

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA QUE VULNERAN
LOS DERECHOS HUMANOS

| | |
|--|-----|
| I. Derechos humanos y medio ambiente: la salud pública como solución | 171 |
| II. Propuesta de una agenda ambiental | 179 |
| III. Tuberculosis: una enfermedad de la patología de la pobreza | 191 |
| IV. Enfisema pulmonar y el paciente terminal | 203 |
| V. La persona con epilepsia y los derechos humanos | 212 |
| VI. El anciano en México y el derecho a la protección de la salud | 220 |
| VII. Tabaquismo. Una forma de transgresión al derecho a un ambiente sano | 228 |

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA QUE VULNERAN LOS DERECHOS HUMANOS

I. DERECHOS HUMANOS Y MEDIO AMBIENTE: LA SALUD PÚBLICA COMO SOLUCIÓN

El estudio del impacto económico de la regulación ambiental ha sido uno de los primeros abordajes para explicar los efectos sociales de las políticas ambientales. Las herramientas econométricas en relación a la inflación y a la productividad industrial han gravitado sobre normas sociales, valores, formas de producción y consumos. En consecuencia, el análisis de costo-beneficio y la regulación ambiental se han conducido en el mismo contexto —el beneficio económico—. El costo en Estados Unidos para la protección al medio ambiente (en relación al producto interno bruto) se ha incrementado de 0.9% (GNP, 1972) a 1.8% en 1985 y 2.3% en 1992; en el año 2000, más del 60% de esos costos fueron asumidos por la industria y, por lo tanto, transferidos al consumidor de dicho país o a los que consumen sus exportaciones, uno de ellos México.

COSTO FINANCIERO DE LA PROTECCIÓN AMBIENTAL EN ESTADOS UNIDOS (%)

| | 1975 | 2000 |
|---------|-------|-------|
| EPA | 4.72 | 7.04 |
| Federal | 3.67 | 7.89 |
| Estatal | 4.67 | 3.03 |
| Local | 26.60 | 22.03 |
| Privado | 60.40 | 60.02 |

Fuente: EPA, Administrator

COSTOS ESTIMADOS EN PROTECCIÓN AMBIENTAL
Billones de dólares constantes a 1986 (%)

| | 1975 | 2000 |
|------------------------|------|-------|
| Aire | 10.9 | 37.05 |
| Agua* | 14.0 | 51.06 |
| Desechos peligrosos | 0.0 | 23.80 |
| Tierra | 9.8 | 46.10 |

Fuente: EPA, Administrator

* No incluye agua potable para consumo humano

El beneficio más obvio del control de la contaminación debería ser la reducción de la enfermedad humana y animal, sin embargo, los estudios de morbilidad y mortalidad son excepcionales en el mundo, México no es la excepción.

Durante más de veinte años en los que la comunidad internacional se ha dedicado a la discusión de cuestiones ambientales, es de lamentar que no se haya establecido con firmeza la vinculación entre los temas derechos humanos y medio ambiente. Quizá la única excepción es la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, concretamente la Subcomisión sobre Prevención de Discriminación y Protección a las Minorías, que desde 1989 se muestra especialmente interesada. Ese año, durante su 38a. sesión, la Subcomisión pidió a la experta argelina, Fatma Zohra Ksentini, que preparase una nota concisa para presentarla en el 42o. periodo de sesiones de dicha Subcomisión. En ese reporte se destacan los siguientes puntos:

Que aunque esa fue la primera vez que la Subcomisión examinó el problema del medio ambiente en su totalidad y en relación con los derechos humanos, ya habían sido abordados ciertos aspectos de este problema, como el del traslado y vertimiento de productos y desechos tóxicos y peligrosos (resolución 1988/26, 1 de septiembre de 1988); que existe una toma de conciencia universal sobre la amplitud, la gravedad y la complejidad de los problemas del medio ambiente; estos problemas exigen una acción adecuada en el plano nacional, regional e internacional; existe un vínculo evidente y/o estrecho entre el medio ambiente y

