estado orgánico de continuidad, libre o exento de cualquier patología o enfermedad". Se puede agregar que la salud es el estado ideal del ser humano; un estado de equilibrio físico y mental.

²¹ Diccionario Larousse de la Lengua Española. Op. Cit.. p. 593.

Así, la salud es incompatible con cualquier patología o enfermedad, sea esta ligera o grave. Por eso se dice que cuando una persona se enferma o posee una patología (enfermedad), pierde parte de su continuidad o estado de normalidad orgánico.

La Enciclopedia Encarta Microsoft habla del vocablo salud en dos formas, en la primera se refiere al estado físico de los seres humanos y dice:

“Forma física, capacidad del cuerpo humano para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana. La forma física es un estado del cuerpo (y de la mente) que ayuda a desarrollar una vida dinámica y positiva y es posible que afecte a casi todas las fases de la existencia humana. Fuerza muscular, energía, vigor, buen funcionamiento de los pulmones y el corazón, y un estado general de alerta, son signos evidentes de que una persona goza de buena forma física. Esto suele calcularse con relación a expectativas funcionales, es decir, lo normal es realizar pruebas periódicas que miden la fuerza, resistencia, agilidad, coordinación y flexibilidad. También se emplean las pruebas de estrés (usando un ergómetro, por ejemplo), que evalúan la respuesta del cuerpo al estímulo físico potente y sostenido”.

De acuerdo con este concepto, el ideal de toda persona o ente viviente es la salud es su estado ideal. En términos generales, nacemos sanos, por lo que se debe buscar mantener ese estado natural.

En una acepción médica, la misma obra dice de la salud que:

“La salud pública, es la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el

*grado más alto posible de actividad por sí mismas. La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades”.*²²

Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores. Hacia el año 1400 a.C., la llamada ciencia de la vida, o Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar

²² Enciclopedia Encarta Microsoft 2002. Microsoft Corporation.

humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.²³

Indudablemente, la salud representa para la mayoría de los países uno de los objetivos prioritarios o estratégicos, y sobretodo, para los que se encuentran en el subdesarrollo como es el caso de México. Por ello, el Estado debe encarar los nuevos retos que en materia de salud traerán los tiempos actuales.²⁴

2.2. CONCEPTO DEL DERECHO A LA SALUD.

La salud constituye un bien que tutelan las leyes en la mayoría de los países. En el caso de México, el derecho a ella se encuentra tutelado por el artículo 4º constitucional, en su párrafo tercero, el cual se comentará en el punto inmediato siguiente.

La Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4º constitucional establece en su artículo 1º:

“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

Se desprende que la Ley General de Salud establece las bases para que toda persona tenga acceso a la salud como un derecho constitucionalmente reconocido.

El artículo 2º de la Ley enuncia:

"Art. 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud".

El legislador federal ha concebido a la salud como un asunto prioritario en el país, y efectivamente así debe ser, ya que si no se cuenta con mejores perspectivas de vida, con salud en la mayoría de su población y con los servicios médicos necesarios, ese país no podrá avanzar.

Nuestro país ha podido ya erradicar algunas enfermedades desde hace algunos años como la lepra, la tuberculosis, la peste, el cólera, etc., patologías que en otros Estados del mundo siguen cobrando muchas víctimas al año como en la India, Pakistán, Sri Lanka, los países africanos, etc.²⁵

En nuestro sistema jurídico constitucional, toda persona debe tener acceso real a los servicios de salud pública, y con ello, lograr que la población tenga un estado de vida normal que le permita desarrollar sus múltiples actividades.

2.3. LAS IMPLICACIONES DEL DERECHO A LA SALUD.

A continuación, hablaremos brevemente sobre las implicaciones jurídicas y sociales del derecho a la salud, toda vez que se trata de un derecho fundamental para los mexicanos y que la Constitución Política general lo consagra.

2.3.1. JURÍDICAS.

Como lo hemos externado anteriormente, el artículo 4º constitucional en su párrafo tercero contiene una importante garantía de tipo social, puesto que está dirigida a todos los mexicanos, sin excepción alguna, considerando a la salud como un asunto de interés público y se infiere que es prioritario para el Estado mexicano, hecho que se comprueba de la lectura de las tesis jurisprudenciales invocadas en el Capítulo anterior.

De conformidad con lo dispuesto por el párrafo tercero del artículo 4º constitucional, se establece un sistema de salubridad donde participan tanto

²⁵ Idem.

la Federación como los Estados y los Municipios, sin que haya invasión de esferas de competencia, sino que por el contrario, debe existir una constante colaboración entre la Federación y las entidades que la conforman.

La idea fundamental del legislador federal es que todos los mexicanos tengamos un acceso real y efectivo a los servicios de salud, en el entendido de que se trata de una de las obligaciones del Estado moderno.

El texto del artículo 4º del Pacto Federal no deja lugar a dudas, la salud es un derecho de todos los mexicanos y por otra parte, es una prioridad para el Estado el cual debe garantizar el acceso a los servicios médicos en las clínicas y hospitales del sector público, a través de los gobiernos federal y estatal.

Por otro lado, el artículo 4º sienta las bases para que los servicios de salud que presta el Estado se puedan concesionar a los particulares de acuerdo a lo que señala la Ley General de Salud, como ordenamiento reglamentario del texto constitucional. Así, los gobernados tiene acceso a los servicios de salud públicos o privados, de acuerdo a las posibilidades económicas de cada quien.

2.3.2. SOCIALES.

No obstante lo anteriormente dicho, es justo decir que si bien la Constitución Política es clara en cuanto al derecho a la salud de todos los mexicanos, la verdad es que el acceso a ese derecho es muy limitado desde hace ya muchos años. Las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado) y los estatales y

municipales atraviesan serios problemas de carácter económico, lo que impide que todos los mexicanos, sobre todo, aquellos de escasos recursos económicos puedan gozar de buenos servicios médicos. Este problema se ha agravado ante el crecimiento exagerado de nuestra población y la indiferencia del gobierno federal el cual no ha podido adoptar medidas más eficaces para garantizar en la práctica el derecho a la salud.

Lo anterior quiere decir que el derecho a la salud es sólo una bella garantía social, plasmada en el documento constitucional que no alcanza a cumplirse por problemas económicos y por una falta evidente de planeación en esta materia.

Por otro lado, es innegable que uno de los temas más importantes de varias disciplinas como la Teoría General del Estado, de la Ciencia Política y otras más es el de los fines del Estado. En este sentido, el Estado es un ente creado por la voluntad de los particulares, considerado por la Ley como una persona moral, según consta en el artículo 25, fracción I del Código Civil Federal y del correlativo código para el Distrito Federal.

El Estado como ente creado por el hombre tiene o persigue un fin básico o fundamental: el bienestar de la sociedad, un anhelo muy grande y sueño de todos los Estados. El bienestar común se puede traducir en la mejoría constante como un estilo o nivel de vida. El artículo 3º constitucional en su fracción II, inciso a) explica que la educación es democrática, dando uno de los conceptos de democracia más preciosos que se puedan encontrar:

“a) Será democrático, considerando a la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo”.

Este bello concepto nos muestra que la idea de nuestro Estado es que sea democrático, entendiéndolo por tal a la forma política y sobretodo, de vida basada en el mejoramiento constante del nivel de vida de todos los mexicanos. Dentro de cualquier idea sobre el mejoramiento del nivel de vida de los mexicanos debe ubicarse en un lugar primordial al derecho a la salud, como una materia prioritaria, por tanto, la salud constituye como ya lo dijimos en repetidas ocasiones una prioridad de todo Estado. En el caso de nuestro país, la salud constituye un deber por parte del Estado hacia todos los mexicanos, sin excepción alguna, por ello, se ha elevado a grado de garantía constitucional.

Este deber y el correlativo derecho de todos los mexicanos se desprende de la lectura del citado párrafo tercero del artículo 4º constitucional.

No obstante, es triste reconocer que en la práctica diaria, el derecho a la salud no ha podido cumplirse al pie de la letra, ya que el Estado mexicano a través de su gobierno en sus tres niveles: federal, local y municipal, no ha podido cumplir con lo dispuesto por la Constitución Política general, principalmente debido a cuestiones económicas o de falta de presupuesto para satisfacer todas las necesidades de la población en materia de salud, pero también hay que ponderar el incremento exagerado de la población en el país, la cual ha crecido geométricamente en relación con el avance de las instituciones de salud que han crecido apenas aritméticamente, si acaso.

Podemos concluir que la salud es realmente un deber del Estado mexicano y a la vez un derecho de todos los ciudadanos mexicanos, pero, en la práctica, el Estado mismo no ha podido cumplir con ese deber, por lo que existe un gran rezago en materia de salud en el país.

2.4. EL MARCO LEGAL DE LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO:

El derecho a la salud como una garantía de todos los mexicanos engloba un marco legal integral que se compone no sólo por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sino por otras leyes que derivan de ella, complementándola y aclarando cuáles son esos derechos que el ciudadano mexicano tiene en este importante campo y que abarca los ámbitos federal y local.

En seguida hablaremos en términos generales sobre el marco jurídico que rodea al derecho a la salud como una garantía constitucional.

2.4.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Hemos dicho con antelación que el artículo 4º constitucional (párrafo tercero) incorpora el derecho a la salud como una garantía social, esto es, para todos los mexicanos, sin importar distinciones de raza, credo, ideologías, situación económica, etc. El texto literal del numeral es como sigue:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

La anterior fracción del artículo 4º constitucional es de suma importancia puesto que eleva a grado de garantía social el derecho que toda

persona tiene a la salud. A continuación se abordará con mayor amplitud este tema.

De la lectura del párrafo tercero del artículo cuarto de la Ley fundamental se desprende que toda persona, sin importar su condición, raza, sexo, posición económica, religión o costumbre, tiene derecho a la salud en México. Esto significa que todos los mexicanos gozarán de acceso a los servicios de salud del país. Por otra parte, el párrafo agrega que la ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud en el país, estableciéndose una competencia concurrente entre la Federación, los Estados y los Municipios, de acuerdo a lo que enuncia la fracción XVI del artículo 73º constitucional:

"El Congreso tiene facultad:

.....

.....

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

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

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

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

4ª. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al

individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan”.

La salud en el país es un asunto de interés público, por eso, existe una dependencia encargada de que esta efectivamente llegue a todos los mexicanos. Esa dependencia es precisamente la Secretaría de Salud, dependiente del Poder Ejecutivo Federal, en términos de lo dispuesto en el artículo 90° constitucional (relativo a la administración pública federal). La Secretaría de Salud se ocupa principalmente en que la salud sea un derecho que alcance a todos los mexicanos en el país:

“Artículo 90°.-La Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos y definirá las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación.

Las leyes determinarán las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal, o entre éstas y las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos”.

La Secretaría de Salud es parte integrante de la Administración Pública Federal centralizada y cuenta con las siguientes atribuciones que la ley reglamentaria del artículo 90° constitucional (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal) le confiere:

“Artículo 26°.-Para el despacho de los asuntos del orden administrativo, el Poder Ejecutivo de la Unión contará con las siguientes dependencias:

- Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Relaciones Exteriores.

- Secretaría de la Defensa Nacional.
- Secretaría de Marina.
- Secretaría de Seguridad Pública.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- Secretaría de Energía.
- Secretaría de Economía.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
- Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.
- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Secretaría de la Reforma Agraria.
- Secretaría de Turismo.
- Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal".

"Artículo 39º.-A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

1. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a

la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;

III.- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;

IV.- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores;

V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;

IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;

X.- Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana;

XI.- Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana;

XII.- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas;

XIII.- Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario;

XIV.- Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana;

XV.- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra;

XVI.- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;

XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con lo previsión social en el trabajo;

XVIII.- Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;

XIX.- Organizar congresos sanitarios y asistenciales;

XX.- Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal;

XXI.- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General;

XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento, y

XXIII.- Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados;

XXIV.- Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos".

De la lectura del artículo anterior nos percatamos que el derecho a la salud y los servicios que el Estado presta en ese campo engloban muchos contenidos tanto en el ámbito federal como en el local, los cuales se complementan para que al menos, desde el punto de vista teórico, los servicios de salud estatales lleguen de manera pronta y efectiva a todos los mexicanos.

2.4.2. LA LEY GENERAL DE SALUD.

La Ley General de Salud es el ordenamiento mas importante en materia de salud en todo el país. Deriva, como ya lo hemos dicho del artículo 4º constitucional.

Esta Ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984 y ha sido modificada en diversas ocasiones mediante los decretos correspondientes.

La Ley General de Salud en su artículo 1º expresa sus objetivos en general:

“Artículo 1º.-La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”.

El artículo 2º se refiere a las finalidades del derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

“Artículo 2º.-El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”.

La Ley General de Salud es de aplicación federal y consta de 472 artículos principales y de 15 transitorios relativos a las reformas que ha sufrido la Ley.

El artículo 3º de la misma establece que son materia de salud en el país los siguientes rubros:

“Artículo 3º.-En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II;

IV. La atención materno-infantil;

V. *La planificación familiar;*

VI. *La salud mental;*

VII. *La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;*

VIII. *La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;*

IX. *La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;*

X. *La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;*

XI. *La educación para la salud;*

XII. *La orientación y vigilancia en materia de nutrición;*

XIII. *La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;*

XIV. *La salud ocupacional y el saneamiento básico;*

XV. *La prevención y el control de enfermedades transmisibles;*

XVI. *La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;*

XVII. *La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;*

XVIII. *La asistencia social;*

XIX. *El programa contra el alcoholismo;*

XX. *El programa contra el tabaquismo;*

XXI. *El programa contra la farmacodependencia;*

XXII. *El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;*

XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII;

XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;

XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;

XXVII. La sanidad internacional, y

XXVIII. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional".