los derechos humanos. Sin embargo, el carácter de este vínculo no está siempre bien determinado, no obstante, ciertas violaciones de los derechos humanos podrían ser la causa del empeoramiento ambiental; los atentados contra el medio ambiente afectan el disfrute de los derechos humanos (vida, salud, trabajo, información, participación, libre determinación, derecho al desarrollo, a la paz y a la seguridad, etcétera); se han presentado casos concretos de proyectos de desarrollo o beneficio de territorio como ejemplos del deterioro ambiental y de violación de los derechos humanos; la Subcomisión y la Comisión de Derechos Humanos deberían conceder una mayor atención a los problemas ambientales que afectan los derechos humanos.

En 1968, la Asamblea General de la Nacional Unidas puso de relieve, en su resolución 2398 (XXII) de 3 de diciembre de 1968, las repercusiones del deterioro del medio ambiente sobre la condición humana y sobre el goce de los derechos fundamentales. Ese mismo año, en la Proclamación de Teherán, se señalaba que los descubrimientos científicos y adelantos tecnológicos abrían amplias perspectivas para el progreso económico, social y cultural, pero que esa evolución podía, sin embargo, comprometer los derechos y libertades del individuo y, por consiguiente, exigía una atención permanente. Por otra parte, en la Declaración de Estocolmo de 16 de junio de 1972 se reconoció la relación existente entre el medio ambiente, el hombre y sus derechos fundamentales, incluso el derecho a la vida misma.

Desde entonces, se han aprobado numerosos instrumentos en los organismos internacionales, regionales y nacionales que refuerzan esta noción de derecho ambiental y ponen de relieve su relación con los demás derechos humanos (Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, aprobada por la Asamblea General en su resolución 2542 (XXIV) de 11 de diciembre de 1969; la Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados; el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, en el marco del cual destaca la resolución 42/186 de 11 de diciembre de 1987 sobre una perspectiva ambiental hasta el año 2000; la resolución 37/7 de la Asamblea General, de 28 de octubre de 1982, en la que se proclamó la Carta Mundial de la Naturaleza).

También en numerosos tratados multilaterales se hace referencia, si no expresa por lo menos tácita, a la necesidad de proteger el medio ambiente, y en los mismos figuran disposiciones en las que se mencionan la dignidad o el bienestar humano y la salud o el interés general, por lo que se establece un vínculo insoluble entre el medio ambiente y los derechos humanos.

En realidad, la reivindicación de un medio ambiente sano y equilibrado ha permitido pasar del derecho ambiental al derecho al medio ambiente. Sin embargo, esta noción sigue estando mal definida, excepto por la referencia a una serie de objetivos que abarcan la idea de protección del medio ambiente y la de salvaguarda de los derechos fundamentales humanos y de la dignidad humana —mismos que se violan flagrantemente en forma cotidiana—.

La cuestión principal de índole conceptual, que podría plantearse para el estudio del medio ambiente y los derechos humanos, es la de definir la noción de un medio ambiente sano y equilibrado, ya que con relación a la misma se pueden evaluar las violaciones de los derechos humanos relativas al medio ambiente —en este aspecto la participación de la salud pública es fundamental—.

En la actualidad, difícilmente se puede negar la existencia de un derecho al medio ambiente, dado que éste forma parte integrante del conjunto normativo que se ha instituido para defender la dignidad del ser humano y promover y preservar sus derechos. En este sentido, da una nueva dimensión a los derechos humanos, pues integra el derecho a un medio ambiente sano con toda naturalidad en la categoría de los derechos de la “tercera generación”, que consideran al ser humano desde un punto de vista multidimensional, restituyen a los individuos y a los pueblos las prerrogativas a que tienen derecho, e intentan satisfacer sus aspiraciones legítimas.

En México, la pobreza es el síntoma ecológico más grave, independientemente de que el origen se encuentre en conflictos económicos o políticos entre nosotros, el hambre y la desnutrición que sufre la población es manifestación de un grave desequilibrio entre los satisfactores (comida) y las necesidades de esta población. Además de los satisfactores primarios, como comida, agua y aire, también se carecen de otros satisfactores benéficos como lo es la educación y las ventajas de los servicios de salud.