En este numeral se sintetizan los contenidos de los servicios de salud que presta el Estado mexicano a través de sus dos principales niveles de gobierno como son: federal y local, con lo que se pretende que dichos servicios lleguen efectivamente y de manera adecuada a toda la población del país, pero, especialmente, a aquellos de escasos recursos, ya que como veremos después, el Gobierno ha concesionado este importante rubro a los particulares para que los servicios de salud tengan más variantes y puedan ser suficientes, por lo que hoy observamos la existencia de muchos hospitales y pequeñas clínicas privadas al alcance sólo de unos cuantos, mientras que los hospitales y clínicas del sector público siguen saturados y con un presupuesto francamente ínfimo para cubrir y satisfacer las necesidades de los usuarios en todo el país.

2.4.3. REGLAMENTOS.

La ley General de salud cuenta a la fecha con varios Reglamentos sobre temas específicos que son los siguientes: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; Reglamento de Ingeniería Sanitaria Relativo a Edificios; Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Sanidad Internacional y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Otras disposiciones de orden federal en materia de salud son las siguientes: la Ley sobre el Sistema nacional de asistencia Social; el Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación; el Reglamento de la Comisión Intersecretarial del Cuadro Básico de Insumos del sector Salud; el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; el Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud; el Reglamento para la Organización y Funcionamiento del Consejo Nacional contra las Adicciones; la Ley del Instituto Nacional de Cancerología; la Ley del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; el Reglamento Interior de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica, etc. Este es el marco legal secundario de la salud en materia federal, como vemos, es bastante amplio.

2.4.4. LAS DISPOSICIONES LOCALES.

Los servicios de salud implican la colaboración entre la Federación y las entidades que conforman a ésta. Así, hay una regulación federal y otra de índole local que se integra por las diferentes leyes de salud en ese ámbito para cada una de las entidades federativas. Por ejemplo, el Distrito Federal cuenta con su propia normatividad la cual se complementa con el marco federal arriba señalado: la Ley de Salud para el Distrito Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de enero de 1987, la cual cuenta con su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el reglamento de Cementerios en el Distrito Federal, el Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito Federal; el Reglamento para la Protección de los No Fumadores en el Distrito Federal; etc.

Podemos observar que el marco del derecho a la salud tanto a nivel federal como en el Distrito Federal es muy completo, sin embargo, este éxito sólo es en la teoría ya que en la práctica, no se ha podido cristalizar.

2.5. EL CONTROL SANITARIO POR LA FEDERACIÓN.

El Gobierno Federal ejerce el control sanitario en el país de conformidad con los artículos 1º, 2º, 3º y 4º de la Ley General de Salud. Los primeros tres artículos ya fueron transcritos con anterioridad, el artículo 4º establece cuáles son las autoridades sanitarias:

“Artículo 4º.-Son autoridades sanitarias:

I. El Presidente de la República;

II. El Consejo de Salubridad General;

III. La Secretaría de Salud, y

IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal".

De la simple lectura de los artículos antes invocados se desprende que la Federación a través del Ejecutivo de la Unión y de la Secretaría de Salud ejercen el control sanitario en todo el país, sin embargo, sería muy complicado que la Federación pudiera cumplir con esta función de manera cabal en todos los lugares del país, por lo cual, hay un Sistema Nacional de Salud en el que el Gobierno Federal colabora con las entidades federativas en el campo de los servicios de salud, como se puede observar en el artículo 1º de la Ley de la materia.

Desde el punto de vista de la Teoría General del Estado y de la Ciencia Política esto es entendible ya que uno de los objetivos del Estado es proporcionar los servicios de salud necesarios para la población, por lo que se convierte en un deber del Estado y un derecho elevado a rango de garantía constitucional a favor de los gobernados o particulares.

2.6. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

De acuerdo con el artículo 4º constitucional y el 5º de la Ley General de Salud, en México existe un Sistema Nacional de Salud:

"Artículo 5º.-El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de

acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

El Sistema Nacional de Salud se integra por las dependencias y autoridades de la Administración Pública Federal y local, es decir, por la Secretaría de Salud, dependiente del Poder Ejecutivo de la Unión la cual colabora con las distintas Secretarías de Salud de cada una de las entidades federativas. El Sistema Nacional de Salud se ocupa esencialmente de dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud de los mexicanos.

El artículo 6° de la ley General de Salud define de manera más específica todos y cada uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud:

“Artículo 6°.-El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

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

II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud".

La fracción I del artículo es clara al manifestar que el Sistema Nacional de Salud se encargará de prestar los servicios de salud a los mexicanos, debiendo mejorar la calidad de ellos y atendiendo los problemas de sanidad en el país como son epidemias que hoy están de moda en el mundo.

Le corresponde a la Secretaría de Salud coordinar el Sistema Nacional de Salud en términos del artículo 7º de la ley de la materia:

"Artículo 7º.-La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

III. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;

IV. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;

V. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;

VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;

VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;

VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;

IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;

X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;

XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;

XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y

XV. Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables”.

Finalmente, el artículo 9º de la Ley se refiere a la colaboración entre los Gobiernos Federal y locales en materia de prestación de servicios de salud de lo que ya hemos comentado:

“Artículo 9º.-Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo”.

El artículo 10º de la Ley General de Salud incluye dentro del Sistema Nacional de Salud al sector privado en los términos siguientes:

“Artículo 10º.-La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos”.

Así, vemos que tanto el sector público como el privado integran el Sistema Nacional de Salud, lo que beneficia a los usuarios de dichos servicios en el país.

2.7. LA REALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.

Creemos que el crecimiento exagerado de la población en el país, aunado a la falta de un presupuesto más adecuado para desarrollar los programas del gobierno federal en materia de salud han ocasionado un retraso evidente en este campo, y con ello, muchos mexicanos de escasos recursos no tienen u acceso real a los servicios básicos de salud, por lo que las enfermedades y el nivel de mortandad es alto en esas comunidades alejadas de las ciudades.

El problema poblacional no es privativo de nuestro país, el autor Hernán González Wood apunta sobre ello:

"Al ritmo del crecimiento actual, se calcula que la población del mundo será superior a los seis mil millones de seres para fines del presente siglo para los albores del siglo XXI. De éstos, 3 de cada 4 pertenecerán al mundo subdesarrollado. La pregunta que surge frente a este dato es ¿qué tipo de vida tendrán sus vidas?".²⁶

En materia de salud, la Organización Mundial de la Salud ha denunciado que de los 440 millones de personas del Continente Americano, 140 millones de ellas no tienen acceso regular a la atención médica.

La esperanza de vida al nacer fluctúa entre los 72 y 74 años en los países desarrollados pero no sobrepasa los 55 años en los Estados considerados como subdesarrollados, y 45 en los países africanos.

²⁶ González Wood, Hernán et alios. *Bioética y Derechos Humanos*. UNAM, México, 1992, p. 29.

A principios de los años ochentas, la UNICEF señaló que de los 122 millones de niños nacidos, 12 millones (1 de cada 10) murieron antes del año de edad, el 95% de ellos en los países subdesarrollados. La OMS (Organización Mundial de la Salud), en las naciones más pobres, de cada 1000 niños nacidos vivos, aproximadamente 200 mueren antes de cumplir 1 año y otros 100 mueren antes de cumplir los 5 años, además, sólo 500 de ellos llegarán a cumplir los 40 años.²⁷

Este panorama que imperaba en la década de los ochentas en el mundo no ha cambiado mucho, lo que significa que no se ha considerado la salud como un derecho fundamental de los seres humanos y una responsabilidad de los Estados y de la sociedad en la atención y cuidado de ella. Así, mientras no desaparezcan las desigualdades mundiales que producen hambre, pobreza, ignorancia e insalubridad, poco podrán las naciones lograr en materia de salud en los países subdesarrollados, a diferencia de los Estados del primer mundo en donde la salud está garantizada para todas las personas: tenemos el caso de los Estados Unidos de América, país donde existe un seguro del desempleado el cual goza de acceso real a la salud en las clínicas comunitarias, puesto que el Estado ha asumido íntegramente su responsabilidad en esta materia y ha designado presupuestos importantes a la salud de los nacionales de ese país.

En el caso de nuestro país, la situación que priva es realmente difícil. Toda persona que tiene que acudir a las clínicas del IMSS o ISSSTE, pasan por verdaderos suplicios. La atención médica es de mediano o bajo nivel: los pacientes se convierten en simples estadísticas o números, ante la indiferencia y frialdad de quienes se encargan de prestar los servicios de salud. Las medicinas son muy escasas ya que la mayoría de ellas son sacadas ilegalmente de las clínicas por los propios trabajadores de las clínicas de salud,

²⁷ Ibid. P. 30.

es decir, que en esos centros de salud existe un nivel de corrupción muy alto y que atenta contra la salud de los derechohabientes quienes necesitan el servicio y tienen que soportar los malos tratos y limitaciones de su clínica.

Hay que agregar que el costo de las medicinas de patente es muy alto en la actualidad, lo que dificulta que la gente de pocos recursos económicos pueda conseguirlos, y visitar un médico particular resulta casi imposible por los altos honorarios que cobran la mayoría de ellos.

Un punto a favor de las clases populares es que hoy se cuenta con los medicamentos llamados similares o genéricos, los cuales contienen la esencia o base del medicamento de patente, pero su costo es mucho más barato, por lo que están al alcance de la población.

Vale la pena concluir este apartado señalando que los servicios médicos que prestan las instituciones de salud públicas en México, tanto el IMSS como el ISSSTE resultan insuficientes para atender las necesidades de la población y garantizar un estado de salud normal para nuestra población, quedando rezagada aquella otra que no posee muchos recursos económicos. La sobre población y el escaso presupuesto que el Legislativo de la Unión asigna al sector salud del país han ocasionado esta triste realidad en la que todo enfermo se convierte en parte de las estadísticas, olvidándose las autoridades que es un ser humano y que merece una mejor atención y un mejor trato, ya que el servicio de salud que requiere no es gratis, puesto que el derechohabiente lo está pagando con cotizaciones en su trabajo o bien, ya lo pagó con una vida entera de trabajo, por lo que ahora es justo que reciba la atención y los servicios médicos necesarios y dignos de toda persona humana.

2.8. LA CALIDAD DE VIDA EN MÉXICO.

Sin el ánimo de ser sensacionalistas, ni alarmistas, debemos señalar que debido a los problemas imperantes en las grandes ciudades como el Distrito Federal, la calidad de vida es muy pobre, en comparación con la provincia, donde las expectativas son todavía buenas, con excepción de la falta de empleos bien remunerados, razón por la que muchas personas vienen a las grandes urbes para buscar mejores oportunidades de vida, o inclusive, miran hacia los Estados Unidos como la solución óptima.

La calidad de la vida es baja en ciudades como el Distrito Federal ya que los alimentos contienen muchos químicos, como sucede con los alimentos llamados "transgénicos", que son una amenaza para la vida humana por su alta toxicidad; el aire que respiramos está demasiado contaminado, por lo que las enfermedades virales y bacterianas están a la orden del día. A esto habría que sumar la falta de vivienda, de trabajos bien remunerados, de espacios para el deporte, el alto grado de criminalidad y las constantes crisis económicas y la devaluación de nuestra moneda. Los servicios públicos como el de salud también atraviesan por una profunda crisis en la que la seguridad social en el rubro de pensiones está al borde de un serio colapso de no adoptarse medidas que permitan salvaguardar el futuro de el IMSS y el ISSSTE.

Estimaciones señalan que la edad aproximada de vida de las personas en el Distrito Federal es de 60 años o menos para los hombres y de 65 para las mujeres²⁸, mientras que en provincia, las personas pueden vivir hasta 90 años o más.

²⁸ González Burgos, Alfredo, Problemas Sociales en México. Editorial Alfaguara S.A. México, 1998, p. 23.

En este panorama, resulta fácil imaginar la suerte que corren los enfermos que acuden a los servicios de salud públicos y en especial, los enfermos terminales, tema que abordaremos en el Capítulo siguiente de esta investigación.

CAPÍTULO 3.

LA REALIDAD JURÍDICA Y SOCIAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN MÉXICO. UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

3.1. ¿QUÉ ES UN PACIENTE TERMINAL?

Comenzaremos con las palabras de la autora Erika Viviana González:

Un tema que pocas veces se menciona y que se discute con temor es la muerte. Esta palabra que muchas veces no quisiéramos pronunciar se encuentra definitivamente dentro del lenguaje médico, porque lo aceptemos o no hace parte del ejercicio profesional. Es una lástima que muchas veces ignoremos este proceso natural y que paradójicamente constituye la finalización del ciclo vital de las personas en el mundo.²⁹

La medicina, aunque tiene como objetivo la preservación de la vida, muchas veces es vencida por la naturaleza que dictamina el final de la existencia, y que desafortunadamente, a pesar de todos los esfuerzos que se realicen en determinado momento es infalible aún con la más desarrollada tecnología y ciencia que hace que la raza humana perdure más años.

Por paciente terminal debemos entender al enfermo que se encuentra en una etapa previa al desenlace de su mal, es decir, se encuentra en un estadio avanzado de su padecimiento, en el que ya no hay forma de revertir los daños y los tratamientos médicos ya no surten efecto. Los

²⁹ www.abmedicus.com

medicamentos sólo sirven para mitigar o controlar un poco los dolores de la persona.

Diríamos que el paciente terminal es aquél sujeto que está próximo al deceso, por virtud del avance natural y progresivo de su enfermedad.

En la actualidad, existe una disciplina que se encarga de ayudar al paciente y a la familia a sobrellevar la noticia de que el primero se encuentra en una etapa próxima al deceso, la *tanatología*, del griego: thanatos-muerte y logos-tratado, estudio.

La tanatología, es la ciencia que estudia la muerte y agonía y los fenómenos asociados a ellas. A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, pero los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos alienante y temida.³⁰

Sobre esta disciplina podemos agregar que en las décadas de 1950 y 1960 diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar los profundos problemas emocionales asociados a la muerte que existen en la sociedad moderna. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue *Sobre la muerte y la agonía* (1969) de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra estadounidense de origen suizo.³¹

³⁰ Enciclopedia Encarta Microsoft 2003. Microsoft Corporation.

³¹ Idem.

La tanatología se ocupa, como o dijimos, de asesorar a los pacientes terminales y a las familias de estos sobre el futuro del primero de ellos.

Este tipo de asesoramiento suele estar basado en el modelo propuesto por Kübler-Ross y otros investigadores. Consideran que el paciente terminal suele pasar por una serie de fases (negación, enfado, discusión, depresión y aceptación), que a veces se pueden manifestar de forma simultánea; o experimentarlas en un orden diferente; o avanzar y retroceder entre las mismas. La mayoría de los pacientes, al verse confrontados con la noticia de su enfermedad terminal, intentan negar esta realidad. Cuando la aceptan, a menudo se sienten terriblemente enfadados y furiosos. Muchos de ellos comienzan una especie de proceso de regateo interior, prometiéndose modificar su conducta a cambio de la recuperación. La depresión aparece, por lo general, en cuanto observan que el proceso no ha dado resultado. Si los pacientes cuentan con el apoyo de los familiares y un asesoramiento profesional adecuado, pueden llegar a aceptar su muerte y morir con serenidad.³²

Los enfermos terminales y sus familiares sufren un proceso de desolación. A pesar de que esta experiencia varía según las sociedades y las personas, sus aspectos básicos parecen ser universales y biológicos. Hoy día el asesoramiento se centra en ayudar a los pacientes y a sus familiares a no reprimir sus emociones.

Hay que tener presente que el médico tiene ante sí una interrogante, dar o no la noticia al paciente o sólo a la familia, sabiendo que su responsabilidad es enorme. La mayoría de los médicos afirman que el paciente debe saber desde el principio que se encuentra en una etapa terminal, para que esté en opción de adoptar las medidas pertinentes. En este sentido, la tanatología es una disciplina de gran ayuda que libera tensiones y permite a los

³² Idem.

familiares y al paciente llevar con dignidad el estado del último hasta el momento del desenlace.

En los últimos años ha crecido de forma espectacular la demanda de asesoramiento individual y de grupo por parte de profesionales. Lo más importante para aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales y de sus familiares es hacer que se sientan queridos y comprendidos. Se ha demostrado que las personas que están pasando por la misma experiencia de su muerte o de la pérdida de un ser amado —al compartir el mismo problema— son a menudo las que mejor pueden ayudarse entre sí. Como resultado de esta experiencia se han creado centros de enfermos terminales, donde se ayuda al paciente a conseguir un mayor autocontrol a través de una mejor comprensión de los aspectos médicos y emocionales de la muerte.

3.2. CARACTERÍSTICAS MÉDICAS DE UN PACIENTE TERMINAL.

El paciente terminal presenta etapas muy características dentro del proceso que conlleva a la aceptación de su condición e inevitable muerte. Se evalúan entonces los cambios del comportamiento que vive el paciente terminal frente a la situación que tiene que vivir hasta que ocurra el desenlace.

Una primera etapa y característica del paciente y de su familia es la negación de la etapa de la enfermedad que se padece. La persona no alcanza a aceptar que se encuentra próximo la deceso, que sus días son cortos. El sujeto experimenta una sensación de que su padecimiento no puede ser tan grave y se enmascaran los síntomas o molestias que pueda presentar por miedo a preocupar a su familia. Al igual la familia trata de minimizar la enfermedad por medio de la sobreprotección y la preocupación excesiva por procurar un ambiente menos doloroso para el paciente; situación que

desencadena conflicto entre ambas partes, ya que el paciente pretende no estar enfermo y su familia busca la mejor forma de ayudarlo.

Este conflicto dura por mucho tiempo hasta que finalmente, el paciente terminal comienza a manifestar rabia frente a una situación que no puede controlar. En este momento surge la culpa por no poder superar lo que sucede y se crea la sensación que la enfermedad es atribuible a un castigo divino, que justifique en cierta forma la desgracia que se vive. Es cuando se culpa a Dios o a un ser supremo ante la impotencia de no poder vencer la enfermedad. Lo que se podría interpretar como la injusticia de la muerte para los seres humanos que desean seguir viviendo.

Es aquí donde se presenta una crisis entre la familia y el paciente terminal, al no poder sobrellevar el dolor de una pérdida inminente. En este momento el médico asume la responsabilidad frente al paciente y su familia por el grado de esperanza depositada en él como alternativa para la curación de la enfermedad. Por lo tanto, el médico debe sensibilizarse ante la crisis que se vive y brindar apoyo de tal manera que pueda convertirse en un puente de comunicación entre el paciente y la familia para que todos logren llegar a la aceptación de la muerte, sin embargo, la muerte es algo que sigue constituyendo un verdadero tabú, puesto que no alcanzamos a aceptarla. Es difícil encontrar a alguien que ya no desee seguir viviendo (excepto el caso de los suicidas). Sin embargo, la muerte es un problema cultural, ya que por costumbre, nos han enseñado a no aceptarla, a tratar de huir de ella; mientras que en otras culturas como la musulmana, es un premio al sujeto que ofrenda su vida por Alá.

Es necesario entender el duelo que debe hacer el paciente frente a la vida que va a perder, frente a las metas y frente a las personas que ama. No es fácil dejar de existir cuando aún hay tantas cosas por las que se ha

luchado durante muchos años, los esfuerzos, los sueños y objetivos que no se han completado, etc.

Finalmente, la empatía que pueda desarrollar el médico que enfrenta un paciente terminal marca la diferencia en el manejo integral, no de un paciente sino de un ser humano con las características psico-sociales que condicionan la vida de una persona.

En conclusión, consideramos que el médico debería estar en capacidad de proporcionar consuelo al paciente y a la familia, cuando los recursos técnicos y científicos de la medicina no son suficientes para conservar la vida.

Dice un refrán popular que el tiempo todo lo cura y lo cierto es que el sujeto, con el transcurso del mismo se va adaptando a su nueva situación. Poco a poco, la idea de conformidad va llegando a su mente y a la de su familia, aunque hay que aceptar que esta idea no alcanza su plenitud en ningún momento, por la cuestión cultural a la que hemos hecho mención.

El paciente terminal atraviesa por diferentes estados de ánimo al saber sobre su estado patológico, fundamentalmente, se encuentra deprimido, triste, tiende a alejarse de su familia y de la sociedad. Estos estados depresivos ya no lo abandonarán.³³

Otra característica médica del paciente en etapa terminal es que al principio de saberse próximo al desenlace, no colaborará con los médicos, no aceptará los tratamientos o paliativos que se le ordenen. Hay un rechazo hacia todo lo que se le da, puesto que piensa en la ineficacia de los mismos. Sabe perfectamente que su padecimiento no tiene marcha atrás, por lo que lograr la colaboración del mismo puede resultar una verdadera odisea.

³³ Baldwin, Harold. Pacientes Terminales. Su Tratamiento. Editorial Boston Clinics, Boston, 1998, p. 45.

Estas son las principales características médicas del paciente terminal.

3.3. EL ENTORNO DEL PACIENTE TERMINAL:

Un aspecto importante en materia de pacientes terminales es el del entorno que lo rodea: el físico, el psicológico, el social, el económico y el cultural. El Diccionario Larousse de la lengua española dice sobre el entorno:

*“Circunstancias que rodean a personas o cosas”.*³⁴

El entorno del paciente terminal resulta de vital importancia ya que condiciona el comportamiento del mismo en su nueva etapa, frente a la familia y la sociedad.

A continuación hablaremos brevemente sobre el entorno que rodea a los pacientes terminales.

3.1.1. FÍSICO.

Por entorno físico nos referimos al medio ambiente que rodea al paciente terminal. Aquí, hay que tener presente dos posibilidades.

Si el paciente terminal está en un medio ambiente adecuado, en el que hay calor familiar, donde no existen las limitaciones o al menos, éstas son mínimas, el paciente podrá aspirar a un nivel de vida más digno. Está claro que el afecto, la atención y los cuidados por parte de sus familiares son muy importantes para la persona.

³⁴ Diccionario Larousse de la Lengua Española. Op. Cit.. p. 260.

Por otra parte, si el medio ambiente es adverso al paciente, es decir, si no hay calor familiar, integración, si falta el amor entre los miembros de la misma, la situación del paciente tenderá a agravarse considerablemente, lo que puede coadyuvar para que el desenlace sea más rápido.

En ambos casos, hay que tener presente también que el ambiente exterior en muchas de las veces no es el idóneo: contaminación, explosión demográfica y otros problemas lo enrarecen, por lo que si el sujeto enfermo no cuenta con un ambiente interno adecuado, los resultados serán lógicos.

En otros casos, el paciente terminal carece ya de facultades físicas y mentales, por lo que requiere de cuidados constantes y permanentes, lo que sólo puede tener cabida en un hogar integrado y donde exista el amor hacia esa persona. Dice la autora Rosario Green:

“No cabe duda que no es fácil adoptar una postura simplista ante el profundo conflicto de intereses provocados por la enfermedad de un ser humano, cuya gravedad y sufrimientos hagan posible como solución provocar su muerte.

*La familia de un enfermo terminal se enfrenta a un panorama lamentable: sin esperanzas y, muchas veces peor aún, sin recursos. No obstante que la medicina evoluciona en forma acelerada, su adelantos tecnológicos registran situaciones paradójicas. Por una parte contribuyen a salvar un mayor número de vidas pero, por otra, permiten prolongar la existencia, muchas veces tortuosa, de enfermos desahuciados o de pacientes que se encuentran en estado vegetativo sin posibilidades de recuperar su conciencia; y a sabiendas de que aun en caso de recuperarla los daños ocurridos serán irreversibles”.*³⁵

Posteriormente, la misma autora dice que:

³⁵ Green, Rosario et alios. Atención Médica y Paciente Terminal. Bioética y Derechos Humanos. Op. Cit. P. 179.

"En este sentido, resulta indispensable determinar en dónde radica la esencia de la vida; qué tan válido es aceptar, ya sea el paciente o su familia, la existencia que se desarrolla en las condiciones señaladas en el párrafo anterior; qué tan ético resulta prolongarla artificialmente, sabiendo que no habrá una mejoría y mucho menos una recuperación total y, finalmente, qué tan conveniente es apoyar el recurso de la eutanasia como alternativa".

Dentro de las ideas vertidas por la autora, hay que rescatar que ella toma en consideración el aspecto de los recursos económicos, ya que un paciente terminal implica una persona que ha sido objeto de varios y posiblemente largos tratamientos médicos y hasta quirúrgicos. Al desarrollarse su enfermedad: Cáncer, Sida, etc., y no mejorar, el sujeto tiene que continuar con sus tratamientos, cambiarlos y por lo tanto, debe contar con recursos necesarios para comprar los medicamentos necesarios que le permitan alargar su vida, aliviar un poco su dolor, etc. Una persona de escasos recursos difícilmente podrá continuar viviendo si carece de tales medicinas y posiblemente de la atención médica especializada, ya que hemos dicho anteriormente que los servicios de salud públicos son deficientes en cuanto a calidad y cantidad en el país. No se pueden comparar con los servicios médicos privados.

3.1.2. PSICOLÓGICO.

El paciente terminal atraviesa por severos estados de tristeza y depresión al saberse en esa etapa de su padecimiento, negando primeramente lo que le sucede. Posteriormente, la persona procede a culpar a alguien de tal evento: a Dios, como creador y dueño de su destino, a sus familiares y a él mismo.

La reacción de sus familiares es también predecible y entendible, primero de negación y después de culpa.

Como podemos observar, el entorno psicológico no es nada alentador, sin embargo, con el transcurso del tiempo, tanto el paciente mismo como su familia van resignándose parcialmente al desenlace que está pronto a llegar.

La labor de los médicos y de los amigos y demás familiares es muy importante para que el paciente pueda superar ese entorno psicológico que no es nada alentador ni grato. Resultaría oportuno que tanto el paciente como la familia se sometieran a terapias grupales de un especialista (psicólogo, tanatólogo o ambos), para superar un poco más fácil la situación.

3.1.3. SOCIAL.

El entorno social no es mejor que el psicológico, por desgracia. Vivimos en una sociedad que se rige por el reloj, por las prisas para hacer cualquier cosa. Nuestro ritmo de vida es vertiginoso y en medio de tanta tecnología y adelantos, lo cierto es que la sociedad actual ha ido perdiendo valores fundamentales del ser humano como son el amor por el prójimo, la ayuda mutua, la compasión. Nos hemos vuelto sumamente egoístas; no nos importa lo que le pueda pasar a los demás. Vemos a una persona en problemas y en lugar de ayudarla, nos alejamos de ella. El dolor ajeno nos ha dejado de importar ya a la gran parte de nosotros.

Tomemos como ejemplo el caso de un enfermo de SIDA. Esta persona, por desconocimiento de las características de la enfermedad es motivo de mucha discriminación y rechazo por parte de autoridades, servicios médicos y de la misma sociedad. Un seropositivo no tiene acceso a un trabajo, a convivir con nosotros, contrariamente a lo que señala el artículo 1º constitucional en materia de prohibición de la discriminación:

"Artículo 1º.-En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán

restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

El párrafo tercero del numeral se refiere a la prohibición de la discriminación por cualquier motivo, en este caso, por padecer una enfermedad cuyas vías o forma de transmisión son la sanguínea (transfusiones de sangre contaminada o de la madre al hijo en el embarazo) o por tener relaciones sexuales con otra persona enferma.