En múltiples ocasiones, científicos y humanistas han coincidido en que en una sociedad que se precie de ser verdaderamente humana, en la que la igualdad o la accesibilidad a bienes y servicios y la movilidad social irrestricta sean metas urgentes, todo niño debe poseer desde el nacimiento, como derecho humano inalienable, la disponibilidad de alimento, de estimulación, de protección a la salud y de educación. Sin nutrición adecuada la estimulación es insuficiente, la salud física y mental se disminuye y el fracaso escolar se incrementa. Debe ser un derecho humano la posibilidad de alcanzar el desarrollo mental óptimo de la especie y, para ello, el prerequisite es la nutrición adecuada en la infancia y en la niñez. A partir de la consideración de que las potencialidades con las que los seres humanos contamos al inicio de la vida decrecen o se acentúan en razón de las posibilidades que el medio externo ofrece a cada persona, incluso desde antes del nacimiento. Esta posibilidad de desarrollo del ser humano, entendida en su sentido más amplio, debiera ser la misma para todos los hombres y mujeres, de acuerdo con los principios fundamentales que garantizan los derechos del hombre.

No obstante, es evidente que en los hechos tal posibilidad no es la misma para todos y que esta limitación obedece a razones que escapan a consideraciones de carácter técnico o científico. De ahí que existan, por ejemplo, afecciones a la salud cuya solución técnica se encuentra en poder del hombre desde hace muchos años, persistiendo sólo por la inequitativa distribución

de la riqueza social o el interés personal de unos cuantos por encima del interés de la mayoría.

Vale decir que el proceso de transición de la contaminación biológica a la contaminación física no necesariamente representa el paso de la ruralidad a la urbanización. En todo caso, más bien significa la modificación de las formas en las que ciertos derechos humanos son violados o protegidos.

En suma, puede afirmarse que el ambiente global físico, laboral y familiar determina en buena medida las expectativas de vida de los hombres, en términos de calidad y cantidad, desde que nacen y se exponen a tal ambiente. La conservación, fomento y elevación de tales expectativas son derechos humanos irrenunciables, a los que los estudiosos de la salud y del ambiente debemos defender y fomentar incesantemente.

La contaminación plantea otros problemas morales, jurídicos, económicos, políticos y de conducta social; todos difíciles de manejar por la naturaleza tan compleja de las fuentes, diseminación y efecto de los contaminantes. El primer problema es el de violar los derechos de las personas a vivir sin la amenaza de las agresiones ambientales. Otro de singular importancia se relaciona con los métodos idóneos o más aceptables para la prevención y el control de la contaminación, lo que puede provocar problemas subsidiarios de injusticia social. Un tercer aspecto es el de determinar las responsabilidades de quienes causan contaminación, dado que en gran parte no se pueden identificar las fuentes que la originan, ni evaluar el impacto que producen. Un cuarto problema tiene que ver con la respuesta social a la contaminación en cuanto a los intereses comprometidos y a la actitud depredadora y contaminante de la población. Complementariamente a la respuesta social, también es un problema la disponibilidad de recursos para proveer de dispositivos y mecanismos de protección ambiental, así como determinar si el daño producido por la contaminación hace que una actividad sea moralmente inaceptable, como en el caso de la contaminación nuclear. Otro problema aún no considerado es el derecho de los individuos a la reparación de los daños producidos por la contaminación en su patrimonio, en su capacidad de trabajo y en su nivel de salud. Y otro más, de actualidad, es el de determinar

la magnitud y repercusión del daño ambiental por los costos económicos y sociales que implican.

En el ámbito político, el problema de la contaminación no ha planteado nuevas cuestiones de principio, aparte de que algunas medidas que son necesarias para el control eficaz de la contaminación incluyen restricciones a la libertad. Los asuntos políticos de importancia surgen de la gran variedad de formas y tipos de contaminantes que hacen necesario un enfoque de mayor amplitud en los diversos niveles en donde se originan los problemas de salud.