Hay centros de salud públicos y privados donde ni siquiera se aceptan a los seropositivos, por un temor infundado de contagio.

En el caso en general de los enfermos terminales hay un desconocimiento de los padecimientos de cada persona, de su dolor físico y moral; del peso que llevan a costas sobre sí al tener que soportar un padecimiento que los consume día a día y que finalmente los llevará a la muerte.

La sociedad actual no se preocupa por este tipo de personas, ni por su sufrimiento, salvo algunas excepciones contadas, lo cual es lamentable y contrario a la esencia del ser humano.

3.1.4. ECONÓMICO.

Hemos hecho mención sobre la importancia de los recursos económicos en el caso de los enfermos terminales. Un paciente en estas condiciones debe contar con el dinero suficiente para sufragar sus gastos médicos, alimenticios y posiblemente quirúrgicos. En todo caso, la familia debe ocuparse de los mismos. Sin embargo, si el paciente no cuenta con recursos y la familia tampoco o bien, si la familia lo ha abandonado enviándolo probablemente a un centro de retiro o asilo, la suerte del paciente será aún más triste, tendrá que ser recluido en un centro desahogado público donde la atención no será la óptima, no contará seguramente con los medicamentos y el sujeto sufrirá, sobretodo por la falta de sus familiares, de amor y compañía, ya que los medicamentos son en esta etapa sólo paliativos contra el dolor, calmantes, etc.

En esta etapa de crisis económica en la que vivimos, el precio de las medicinas se ha incrementado notablemente, por lo que el sujeto tiene ante sí o acudir a una clínica de salud pública o a los servicios y las medicinas llamadas genéricas, cuyo precio es considerablemente más barato que las de los medicamentos de patente.

Concluiremos este apartado diciendo que la existencia y presencia de un enfermo terminal requiere necesariamente de recursos económicos para su atención. Por esta razón (entre otras más), muchos piensan sobre la pertinencia de la eutanasia como solución al problema de alargar artificialmente la vida de un paciente en fase terminal, sin embargo, consideramos que el ser humano debe luchar hasta el último momento de su vida por conservar ésta, a pesar de las enfermedades, padecimientos y dolores que le aquejen.

3.1.5. CULTURAL.

Desde el ángulo de vista cultural, el paciente terminal se enfrenta necesariamente a un serio problema: la muerte y su proximidad.

La muerte es la cesación de todo signo de vida del ser humano. Es también, uno de los tabúes más estudiados de la existencia humana. Cada cultura ha establecido sus propias costumbres sobre la muerte.

La muerte se produce a diversos niveles. Por ejemplo, La muerte somática es la que se refiere al organismo considerado como un todo. Generalmente es precedida por la de los órganos, células, y partes de ellas y se reconoce por la interrupción del latido cardíaco, la respiración, los movimientos, los reflejos y la actividad cerebral. El momento exacto de la muerte somática es difícil de determinar, ya que los síntomas de estados transitorios como el coma, el desvanecimiento y el estupor se parecen mucho a los que aparecen en el momento de la muerte.

Tras la muerte somática, se producen varios cambios que sirven para determinar el momento y las circunstancias de la muerte: la frialdad cadavérica, enfriamiento del cuerpo después de la muerte, está determinada principalmente por la temperatura ambiental y por lo general no es de gran ayuda; la rigidez cadavérica, que aparece en los músculos esqueléticos y se inicia entre las cinco y las diez horas posteriores a la muerte y desaparece después de tres o cuatro días; la lividez cadavérica, coloración violácea que aparece en las partes declives del cuerpo, y que es el resultado de la acumulación de sangre. La coagulación de la sangre, así como la autólisis (muerte de las células) se inician al poco tiempo de la muerte. La putrefacción, la descomposición que le sigue, está producida por la acción de enzimas y bacterias.

La muerte de los órganos se produce a distintos ritmos. Aunque las células cerebrales no pueden sobrevivir durante más de cinco minutos

después de la muerte somática, las del corazón lo hacen durante alrededor de quince minutos, y las del riñón cerca de treinta. Por esta razón, los órganos se pueden extraer de un cuerpo recién muerto y ser trasplantados a una persona viva.³⁶

El concepto respecto a qué constituye la muerte varía según las diferentes culturas y épocas. En las sociedades occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia, la esencia del ser humano es independiente de las propiedades físicas. Debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista, o lo que es lo mismo, ser determinada objetivamente. De aquí que, en esta creencia, se ha determinado el cese de la respiración como el signo de muerte.

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales —la respiración y la circulación (expresada por el latido cardíaco)— se detienen. Sin embargo, este punto de vista ha sido puesto en duda, debido a que los avances médicos han hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardíaca mediante métodos artificiales. Por ello, el concepto de muerte cerebral ha ganado aceptación. Según éste, la pérdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte.

Incluso, durante los últimos años, este concepto ha sido puesto en tela de juicio, ya que una persona puede perder toda capacidad para ejercer su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores, como la respiración espontánea. Por esta razón, algunas autoridades argumentan que la muerte debe ser considerada como la pérdida de la capacidad para la interacción consciente o social. El signo de la muerte según este principio es la ausencia de actividad en los centros cerebrales superiores, principalmente el neocórtex.

³⁶ Enciclopedia Encarta Microsoft 2003. Op. Cit.

El concepto de muerte en la sociedad es más que un interés académico. La rapidez del progreso de la tecnología médica ha suscitado cuestiones morales e introducido nuevos problemas en la definición legal de muerte. Entre los puntos que se debaten están los siguientes: ¿Quién debe establecer los criterios de muerte?, ¿el médico, las legislaturas, o cada persona por sí misma?, ¿es moral o legalmente permisible adelantar el momento de la muerte interrumpiendo el soporte artificial?, ¿tiene la gente el derecho de solicitar que estas medidas extraordinarias dejen de adoptarse de modo que un individuo pueda morir en paz?, ¿puede el pariente más cercano o el tutor legal actuar en nombre de la persona que agoniza en estas circunstancias? Todas estas cuestiones han adquirido ahora un carácter más urgente ante la aparición de los trasplantes de tejidos humanos. La necesidad de órganos debe ser sopesada frente a los derechos del donante que agoniza.³⁷

Como resultado de dichas preguntas, diversos grupos han solicitado el derecho a morir de un individuo, en particular a través del significado legal de testamentos en vida, en los que un sujeto otorga a familiares o figuras legales el derecho a retirar el tratamiento de soporte vital. Véase también Bioética.

En el caso de nuestra cultura, la muerte sigue siendo un constante que no logramos aceptar plenamente como una etapa más de la vida. Es el camino hacia otros ámbitos. Posiblemente ese rechazo y miedo a morir nos ha sido legado por los españoles, ya que si nos remontamos a nuestros antepasados encontraremos que la concepción de la muerte era diferente, incluso se le veneraba y se le hacían ofrendas.

Sea cual sea el origen de nuestro temor a la muerte, la realidad es que no alcanzamos a aceptar la idea de que todo tiene un final, lo que constituye un problema cultural.

³⁷ Ídem.

Podemos decir que a partir de la década de 1960 se ha prestado de nuevo atención a las necesidades de los pacientes agonizantes y de sus familiares. Los tanatólogos, aquéllos que estudian las circunstancias y las experiencias internas de las personas cercanas a la muerte, han identificado diversos estados que atraviesan las personas que agonizan: rechazo y aislamiento (“¿no, yo no?”), ira, rabia, envidia y resentimiento (“¿por qué yo?”), ofrecimientos (“si soy bueno, ¿podré entonces vivir?”), depresión (“¿qué sentido tiene?”) y resignación. La mayoría de los investigadores piensan que estas fases se producen en un orden impredecible y que se pueden entremezclar con sentimientos de esperanza, angustia y terror.³⁸

Al igual que los pacientes que agonizan, sus amigos y familiares atraviesan estados de rechazo y de resignación. Sin embargo, ellos siguen una secuencia más regular que con frecuencia se inicia antes de que el ser querido fallezca; este dolor anticipado puede ayudar a eliminar angustias posteriores. La fase de desconsuelo que sigue a la muerte es más larga y difícil de soportar si se produce inesperadamente. Durante este periodo, los afectados generalmente lloran, tienen dificultades para dormir y pierden el apetito. Algunos pueden sentirse asustados, enojados, o agraviados al ser abandonados. Después, el dolor puede convertirse en depresión, lo que generalmente ocurre cuando las formas convencionales de apoyo social cesan y la gente deja de ofrecer ayuda y consuelo, pudiendo surgir la soledad. Finalmente, el superviviente empieza a sentirse menos aquejado, recupera energía y reanuda sus relaciones con los demás.

Los cuidados de un paciente terminal pueden realizarse en el hogar pero habitualmente se llevan a cabo en hospitales o instituciones más especializadas. Esta atención requiere cualidades especiales por parte de los médicos y tanatólogos, quienes deben enfrentarse a su propio temor a la

³⁸ Idem.

muerte para confortar de forma adecuada al sujeto que agoniza. Aunque los médicos no suelen estar de acuerdo, el principio de que los pacientes deben ser informados de que están agonizando tiene hoy en día una gran aceptación. Esto debe efectuarse con tacto y cautela. Muchas personas, incluso los niños, saben cuándo están muriendo; ayudarles a exteriorizarlo evita situaciones fingidas y refuerza la expresión de sentimientos honestos. Una vez recibida la seguridad y confianza, el paciente puede alcanzar una muerte apropiada, digna y serena. Terapeutas preparados o sacerdotes pueden ayudar a conseguirlo permitiendo al paciente hablar acerca de sus sentimientos, pensamientos o recuerdos, o actuando como sustitutos de familiares o amigos que demuestran ansiedad cuando la persona que agoniza habla de la muerte.

3.2. LA RELACIÓN ENTRE LA SOCIEDAD, LA FAMILIA Y EL PACIENTE TERMINAL.

Una enfermedad progresiva, irreversible incurable como lo son: el Cáncer, el SIDA y otras más, entrañan una relación tripartita en la que se ven envueltos tanto la sociedad, la familia y el paciente y cuya participación e interacción es fundamental para el destino del paciente.

El paciente terminal requiere en su estado físico y moral de toda la atención y comprensión por parte de la sociedad y sobretodo, de su familia, para poder sobrellevar su difícil situación y afrontarla con dignidad, esperando el último momento. De la sociedad requiere ser aceptado y querido hasta el momento de su deceso, lo cual, resulta muy complicado por las circunstancias por las que atraviesa; además, si se trata de una persona de la tercera edad, resulta más complicado, ya que nuestra sociedad discrimina a los adultos mayores.

Finalmente, el paciente terminal puede soportar el rechazo, el olvido e indiferencia de la sociedad, mientras tenga el apoyo de su familia. Este

núcleo que sigue siendo la base de la sociedad es lo más importante para el paciente terminal, ya que son sus seres queridos quienes deben darle todo el amor, comprensión y compañía de tiempo completo.

Si el paciente terminal no cuenta con el apoyo de la familia, su deceso llegará, sin duda, antes de lo previsto. Es por esto que resulta necesario que la familia (y de ser posible, la sociedad), apoye permanentemente al paciente terminal. Hoy se habla de "dar una mejor calidad de vida", y nada hay más cierto, se trata de que el paciente que se encuentra en una etapa definitiva tenga las mejores atenciones, el amor y la compañía de sus seres queridos, independientemente de que reciba la tensión médica prescrita y que sea útil para mitigar el dolor.

3.3. LA ETAPA TERMINAL EN ALGUNAS ENFERMEDADES.

Antes de hablar de la etapa terminal en algunas enfermedades devastadoras como son: SIDA, Cáncer o Alzheimer, es necesario comentar algunas de sus características. Iniciaremos con el SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4 que forman parte fundamental del sistema inmunológico del hombre. Como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones. La causa más frecuente de muerte entre enfermos del SIDA es la neumonía por *Pneumocystis carinii*, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi. También son características las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. El VIH se puede transmitir por vía sexual, a través del contacto con sangre, tejidos o

agujas contaminadas y de la madre al niño durante el embarazo o lactancia. Tras la infección, los síntomas del SIDA pueden tardar incluso más de 10 años en manifestarse.³⁹

Conviene recordar que la infección por VIH no implica necesariamente que la persona vaya a desarrollar la enfermedad; en esta fase el individuo se considera "seropositivo o portador", pero es erróneo considerar a la persona infectada con el VIH un enfermo de SIDA. De hecho, se tiene constancia de que algunas personas han sufrido una infección por VIH durante más de diez años sin que, durante este tiempo, hayan desarrollado ninguna de las manifestaciones clínicas que definen el diagnóstico de SIDA.

En el último informe presentado por ONUSIDA (programa de las Naciones Unidas para combatir la enfermedad) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estimaba que, a finales de 2002, unos 42 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el virus VIH, de los cuales cerca del 50% eran mujeres. Durante el año 2002 se produjeron 5 millones de nuevas infecciones y 3,1 millones de fallecimientos por causa de la enfermedad. En Europa oriental y Asia central el SIDA se propaga con gran rapidez; en 2002 se produjeron unos 250.000 casos nuevos y la región contaba con 1,2 millones de personas infectadas. El África subsahariana, donde la epidemia sigue creciendo, es la región más afectada del mundo; unos 29 millones de personas estaban infectadas con el virus en 2002 y más de 2,4 millones de africanos murieron ese año como consecuencia de la enfermedad. En América Latina hubo alrededor de 1,5 millones de afectados (150.000 nuevos casos en 2002 y 60.000 fallecimientos) y en Europa occidental, donde 570.000 personas viven con el SIDA, hubo, en 2002, 30.000 nuevos infectados y unos 8.000 fallecimientos. En España se diagnosticaron, durante el año 2002, 2.437 casos de SIDA.⁴⁰

³⁹ Idem.

⁴⁰ Spencer, Mark. El Sida. Editorial Grijalbo, 3ª edición, México, 1999, p. 56.

Desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años. El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores de laboratorio o estar basado en la secuencia de aparición de las diferentes manifestaciones clínicas. Dentro de los marcadores bioquímicos se suele considerar el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 que, hasta hace relativamente poco tiempo, ha sido la referencia principal para catalogar el estadio de evolución de la enfermedad. Desde 1996, la determinación de la cantidad de virus circulante en la sangre de la persona infectada, que recibe el nombre de carga viral, se ha convertido en el marcador más importante de la evolución de la enfermedad.

Alrededor de tres semanas después de la infección por el VIH, la mayoría de los pacientes experimentan síntomas pseudogripales como fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatías y sensación de malestar. Estas manifestaciones desaparecen al cabo de una o dos semanas. Durante esta fase, denominada fase de infección aguda, el VIH se multiplica a una gran velocidad, sufriendo diversas mutaciones genéticas. Al principio, se produce un descenso de la cifra de linfocitos T CD4 pero, al poco tiempo, las cifras normales se recuperan en respuesta a una activación del sistema inmunológico. Durante esta etapa los individuos son altamente contagiosos.

El paciente entra entonces en un periodo libre de síntomas (fase asintomática) cuya duración puede ser superior a diez años. Durante ésta, el virus continúa replicándose causando una destrucción progresiva del sistema inmunológico. El recuento de linfocitos T CD4 suele ser normal.

En la fase siguiente, denominada fase sintomática precoz, se desarrollan los síntomas clínicos de la enfermedad y es frecuente la presencia de infecciones oportunistas leves.

En la última fase denominada SIDA o fase de enfermedad avanzada por VIH, aparecen las infecciones y tumores característicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

En muchas ocasiones, los enfermos con SIDA no fallecen debido a la infección por el propio virus sino como consecuencia de la aparición de infecciones oportunistas o de algunos tipos de tumores. Las infecciones se desarrollan cuando el sistema inmunológico no puede proteger al organismo frente a diversos agentes infecciosos que están presentes de forma habitual en el medio ambiente y que en circunstancias normales no provocan enfermedad. La aparición de alguna de las diferentes infecciones oportunistas, llamadas enfermedades definitorias del SIDA, junto con el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 es lo que determina el diagnóstico clínico de la enfermedad

La infección oportunista más frecuente en pacientes con SIDA es la neumonía debida a *Pneumocystis carinii*, protozoo que suele encontrarse en las vías respiratorias de la mayoría de las personas. Es habitual la asociación del SIDA con la tuberculosis y otras neumonías bacterianas. En la última fase sintomática de la enfermedad la infección por *Mycobacterium avium* puede causar fiebre, pérdida de peso, anemia y diarrea. Ciertas infecciones provocadas por bacterias del tracto gastrointestinal también pueden cursar con diarrea, pérdida de peso, anorexia y fiebre. También son comunes, durante las fases avanzadas, las enfermedades causadas por distintos protozoos, especialmente la toxoplasmosis del sistema nervioso central.⁴¹

Las infecciones por hongos también son frecuentes en pacientes con SIDA. La infección mucocutánea por *Candida albicans* suele ocurrir en fases tempranas y anuncia el inicio de la inmunodeficiencia clínica.

⁴¹ Ibid. p. 59.

Las infecciones virales oportunistas, especialmente las debidas a herpesvirus, tienen una incidencia muy alta en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Los citomegalovirus, miembros de esta familia de virus, infectan la retina y puede provocar ceguera. Otro herpesvirus es el virus de Epstein-Barr, que se ha relacionado con la aparición de linfomas (tumor de las células sanguíneas). La infección por el virus herpes simple, tanto tipo 1 como 2, también es frecuente, provocando lesiones perianales y alrededor de la boca muy dolorosas.

Muchos pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida desarrollan, además, tumores. Los más comunes son los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi. El linfoma es una manifestación tardía de la infección por VIH y se desarrolla cuando la función de defensa del sistema inmunológico está muy alterada. Puede afectar a cualquier órgano, principalmente al sistema nervioso central. El sarcoma de Kaposi es una neoplasia multifocal que se caracteriza por el desarrollo de nódulos vasculares en piel, mucosas y vísceras. Es una manifestación precoz de la infección por VIH y puede aparecer con recuentos normales de linfocitos T CD4. Es la neoplasia más frecuente en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana y es habitual la aparición de lesiones cutáneas de color rojo o púrpura. También es típica la afectación directa del sistema nervioso por el virus VIH, lo que da lugar a un cuadro de demencia-SIDA (encefalopatía por VIH).⁴²

El VIH se transmite por contacto directo y para ello es necesario la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones sexuales (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas. Por lo tanto, el contagio del VIH se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido.

⁴² Ibid. p. 60.

CONTAGIO POR VÍA SEXUAL.

El virus, una vez presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homo o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral.

En los países occidentales, el mayor número de casos debidos a las relaciones sexuales se ha producido por transmisión homosexual, a diferencia de lo que sucede en países en vías de desarrollo, donde el mayor número de contagios se debe a la transmisión heterosexual, aunque su incidencia como forma de contagio del SIDA está aumentando en todo el mundo. En España, por ejemplo, el contagio heterosexual (27%) supera el homosexual (13%).

CONTAGIO POR VÍA SANGUÍNEA.

El contacto directo con sangre infectada afecta a varios sectores de la población. La incidencia es muy elevada en los consumidores de drogas inyectadas por vía intravenosa que comparten agujas o jeringuillas contaminadas; en España es la principal vía de transmisión (52%). El riesgo de contagio del personal sanitario en los accidentes laborales por punción con una aguja o instrumento cortante contaminado con sangre infectada es del 0,3%. La transmisión del VIH a personas que reciben transfusiones de sangre o hemoderivados es muy improbable gracias a las pruebas que se han desarrollado para la detección del virus en la sangre. Su incidencia es casi nula para la administración de gammaglobulina y/o factores de coagulación.

CONTAGIO MADRE A HIJO.

Finalmente, la madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque sólo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. Este tipo de transmisión tiene una incidencia muy elevada en el continente africano.⁴³

La identificación del virus VIH como agente causal de la enfermedad no se produjo hasta 1983.

Aunque el síndrome de inmunodeficiencia adquirida se detectó en 1981, la identificación del virus VIH como agente causal de la enfermedad no se produjo hasta 1983. En 1985 empezó a utilizarse en los bancos de sangre la primera prueba de laboratorio para detectar el VIH, desarrollada por el grupo de investigación de Roberto Gallo. Esta prueba permitía detectar si la sangre contenía anticuerpos frente al VIH. Sin embargo, durante las 4 a 8 semanas siguientes a la exposición al VIH, la prueba es negativa porque el sistema inmunológico aún no ha desarrollado anticuerpos frente al virus.

En general, las distintas pruebas de laboratorio que se utilizan para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana pueden clasificarse en directas e indirectas, según si se intenta demostrar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos) o bien la respuesta inmunitaria (humoral o celular) por parte del huésped. El método más utilizado es el estudio de anticuerpos en el suero.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC, siglas en inglés) han establecido la siguiente definición para el

⁴³ Ibid. p. 62.

diagnóstico del SIDA: en un individuo VIH positivo el recuento de células T CD4 debe ser menor a 200 células por milímetro cúbico de sangre, o el individuo debe presentar alguna manifestación clínica definitiva de SIDA como infecciones oportunistas por *Pneumocystis carinii*, candidiasis oral, tuberculosis pulmonar o carcinoma invasivo de cuello uterino en la mujer, entre otros.

El conocimiento de las vías de transmisión del VIH permite adoptar medidas que eviten la extensión del virus en la población. En las relaciones sexuales coitales con sujetos infectados el método más eficaz de prevención es el empleo correcto de preservativos. En los casos de consumidores de drogas hay que evitar compartir el material que se utiliza para la inyección intravenosa. Para reducir la incidencia de la transmisión por accidentes laborales en el personal sanitario es conveniente el empleo de instrumental desechable adecuado, así como de guantes y gafas protectoras. En cuanto a las mujeres infectadas en edad fértil es muy importante que reciban toda la información disponible respecto a la posibilidad de transmitir el VIH al feto, y por tanto de la conveniencia de adoptar las medidas necesarias para evitar un embarazo (véase Control de natalidad). La transmisión del virus a través de la leche de la madre conlleva la lactancia materna, por lo que se recomienda la lactancia artificial.

En muchos países se están llevando a cabo con éxito desde hace algunos años grandes campañas informativas y educativas con las que se pretende modificar las conductas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH. Desde aquellas puramente informativas referentes a las vías de contagio del VIH y los métodos para evitarlo, hasta programas en los que se ofrecen agujas y jeringuillas a los toxicómanos para evitar su reutilización.

El tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados.

En general, el tratamiento antirretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000-10.000 copias/ml, pero existe una tendencia actual a iniciar el tratamiento de una forma precoz para intentar suprimir la replicación viral lo antes posible. Existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral (análogos de los nucleósidos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas).⁴⁴

En el ciclo vital del virus hay un proceso fundamental, denominado transcripción inversa, que consiste en la conversión del ácido ribonucleico (ARN) viral en ácido desoxirribonucleico de cadena doble (ADN). Esta actividad es llevada a cabo por la enzima transcriptasa inversa. Un grupo de medicamentos antirretrovirales, denominados análogos de los nucleósidos, inhiben la acción de esta enzima; entre éstos se encuentran la zidovudina o AZT, la didanosina o ddI, la zalcitabina o ddC, la estavudina o d4T, la lamivudina o 3TC y el tenofovir. Aunque los análogos de los nucleósidos interaccionan con la enzima de conversión del retrovirus, también pueden reaccionar con las enzimas responsables de la síntesis del ADN de las células del organismo, lo que puede hacer que resulten tóxicos y ocasionen distintos efectos secundarios potencialmente graves como una debilidad muscular ascendente progresiva (síndrome de Guillán Barré), neuropatía periférica, anemia, trombopenia y neutropenia.

Un segundo problema asociado al uso de los análogos de los nucleósidos es la aparición de formas resistentes a la acción de estos medicamentos, debido a la facilidad del virus para realizar mutaciones y a su alta tasa de replicación, sobre todo en las primeras fases de la infección.

Aunque los medicamentos que inhiben la acción de la transcriptasa inversa nunca han sido considerados como curativos, pueden

⁴⁴ Kunz, Erich. Sida y Sociedad. Editorial Médica S.A., Buenos Aires, 1998, p. 87.

frenar la evolución de la enfermedad. Los beneficios de estos medicamentos se hacen más patentes cuando se usan combinados entre sí y con fármacos de otros grupos.

Los inhibidores de la transcriptasa inversa parecen todavía más efectivos cuando se prescriben junto a otra clase de fármacos antirretrovirales llamados inhibidores de la proteasa (enzima esencial para la formación de nuevas partículas virales). El primer medicamento de este tipo fue el saquinavir, al que siguieron otros como el ritonavir, el indinavir y el nelfinavir. Los efectos secundarios más significativos de este grupo son la hiperglucemia y la hiperlipidemia.

Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos, dos análogos de los nucleósidos (inhibidores de la transcriptasa inversa) y un inhibidor de la proteasa. Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución es posible reducir los niveles del virus en sangre (carga viral) hasta cifras prácticamente indetectables. La carga viral debe determinarse de forma periódica entre 1 y 6 meses. En la actualidad, están llevándose a cabo ensayos clínicos de terapia intermitente con resultados esperanzadores.

También puede emplearse una combinación de dos análogos de los nucleósidos, inhibidores de la acción de la transcriptasa inversa, junto con un inhibidor no nucleósido de esta enzima (nevirapina, delarvidina). La nevirapina fue el primer medicamento de este tipo.⁴⁵

Además, existen diversos tratamientos muy eficaces para luchar contra las distintas infecciones oportunistas que se originan en el SIDA. Con estos tratamientos se consigue mejorar tanto la calidad de vida como la

⁴⁵ Idem

supervivencia de los enfermos. Distintos fármacos (cotrimoxazol) frente al microorganismo *Pneumocystis carinii* han permitido reducir drásticamente la incidencia de esta infección, así como su alta mortalidad. Varios tipos de fármacos antifúngicos, como la anfotericina B y el fluconazol, son enormemente eficaces. El ganciclovir y el foscarnet se utilizan para luchar contra la retinitis producida por los citomegalovirus, así como para tratar otras patologías producidas por herpesvirus.

Los científicos continúan investigando el desarrollo de nuevos fármacos que actúen a otros niveles del ciclo de replicación del virus. Algunos estudios concentran sus esfuerzos en estimular la respuesta del sistema inmunológico del paciente, mientras que otros guardan la esperanza de encontrar una vacuna eficaz que además se enfrenta a la dificultad añadida de la gran variabilidad genética del virus.

El paciente de SIDA en fase terminal experimenta un conjunto de alteraciones a nivel digestivo o respiratorio, sin contar los daños en la piel o epidermis y los inmunológicos que lo colocan en una situación de franca debilidad frente a virus o bacterias que en condiciones normales, no la harían ningún tipo de daño, pero que en ese estado en el que se encuentra el paciente lo hacen presa fácil de cualquier infección oportunista (una gripe o una simple infección estomacal por ejemplo), la cual, al no haber defensas, puede producir la muerte del paciente.

El SIDA por sí mismo no le causa la muerte al sujeto, sino que lo coloca en un estado de baja de defensas y a merced de cualquier infección oportunista.

Según datos estadísticos, un paciente de SIDA requiere una inversión de aproximadamente 20 mil pesos para sus medicamentos y tratamiento médico, cantidad que resulta casi imposible de sufragar por la mayoría de los pacientes de la enfermedad.

Los pacientes terminales de SIDA padecen infinidad de dolores, debilidad o adenopatía y alteraciones a distintos niveles; pérdida de cabello, pérdida de peso, llagas en distintas partes del cuerpo al no poder levantarse de la cama, pérdida de la memoria, etc. Las condiciones en las que un paciente terminal de SIDA tiene que esperar su fin son muy tristes. Los servicios de salud públicos no alcanzan a dar los medicamentos necesarios a estas personas, además de que siguen siendo objeto de discriminación y malos tratos, ya que se cree que se puede contagiar la enfermedad con el trato casual del enfermo (darle la mano o platicar con él), lo cual es erróneo, sólo las formas detalladas son las que clínicamente se han podido comprobar para contagiar la enfermedad.

Hablemos ahora del Cáncer, otra de las enfermedades que más muertes causan en todo el mundo.

Se ha dicho que es el mal de nuestra sociedad y de nuestro tiempo.

Se llama Cáncer al crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función de la localización y de la célula de origen. Existen numerosos tipos cánceres, entre los que destacan 3 subtipos principales. En primer lugar hay que mencionar los sarcomas, que proceden del tejido conjuntivo presente en los huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. El segundo tipo lo constituyen los carcinomas que surgen en los tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales como el sistema respiratorio o digestivo o en los tejidos glandulares de la mama y la próstata. Los carcinomas incluyen

algunos de los cánceres más frecuentes como el cáncer de pulmón, el de colon o el de mama. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres que se originan en los tejidos formadores de las células sanguíneas. Pueden producir una inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), aumento de tamaño del bazo (esplenomegalia) o invasión y destrucción de la médula ósea, así como una producción excesiva de leucocitos o linfocitos inmaduros. Estos factores ayudan a su clasificación.⁴⁶

Los patólogos distinguen varios tipos de leucemia según el aspecto que presenta la célula cancerosa vista por el microscopio. Este tipo de leucemia, un tipo poco común de leucemia linfocítica, se caracteriza porque las células cancerosas presentan proyecciones similares a pelos en la superficie.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la enfermedad. El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental (después de las enfermedades cardiovasculares) y es la principal causa de muerte por enfermedad (por detrás de los accidentes de cualquier tipo) en niños de 1 a 14 años. Existe una gran variabilidad en la incidencia de los distintos tipos de cáncer según el área geográfica. Estudios sobre poblaciones que han emigrado de un área geográfica a otra diferente sugieren que tales variaciones se deben más a diferencias en el estilo de vida que al origen étnico. Esto es comprensible, si se considera que la mayor parte de los cánceres se relacionan con factores ambientales más que con la herencia, pese a que ambos influyen.

⁴⁶ Enciclopedia Encarta Microsoft 2003. Op. Cit.

Los cánceres que producen mayor mortalidad en Estados Unidos y en Europa son el cáncer de pulmón (primero en los dos sexos), el cáncer colorrectal (segundo si se suman ambos sexos), el cáncer de mama y de útero en las mujeres, el cáncer de próstata en los varones y el de estómago. Los mencionados son responsables de más del 55% de todas las muertes por cáncer. Cada año se producen entre 2 y 3 millones de casos de cáncer cutáneo, de los cuales unos 130.000 se agravan en forma de melanoma maligno. Globalmente, en España, los cánceres más frecuentes son los del sistema respiratorio (pulmón) seguidos por los del estómago, próstata, colon y mama. En las mujeres el cáncer de mama es el más frecuente aunque está aumentando de forma notable la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón.

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD.

El crecimiento canceroso se define por cuatro características que describen cómo las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales de las que proceden. En primer lugar, la autonomía, ya que estas células han escapado al control que, en condiciones normales, rige el crecimiento celular. La segunda característica es la clonalidad, ya que el cáncer se origina a partir de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas (todas las células son idénticas). Las otras dos características restantes son la anaplasia, ausencia de diferenciación normal y coordinada, y la metástasis o capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo. Estas características pueden ser expresadas por las células normales no malignas durante determinadas etapas, por ejemplo, durante la embriogénesis; no obstante, en las células cancerosas estas características tienen un grado inapropiado o excesivo.⁴⁷

⁴⁷ Idem.

Casi todos los cánceres forman bultos o masas de tejido que reciben el nombre de tumores, pero no todos los tumores son cancerosos o malignos; la mayor parte son benignos (no ponen en peligro la salud). Los tumores benignos se caracterizan por un crecimiento localizado y suelen estar separados de los tejidos vecinos por una cápsula. Los tumores benignos tienen un crecimiento lento y una estructura semejante al tejido del que proceden. En ocasiones pueden producir alteraciones por obstrucción, compresión o desplazamiento de las estructuras vecinas, como sucede a veces en el cerebro. Algunos tumores benignos como los pólipos del colon pueden evolucionar hacia un cáncer.

El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios:

1) Cuando un cáncer invade la superficie del órgano de origen, las células pueden propagarse desde esta superficie a la cavidad vecina y a órganos adyacentes, donde pueden implantarse.

2) Las células tumorales pueden viajar en el interior de los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos, o también en los vasos sanguíneos. En la corriente circulatoria, estas células se detienen en el punto en el que los vasos son demasiado estrechos para su diámetro. Las células procedentes de tumores del tracto gastrointestinal se detienen principalmente en el hígado. Posteriormente pueden propagarse a los pulmones. Las células de otros tumores tienden a invadir los pulmones antes de propagarse a otros órganos. Por tanto, los pulmones y el hígado son dos localizaciones frecuentes de metástasis.

3) Muchos cánceres envían células a la corriente circulatoria de manera temprana, y mientras algunas de estas células mueren, otras pueden invadir y penetrar en el árbol vascular y en los tejidos. Si este tejido tiene

condiciones favorables para la célula tumoral, ésta se multiplica produciendo una metástasis. En ocasiones, sólo se multiplica un pequeño número de veces produciendo un cúmulo de células que permanecen quiescentes en forma de micrometástasis. Este estadio latente puede perdurar varios años, y por razones desconocidas puede reactivarse y producir un cáncer recurrente.

Muchas veces las células cancerosas conservan las características físicas y biológicas del tejido del que proceden a pesar de estar ampliamente diseminadas. De este modo, un especialista en anatomía patológica puede, a través del examen microscópico de estas células, determinar la procedencia de los tumores metastásicos. Los tumores de las glándulas endocrinas (ver Sistema endocrino) pueden ser identificados porque en ocasiones producen de forma indiscriminada la misma hormona segregada por el tejido del que proceden. A veces, también responden a las hormonas que controlan esos tejidos en condiciones normales.

Cuanto más agresivo y maligno es un cáncer, menos recuerda a la estructura del tejido del que procede, pero la tasa de crecimiento del cáncer depende no sólo del tipo celular y grado de diferenciación, sino también de factores dependientes del huésped. Una característica de malignidad es la heterogeneidad celular del tumor. Las células cancerosas son más susceptibles a las mutaciones debido a las alteraciones en la proliferación celular. Con la evolución, el tumor es cada vez menos diferenciado y de crecimiento más rápido. También puede desarrollar resistencia a la quimioterapia o a la radiación.

Ciertos factores son capaces de provocar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un

proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o estar producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Probablemente una serie de mutaciones secuenciales conduce a la malignización de una única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno era completamente anormal y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo. En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse en su estado adulto y funcional, quizás por la ausencia de algún factor necesario para esa diferenciación.

FACTORES HEREDITARIOS.

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

INFECCIONES.

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cuello uterino y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA).

Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis B y C con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cuello uterino. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa, induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.⁴⁸

RADIACIONES.

Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. El origen de la radiación es muy variable; puede proceder de las armas nucleares, la radiactividad natural en ciertas regiones, el tratamiento con radioterapia, la manipulación de materiales radiactivos o la exposición exagerada a la radiación ultravioleta. La radiación produce cambios en el ADN,

⁴⁸ Idem.

como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores.

PRODUCTOS QUÍMICOS.

El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Sólo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores. Los carcinógenos químicos entre los que destacan los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las dioxinas, las nitrosaminas, el cloruro de vinilo, el asbesto y algunos medicamentos como el dietilestilbestrol, la ciclofosfamida, la procarbacin y los andrógenos metilados; pueden producir también roturas y translocaciones cromosómicas.

FACTORES INMUNES.

Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas (células NK, del inglés natural killers). Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores.⁴⁹

FACTORES AMBIENTALES.

Se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa saturada (de origen animal) y el bajo contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores.

⁴⁹ Idem.

ONCOGENES.

Sea cual fuere la causa inicial por la que una célula normal se transforma en cancerosa y transmite a su descendencia esta alteración, es necesario que esta modificación se encuentre impresa en su ADN. Esto supone que todos los posibles agentes promotores o causales del cáncer actúan sobre un sustrato genético común dentro de la célula. Actualmente, se acepta que todos los factores cancerígenos (sustancias químicas, radiaciones, infecciones, etc) actúan sobre porciones del ADN que deben ser fundamentales en la regulación del crecimiento y diferenciación celular. Estas porciones reciben el nombre de protooncogenes y bajo la acción de diversos factores sufren pequeñísimas alteraciones que ocasionan el comienzo del fenómeno canceroso, desarrollándose el oncogén.

Se cree que la malignización es la consecuencia de una serie de alteraciones que comienzan con un gen alterado o una mutación somática (una mutación de una célula normal de un tejido corporal), seguida de la acción promotora de algún agente que estimula la expresión de uno o varios oncogenes, o inhibe los efectos de uno o varios antioncogenes; en consecuencia se liberan factores de crecimiento. Es posible que el primer evento sea la falta de producción de los metabolitos necesarios para la diferenciación celular normal. La estimulación por los factores de crecimiento produce la proliferación del clon de células indiferenciadas, y un defecto del sistema inmunológico permite que estas células alteradas escapen a la destrucción por el sistema de control del organismo.

Cuanto más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento, mayores posibilidades de curación habrá. Las pruebas de detección precoz en pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, colon y recto,

cuello uterino y próstata, pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección.

El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad. Los síntomas enumerados en la siguiente lista pueden señalar la existencia de un cáncer:

- Cambios en el ritmo intestinal o urinario*
- Heridas que no cicatrizan*
- Hemorragias inhabituales*
- Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo*
- Dificultad para tragar alimentos*
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas*
- Tos persistente o ronquera*
- Pérdida de peso*
- Pérdida de apetito*

El diagnóstico del cáncer comienza por la obtención de una historia clínica y una exploración física completa, que incluya la inspección y palpación de todas las localizaciones corporales accesibles, en especial piel, cuello, mamas, abdomen, testículos y ganglios linfáticos accesibles. Debe realizarse una exploración de los orificios corporales, en particular un examen rectal para los cánceres de recto y próstata, y un examen pélvico para los cánceres del cuello y del cuerpo del útero.

BIOPSIA.

La biopsia, que consiste en la obtención de una muestra del tejido tumoral o de una metástasis para analizarla, sigue siendo el único método

definitivo para el diagnóstico del cáncer. Diversas técnicas recientes han reducido la necesidad de realizar biopsias quirúrgicas abiertas. La mayor parte de los tumores en cualquier localización corporal son accesibles a la biopsia a través de una fina aguja flexible (biopsia por aspiración) dirigida por palpación o tomografía axial computerizada (TAC). Con el diagnóstico previo a la cirugía, el médico puede realizar una mejor planificación del tratamiento y de la cirugía, si es preciso.⁵⁰

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD.

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de cáncer, debe evaluarse la extensión o estadio de la enfermedad puesto que el pronóstico y el tratamiento adecuado dependen de éste. Para cada tipo específico de tumor el estadio (I, II, III, IV) se define en función del hallazgo de ciertos datos con significación pronóstica: tumor localizado de pequeño tamaño, tumor localizado más extenso, afectación de los ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia. El estadio clínico se deduce de los datos obtenidos antes de la exploración quirúrgica, y condiciona la elección del tratamiento inicial. El estadio quirúrgico depende de los hallazgos exploratorios durante la intervención y puede diferir del estadio clínico; el tratamiento posterior y el pronóstico se establecen en función de éste. También permite analizar los efectos de diferentes tratamientos.

TRATAMIENTO

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. En la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica.

⁵⁰ Idem.

CIRUGÍA.

La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión o cirugía de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la extirpación de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Para algunos tumores, y en especial el cáncer de mama, no es precisa una cirugía tan ablativa (mastectomía) en la mayor parte de los casos. Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, la posibilidad de realizar una biopsia intraoperatoria, los avances en los conocimientos de fisiopatología, los progresos en las técnicas anestésicas y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.

Las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado. La radiación de partículas incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones. Véase Física: Partículas elementales.

La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Son tumores sensibles aquellos cuya sensibilidad es superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles —los tumores superficiales o los tumores en órganos como el útero en el que se puede introducir una fuente de radiación— pueden ser curados mediante radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas. La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis.

La radioterapia puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico. También puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio.

QUIMIOTERAPIA.

Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos anticancerosos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN. Por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia.

El tejido canceroso tiene una mayor proporción de células en división que los tejidos normales (en los que las células de soporte o de relleno

están en una fase quiescente y son por tanto resistentes a los efectos del fármaco). Dentro de los tejidos normales, los que tienen una tasa de proliferación más rápida son la médula ósea y las células de recubrimiento del tracto gastrointestinal. Son los dos tejidos más sensibles al efecto de la quimioterapia y del grado de lesión de éstos depende la toxicidad, que limitará la máxima dosis tolerable de los fármacos anticancerosos.

Para que el tratamiento sea efectivo, la sensibilidad del tumor debe ser superior a la del tejido normal más sensible. Mientras algunos tumores son varias veces más sensibles, otros sólo son ligeramente sensibles. Por fortuna, las células de la médula ósea pueden dividirse a mayor velocidad que las células malignas y por tanto se recuperan con mayor rapidez. Si se repite un ciclo del fármaco en este momento, el tumor no ha tenido tiempo de crecer demasiado. Los ciclos repetidos reducen de forma paulatina el tumor antes de la aparición de resistencias.

La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes; el carcinoma de testículo; el carcinoma de ovario; los carcinomas de células pequeñas del pulmón, y gran parte de los cánceres infantiles. Muchas veces estos procesos cancerosos se han diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica. Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo.

Los dos principales problemas que limitan la utilización de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de resistencias se han ido perfeccionando. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la

utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos.

Es eficaz la utilización de múltiples fármacos. Los protocolos de quimioterapia utilizan diferentes fármacos (a menudo entre 3 y 6 al mismo tiempo), cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada. Se combinan fármacos con diferentes mecanismos de acción para evitar la aparición de resistencias cruzadas, y con diferentes tipos de toxicidad para poder emplear la dosis óptima de cada fármaco, sin producir toxicidad aditiva que puede resultar fatal.

Se puede utilizar la quimioterapia junto a la cirugía o a las radiaciones en la denominada terapia combinada. Muchas veces se utiliza como tratamiento coadyuvante cuando la cirugía es la principal modalidad terapéutica. Suele administrarse tras la cirugía. Esta terapia es muy eficaz en el cáncer de mama. El objetivo principal de la quimioterapia como coadyuvante es la eliminación de las micrometástasis que pudieran existir previamente a la cirugía. Es más reciente la utilización de la quimioterapia previa a la cirugía como tratamiento coadyuvante, que puede además reducir la masa del tumor y facilitar su operabilidad.

TERAPIA HORMONAL.

Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal. Consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.

OTRAS ESTRATEGIAS.

Se están empezando a emplear nuevas estrategias, algunas de ellas prometedoras, en el tratamiento del cáncer. Se pueden utilizar agentes biológicos denominados moduladores de la respuesta biológica, para modificar la respuesta del organismo (y en especial del sistema inmunológico) al cáncer. Otro planteamiento es utilizar agentes biológicos para estimular a determinadas células a que ataquen a las células malignas. El mejor ejemplo es la utilización de la interleuquina 2 para estimular a los linfocitos killers sensibles a linfoquinas (células LAK).

Se ha investigado en profundidad la existencia de antígenos específicos de algunos tumores que permitan la elaboración de anticuerpos antitumorales: éstos atacarían el cáncer de manera directa o constituyendo el vehículo para un fármaco quimioterapéutico. Así, el anticuerpo identificaría la célula maligna a la que se adheriría permitiendo al fármaco ejercer su acción.

Incluso en el caso de conseguirse la curación, el cáncer puede haber producido serias secuelas. Se debe intentar ofrecer al paciente la mejor calidad de vida posible, mediante técnicas de rehabilitación que pueden incluir cirugía reconstructiva. Cuando no es posible la curación, el tratamiento paliativo tiene por objetivo brindar al paciente la mejor calidad de vida y función durante los siguientes meses o años. El dolor puede controlarse en la actualidad de manera mucho más eficaz que en otras épocas.

En las últimas décadas, el número de casos de cáncer ha aumentado de manera rápida y progresiva. Este dato no representa una marcha atrás sino que refleja el aumento y envejecimiento de la población (la incidencia de cáncer aumenta con la edad). También refleja el fracaso, hasta épocas recientes, de las campañas antitabaco, lo que ha supuesto que la incidencia de cáncer de pulmón (la principal causa de muerte por cáncer),

sobre todo en las mujeres, continúe aumentando. En este sentido, se espera que las campañas informativas logren un descenso espectacular en el consumo de tabaco que debería traducirse en un descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón. Otros tipos de cáncer continúan aumentando en incidencia, como el de mama o el cáncer colorrectal, pero en muchos casos las mejoras en la tasa de curación han sobrepasado este aumento.

La mortalidad por cáncer ha disminuido progresivamente en casi todos los tipos de cáncer. Este hecho se puede relacionar con una menor exposición a los agentes cancerígenos gracias a la mejora de los hábitos de salud y del ambiente, así como a un diagnóstico más precoz.

El riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma espectacular en pocos años después de dejar de fumar. Los esfuerzos en el diagnóstico precoz en el cáncer de pulmón han tenido poca repercusión en la tasa de curación. La mayor parte de los cánceres cutáneos son curables. Son prevenibles, si se disminuye la exposición a las radiaciones solares, el principal factor relacionado con su aparición.

La medida más eficaz en la prevención del cáncer es la eliminación del consumo de tabaco, ya que el 30% de las muertes por cáncer en los países desarrollados son producidas por su consumo. El control de la dieta también reduce la mortalidad: disminuir la ingesta calórica para evitar la obesidad, reducción de las calorías procedentes de la grasa a un 20% de la dieta, reducción del consumo de carnes rojas, aumento de la ingesta de fibra (cereales, frutas y verduras) y alimentos protectores (con contenido en vitaminas C y A, verduras como el repollo, la coliflor, el brócoli o las coles de Bruselas). Debe limitarse el consumo de alimentos ahumados, en salazón o ricos en nitritos, así como el consumo de alcohol.

El control sobre los factores ambientales incluye la eliminación de productos carcinógenos en el lugar de trabajo y en el hogar, como por ejemplo

la eliminación de la exposición a las fibras de asbesto o la reducción del gas radón en el hogar.

Las técnicas de detección precoz o screening pueden realizarse para el cáncer de cuello uterino, mama, colon, recto y próstata. Es recomendable la realización de un chequeo anual a partir de los 40 años incluso en la ausencia de síntomas. El cáncer de mama se considera uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y muchas mujeres mueren cada año por esta causa. Las mujeres mayores de 50 años son las que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y el riesgo máximo lo presentan las pacientes con una edad superior a 75 años. Los médicos recomiendan realizar un examen anual o bienal, mediante mamografía y exploración física, a las mujeres de 50 o más años de edad. En general, no se recomienda realizar mamografías por debajo de los 39 años de edad. En cuanto al grupo de mujeres entre 40 y 49 años de edad existen controversias sobre la utilidad de las mamografías. El cáncer de endometrio supera en frecuencia, en España, al de cuello uterino, pero no se dispone de ningún estudio que evalúe los beneficios de biopsias en pacientes asintomáticas. La citología ha demostrado ser un método eficaz para la detección precoz de cáncer de cuello uterino. Se recomienda la realización de una citología cada 3 años siempre que se hayan detectado 2 citologías negativas en intervalos anuales. En muchos países desarrollados el aumento en el número de personas que disfrutan sus vacaciones en países de clima cálido ha producido un aumento en el cáncer de piel. Se recomiendan las medidas preventivas, como el uso de cremas o pantallas protectoras frente a la acción potencialmente lesiva de los rayos ultravioletas solares.

La adopción generalizada de las medidas de detección precoz podría reducir la incidencia de cáncer de mama y colon, e incrementar la tasa de curación del cáncer de mama, colon, recto, cuello uterino y próstata.

Los pacientes terminales de Cáncer padecen innumerables alteraciones al expandirse la infección de las células, por lo que padecen muchos dolores, mismos que se recrudecen hasta tornarse casi insoportables. Ante esta situación, la atención médica se centra en mitigar el dolor, ya que la enfermedad es irreversible de no atacarse a tiempo.

Otra enfermedad que deseamos mencionar brevemente es el Alzheimer.

Se trata de una enfermedad degenerativa progresiva del cerebro caracterizada por la desorientación y la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio. Se considera la primera causa de demencia en la vejez. Fue descrita por primera vez por el neuropatólogo alemán Alois Alzheimer en 1906. Los porcentajes (número de casos por 100 individuos de 65 años o más) mundiales van del 0,6 en China al 10,3 en Massachusetts (Estados Unidos). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento.

La esperanza media de vida de quienes padecen esta enfermedad está entre cinco y diez años, aunque en la actualidad muchos pacientes sobreviven 15 años o más debido a las mejoras conseguidas en la atención y tratamiento médico. La causa de esta enfermedad no se ha descubierto, aunque se dispone de terapia paliativa. La capacidad de los médicos para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer se ha incrementado en los últimos años, pero sigue siendo un proceso de eliminación en el que el diagnóstico final sólo se puede confirmar mediante la autopsia.

Durante la autopsia de pacientes de Alzheimer se observa pérdida de neuronas en las áreas cerebrales asociadas con las funciones cognitivas. Las lesiones características de esta enfermedad consisten en la formación de proteínas anómalas conocidas como placas seniles y degeneración neurofibrilar. Se ha logrado identificar la naturaleza de estas

proteínas anómalas y la localización de los genes que producen la proteína precursora. La enfermedad de Alzheimer también se caracteriza por un importante déficit de neurotransmisores cerebrales, las sustancias químicas que transmiten los impulsos nerviosos, en particular la acetilcolina, vinculada con la memoria. La cuestión científica más importante que se plantea respecto a la enfermedad de Alzheimer se centra en averiguar cuál es la causa de que determinados tipos de neuronas sean vulnerables y mueran. Muchos investigadores están tratando de responder a esta pregunta a través de estudios que analizan los efectos potenciales de factores genéticos, toxinas, agentes infecciosos, anomalías metabólicas, y una combinación de estos factores. Los hallazgos recientes señalan que un pequeño porcentaje de los casos de enfermedad de Alzheimer puede ser hereditario.⁵¹

El Alzheimer es un padecimiento en el que la persona va perdiendo la memoria y sus capacidades mentales. El sujeto olvida datos, situaciones, cosas y personas que acaba de experimentar. En estados más avanzados, la persona experimenta una leve mejoría, pudiendo recordar hechos o sucesos del pasado con extraordinaria rapidez; hay lucidez en su mente. Sin embargo, al otro día, sus capacidades mentales se deterioran notablemente.

El paciente de este padecimiento en su etapa terminal, llega a olvidar a sus familiares, su situación personal financiera, afectiva etc., ya no sabe si tiene frío, calor, miedo, alegría o dolor; no controla sus necesidades fisiológicas hasta que fallece de una infección o un accidente.

El Alzheimer es una enfermedad todavía desconocida para la ciencia y que coloca al paciente en un estado de vida indigna para cualquier ser humano. Los tratamientos médicos sólo sirven para retrasar los efectos y daños de la enfermedad, los cuales son irreversibles.

⁵¹ Idem.

Indudablemente que la etapa terminal de cualquier enfermedad es algo triste para el sujeto y para su familia, sin embargo, hay que pensar que posiblemente algún día atravesemos por ella como un proceso natural de la vida del hombre. La etapa terminal es el preludio del fin de la vida.

3.4. LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LOS PACIENTES TERMINALES.

Poco se ha hablado y escrito sobre los derechos humanos y la protección jurídica de los pacientes terminales en nuestro país. Dice el autor Oscar Correas que:

"Los enfermos terminales no han sido tenidos en cuenta todo lo deseable por parte de los defensores de los derechos humanos. El grupo de médicos ligados a la Comisión Nacional de Derechos Humanos que inició la discusión contexto de estas notas, puso a los juristas participantes en la misma ante problemas jurídicos, teóricos y filosóficos que, al menos, habíamos descuidado".⁵²

Nuestra Constitución Política vigente no hace alusión alguna a los derechos humanos, por lo que los autores han interpretado como sinónimos de ellos a las garantías individuales contenidas en los primeros 29 artículos del Pacto Federal, mientras los autores se debaten acerca del contenido y los alcances de los derechos humanos, ya que es cuestionable que es de lógica primaria que todo derecho sea perteneciente al "ser humano".

Los derechos humanos que hoy son una realidad y que constituyen el punto de partida de todo Estado democrático no son algo producto de un partido político o de un gobierno en o particular, sino que son derechos inherentes al hombre por el solo hecho de serlo.

⁵² Correas, Oscar. Los Derechos Humanos de los Enfermos Terminales. UNAM, México, 1992, p. 191.

Retomamos la idea de que sería oportuno que se reformara la Constitución Federal a efecto de que en ella se garantizara el goce efectivo de los derechos humanos de toda persona, independientemente de las garantías individuales y sociales que ella misma consagra.

En el caso de los enfermos terminales, el principal derecho que deben gozar es a la atención y asistencia médica de calidad, oportuna y eficiente, en la inteligencia de que la labor del médico es sólo paliativa del dolor. Sin embargo, la labor del médico se ve bifurcada en dos sentidos jurídicos y filosóficos, por una parte, el médico debe hacer todo lo posible por prolongar la vida del paciente, aún en la situación lamentable de avance terminal de su enfermedad, hasta el momento del fin, pero, por otra, sigue latente el cuestionamiento sobre si el mismo médico, ante el excesivo dolor y la suplicable enfermedad y posiblemente de la familia pueda proceder a la eutanasia o muerte por piedad. La eutanasia ha sido siempre materia de discusiones y de posturas doctrinales ya que el ser humano no puede disponer de la vida de otro, y al hacerlo, estará cometiendo el delito de homicidio. El Nuevo Código Penal para el Distrito Federal dispone sobre esto que:

“ARTÍCULO 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”.

En términos del artículo que antecede, queda prohibida la eutanasia o muerte por piedad, imponiéndose una pena de dos a cinco años.

En materia de auxilio o inducción al suicidio, el Nuevo Código Penal dispone que:

“ARTÍCULO 142. Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si

el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión.

Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma.

Si el suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate. Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo”.

“ARTÍCULO 143. *Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrán al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas”.*

El Nuevo Código Penal para el distrito Federal sanciona la ayuda o inducción al suicidio y agrava la sanción si se trata de un menor de edad el que intenta privarse de la vida.

Regresando al punto que nos ocupa, ninguna norma jurídica habla sobre el derecho a disponer de la vida propia y otras más, como las que acabamos de ver, sancionan la eutanasia, el auxilio e inducción al suicidio con pena privativa de libertad. Sin embargo, para muchos, ante esta oscuridad de las normas jurídicas, el hombre ha tratado de entender que sí puede hacerlo, escapando al dolor y a los padecimientos que reducen la dignidad de la vida del ser humano. Sin embargo, el Estado tiene el deber de ver por todos y cada uno de sus gobernados, garantizando el acceso a los servicios de salud, como lo señala el artículo 4º constitucional y a los médicos les corresponde hacer que dichos servicios sean reales y de calidad, atendiendo a cada paciente que

se presenta. El médico debe alargar la vida del hombre hasta lo posible, lo que constituye la esencia de su profesión e independientemente de que el paciente o su familia ya no quiera vivir más.

Así, nuestra postura es en el sentido de que los servicios médicos deben hacer lo posible porque la vida del paciente terminal transcurra de manera natural, mitigando el dolor y haciendo, en colaboración de la familia que el paciente tenga una calidad de vida digna y aceptable.

Los médicos deben informar oportuna y adecuadamente al paciente sobre el desarrollo de su enfermedad y sobre el tiempo estimado que le resta de vida en la etapa terminal, ya que todo paciente en ese estado, tiene el derecho de saber su realidad a efecto de tener una mejor calidad de vida en lo restante de tiempo.

3.5. LA REALIDAD JURÍDICA Y SOCIAL DE LOS PACIENTES TERMINALES EN MÉXICO.

En teoría, un paciente terminal tiene derecho a todas las garantías que la Constitución Política le otorga, correspondiéndole al Estado, a través de sus tres niveles de gobierno el hacer efectivo el derecho a los servicios de salud, según se desprende del artículo 4º del Pacto Federal.

Los pacientes terminales son sujetos de los derechos humanos que les corresponden por el solo hecho de ser personas, independientemente de su situación física o mental que se ve afectada.

Sin embargo, en la práctica diaria, no podemos negar que los problemas que atraviesa el país han hecho también mella en los servicios

médicos públicos, puesto que los privados se han multiplicado, así como sus costos.

Actualmente, los pacientes terminales se enfrentan a las mismas carencias y malos tratos que reciben miles de personas que acuden a los hospitales y clínicas del sector salud, a la falta de medicinas y de personal médico y de apoyo.

Es increíble que un paciente terminal tenga que seguir la misma suerte que los demás pacientes que carecen de recursos y tiene que acudir a los servicios médicos públicos, sin embargo, esta es la realidad de todas las personas cuya necesidad los lleva a soportar toda la problemática en materia de servicios médicos derivada de la falta de un presupuesto adecuado por parte del Estado y por otra, es la consecuencia de un ambiente de corrupción en el que intervienen diversos funcionarios quienes no permiten llegar los recursos económicos limitados a las clínicas y hospitales o en otros casos, son cómplices del robo hormiga de las medicinas destinadas para los pacientes.

3.6. ALGUNAS PROPUESTAS.

Como resultado de esta investigación, estamos en opción de hacer las siguientes propuestas en materia de los derechos de los pacientes terminales:

a) Es oportuno reformar y adicionar el artículo 1º constitucional a efecto de que se consagre el goce de toda persona a los derechos humanos. Proponemos la siguiente redacción en negrillas:

“Artículo 1º.-En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Esta Constitución proclama y garantiza el acceso de todas las personas a los derechos humanos, sin excepción alguna y sin importar su condición social, religiosa, política, económica, cultural, sus capacidades o estado de salud”.

b) Proponemos la reforma y adición del artículo 4º constitucional a efecto de que se pueda garantizar el acceso real a los servicios de salud a los pacientes terminales:

“Artículo 4º.-El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda persona enferma tendrá acceso inmediato a los servicios médicos de salud tanto públicos como privados. El Estado obligará a los particulares que presten los servicios médicos a colaborar con el sector público para que ninguna persona se quede sin atención médica.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez”.

A través de esta propuesta de reforma y adición al artículo 4º constitucional buscamos que los pacientes terminales (y los que simplemente padezcan alguna enfermedad, no importando su estado de avance patológico), tengan acceso a los servicios de salud, tanto públicos como privados. En este sentido, proponemos también que las clínicas y hospitales privados colaboren obligatoriamente con el Estado en la prestación de servicios médicos, mediante becas o programas de trabajo social en el que se compruebe que se trata de enfermos terminales o normales que no tiene cabida en los servicios de salud públicos, por lo que las clínicas y hospitales particulares se convertirían en extensiones del sector público.

c) Es impostergable hacer notar al Congreso de la Unión que los servicios de salud pública en el país, atraviesan una de sus crisis más

importantes de todos los tiempos, por lo que deben destinar más recursos en este campo, pero también, en colaboración con el Ejecutivo de la Unión, se debe implementar órganos fiscalizadores para que el presupuesto destinado al campo de la salud y los servicios médicos públicos, efectivamente lleguen ahí y sean aplicados de manera transparente a las clínicas y hospitales públicos.

d) Debe implementarse una cultura en materia de atención, cuidados y de asesoría de los derechos de las personas en fase terminal, a efecto de que sepan cuál es su situación médica, el tiempo que les reste de vida y puedan tomar las decisiones personales apropiadas que les eviten problemas a las familias, como son las sucesiones. En el desarrollo de esta cultura debe intervenir tanto sociedad como el estado a través de la Secretaría de Salud en los ámbitos federal y estatal.

CONCLUSIONES.

Primera.- Dentro de las garantías individuales que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su parte dogmática está el derecho a la salud de todos los mexicanos, contenido en el artículo 4º.

Segunda.- El derecho a la salud constituye una garantía de igualdad por medio de la cual, toda persona tiene acceso real a los servicios de salud: clínicas y hospitales del Estado, sin excepción alguna.

Tercera.- La protección a la salud es un imperativo y deber del Estado mexicano, que lleva a cabo a través de diversos órganos administrativos como la Secretaría de Salud Federal y las correspondientes de las entidades federativas.

Cuarta.- Paciente terminal es la persona que experimenta un estado avanzado de una enfermedad irreversible y degenerativa, como es el Cáncer, SIDA, Alzheimer, etc., y que por tanto, está próximo al deceso.

Quinta.- Los pacientes terminales constituyen un tipo de enfermo especial, en razón del grado de avance significativo de su padecimiento y del conjunto de signos y de síntomas que expresa, por lo que son personas que tienen que entrar a la última etapa de su vida en medio del dolor físico y mental, la depresión y la desesperanza.

Sexta.- Llegar a ser un paciente terminal no es producto de la casualidad, sino que es el resultado de un proceso normal de degeneración de las células humanas que conlleva a la muerte del sujeto.

Séptima.- Poco se ha escrito en el campo jurídico sobre los pacientes terminales y su difícil situación física y mental, sin embargo, es importante señalar que son sujetos de derechos humanos y de las garantías individuales que otorga y reconoce el Pacto Federal, independientemente de su estado médico.

Octava.- Dentro de los derechos de que gozan los pacientes terminales está el de la atención médica de calidad; tener los medicamentos prescritos, no ser discriminados por la sociedad y la familia por virtud de su condición y, a tener una calidad de vida digna en sus últimos momentos.

Novena.- Es otro derecho del paciente terminal y a la vez responsabilidad del médico el avisar al paciente sobre el estado que guarda su enfermedad y sobre el tiempo probable de vida que le reste para que tenga calidad de vida en el seno familiar.

Décima.- Es innegable que en nuestro país, los servicios de salud públicos atraviesan por una severa crisis económica, ante la reducción del presupuesto federal. Las clínicas y hospitales del sector público tienen una gran demanda y su calidad deja de ser la adecuada. Además, otros problemas como la corrupción y el burocratismo hacen que los pacientes tengan que soportar en muchos de los casos una atención mediocre.

Décima primera.- Los enfermos terminales no escapan a esta realidad, pues, al no tener las posibilidades económicas para atenderse en una clínica particular, tienen que conformarse con los servicios y las medicinas que el sector público les puede proporcionar en medio de una demanda exagerada de la población.

Décima segunda.- Desde el punto de vista moral, religioso y social, el paciente terminal debe ser tratado con respeto, amor y sobretodo, con dignidad en sus

últimos días, como parte del tratamiento a manera de paliativo que debe prescribirse por los médicos.

Décima tercera.- La realidad de los pacientes terminales que acuden a las clínicas y hospitales del sector público es triste, por el trato y la deficiente calidad en los servicios médicos. Y de seguridad social.

Décima cuarta.- Como resultado de nuestra investigación, proponemos las siguientes acciones:

a) Es necesario reformar y adicionar el artículo 1º constitucional a efecto de que se consagre el goce de toda persona a los derechos humanos. Proponemos la siguiente redacción en negrillas:

“Artículo 1º.-En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Esta Constitución proclama y garantiza el acceso de todas las personas a los derechos humanos, sin excepción alguna y sin importar su condición social, religiosa, política, económica, cultural, sus capacidades o estado de salud”.

b) Proponemos la reforma y adición del artículo 4º constitucional a efecto de que se pueda garantizar el acceso real a los servicios de salud a los pacientes terminales:

“Artículo 4º.-El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda persona enferma tendrá acceso inmediato a los servicios médicos de salud tanto públicos como privados. El Estado obligará a los particulares que presten los servicios médicos a colaborar con el sector público para que ninguna persona se quede sin atención médica.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez”.

Mediante esta propuesta de reforma y adición al artículo 4º constitucional buscamos que los pacientes terminales (y los que simplemente padezcan alguna enfermedad, no importando su estado de avance patológico), tengan acceso a los servicios de salud, tanto públicos como privados. En este sentido, proponemos también que las clínicas y hospitales privados colaboren obligatoriamente con el Estado en la prestación de servicios médicos, mediante becas o programas de trabajo social en el que se compruebe que se trata de enfermos terminales o normales que no tiene cabida en los servicios de salud públicos, por lo que las clínicas y hospitales particulares se convertirían en extensiones del sector público.

c) Es impostergable hacer notar al Congreso de la Unión que los servicios de salud pública en el país, atraviesan una de sus crisis más importantes de todos los tiempos, por lo que deben destinar más recursos en este campo, pero también, en colaboración con el Ejecutivo de la Unión, se debe implementar órganos fiscalizadores de la utilización de los recursos económicos en materia de salud, para que ellos efectivamente lleguen a sus destinos: las clínicas y hospitales públicos.

d) Debe implementarse una cultura en materia de atención, cuidados y de asesoría de los derechos de las personas en fase terminal, a efecto de que sepan cuál es su situación médica, el tiempo que les reste de vida y puedan tomar las decisiones personales apropiadas que les eviten problemas a las familias, como son las sucesiones. En el desarrollo de esta cultura debe intervenir tanto sociedad como el estado a través de la Secretaría de Salud en los ámbitos federal y estatal.

Décima quinta. Es necesario que el derecho se ocupe de los pacientes terminales y de su problemática situación médica y social, hoy que se habla de democracia y de la no discriminación como los blasones de un México

contemporáneo que se perfila hacia nuevos avances en todos los campos del conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

- ARELLANO GARCÍA, Carlos. Métodos y Técnicas de la Investigación Jurídica. Editorial Porrúa, México, 1999.
- BAENA PAZ, Guillermina. Metodología de la Investigación. Publicaciones Cultural, México, 2002.
- BALDWIN, Harold. Pacientes Terminales. Su Tratamiento. Editorial Boston Clinics, Boston, 1998.
- BORJA, Rodrigo. Derecho Político y Constitucional. Editorial Fondo de Cultura Económica, 2ª edición, México, 1992, p. 336.
- BURGOA ORIHUELA, Ignacio. Las Garantías Individuales. Editorial Porrúa, 30ª edición, México, 1998.
- CORREAS, Oscar. Los Derechos Humanos de los Enfermos Terminales. UNAM, México, 1992.
- DEL CASTILLO DEL VALLE, Alberto. "La Libertad de Expresar Ideas en México". Editorial Duero, México, 1995.
- GARZA GARCÍA, César Carlos. Derecho Constitucional Mexicano. Editorial McGraw Hill, México, 1997.
- GONZÁLEZ BURGOS, Alfredo. Problemas Sociales en México. Editorial Alfaguara S.A. México, 1998.
- GONZÁLEZ WOOD, Hernán et alios. Bioética y Derechos Humanos. UNAM, México, 1992.
- KUNZ, Erich. Sida y Sociedad. Editorial Médica S.A., Buenos Aires, 1998.
- MARTÍNEZ VERA, Rogelio. Fundamentos de Derecho Público. Editorial McGraw Hill, 2ª edición, México, 1996.
- MOTO SALAZAR, Efraín. Elementos de Derecho. Editorial Porrúa S.A. 40ª edición, México, 1994.
- NORIEGA CANTÚ, Alfonso. "La Naturaleza de las Garantías Individuales en la Constitución de 1917". Editorial UNAM, México, 1967.

PINA, Rafael de y Rafael de Pina Vara. Diccionario de Derecho. Editorial Porrúa, 26ª edición, México, 1997.

SÁNCHEZ BRINGAS, Enrique. Derecho Constitucional. Editorial Porrúa, 3ª edición, México, 1998.

SPENCER, Mark. El Sida. Editorial Grijalbo, 3ª edición, México, 1999.

LEGISLACIÓN.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Editorial DELMA S.A. México, 2004.

LEY GENERAL DE SALUD. Editorial SISTA S.A. México, 2004.

LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL. Editorial SISTA S.A. México, 2004.

NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. Editorial SISTA S.A. México, 2004.

LEY DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Editorial SISTA S.A. México, 2002.

OTRAS FUENTES.

Diccionario Larousse de la Lengua Española. Editorial Larousse, México, 1994.

Enciclopedia Encarta Microsoft 2002. Microsoft Corporation.

www.abmedicus.com.