En materia jurídica, las leyes ambientales se refieren mucho a los derechos y deberes de las personas, a sus obligaciones y responsabilidades y a la justicia y justificación de sus actos. Estos términos que pertenecen al campo de la moral, invaden los dominios del derecho. Esto puede significar que sus diversas interpretaciones queden impregnadas de una fuerte dosis de moralidad.

La estrategia de incorporación de los miembros de la sociedad civil en un proceso de responsabilidad compartida debe cumplir, sin embargo, con algunos requisitos.

El primero de ellos es que debe compartirse la responsabilidad; el fracaso de la mayor parte de los programas que han intentado la participación de la población en las acciones diseñadas contra un problema, se debe a que este requisito no se cumple. Tal incumplimiento se debe, sobre todo, al temor de compartir las decisiones que se saben "responsabilidad absoluta" de la autoridad. Bajo el concepto de responsabilidad compartida, es evidente que se requiere romper estos esquemas tradicionales de gobierno, en la medida en que la responsabilidad de la autoridad ya no podrá ser "absoluta".

Este impacto debe ser observable por los participantes, y en el diseño del programa tendrán que contemplarse metas a corto plazo que permitan a la sociedad corroborar su eficacia. En muchos de los programas actuales, a pesar de su evidente

impacto positivo a largo plazo, la ausencia de indicadores de mejoría capaces de ser observados por la población en plazos cortos, interfiere negativamente en su participación. Con ello se inicia un círculo vicioso, donde a menor impacto visible, menor participación y a menor participación, menor impacto real del programa.

Otro elemento lo constituye la aceptación explícita de que el problema es real. No es posible convencer a la población de la necesidad de su participación cuando el problema no es percibido como tal. En este aspecto, es necesario combinar las necesidades sentidas por los participantes con las necesidades reales detectadas por los expertos. Debido a que algunos problemas han sido “minimizadas” por las autoridades, la población percibe un bajo peligro ante los eventos que constituyen verdaderos riesgos para su salud. En este sentido, deberá buscarse un equilibrio que permita a las autoridades contar con la participación de los miembros de la sociedad sin que, la contraparte, se enfrente a un nuevo problema provocado por el temor exagerado de la población. El manejo de la información deberá ser considerada, en consecuencia, como estratégica.

El último requisito consiste en la adopción de medidas de evaluación que permitan detectar en forma efectiva los impactos reales del programa y de las acciones de cada uno de los participantes. Ello es indispensable no sólo para la presentación de resultados parciales y finales, sino para el control del programa en cada una de sus fases y la corrección del proceso cuando sea oportuno. Este último requisito se refiere al papel de la salud pública.

No es una temeridad señalar que lo que durante muchos lustros aportaba esta especialidad hoy ha declinado, sus criterios, programas de vigilancia, actualización de indicadores, concepciones económicas, de educación y capacitación y la asimilación de la sociedad de dichos conceptos es la esperanza más firme que por el momento se puede ofrecer, es decir, el resurgimiento de la salud pública.

Uno de los mas grandes retos para su aplicación en el medio ambiente mexicano es precisamente la definición clara de las autoridades que deben intervenir para dar solución a los problemas ambientales.

Las políticas ambientales adecuadas son aquellas que se encuentran basadas en información científica y económica, y se regulan en un ámbito jurídico congruente.

II. PROPUESTA DE UNA AGENDA AMBIENTAL

1. *Planteamiento conceptual*

Considerando que la base de la *organización social* es la actividad económica y que ésta consiste, de manera fundamental, en la transformación del medio, es comprensible que todo desarrollo implique una modificación sustancial del *ambiente*.

Por consecuencia, el estado del medio ambiente es resultado directo del sostenimiento material de la organización social en los planos científico, tecnológico, político, económico y cultural, y reflejo de su grado y estilo de desarrollo.

Con base en lo anterior, es posible plantear que los problemas ambientales tienen su origen en la misma actividad que sostiene el orden social, en especial en el estilo de desarrollo que opera en cada país, y que los matices presentes en esos problemas reflejan, en el estado de *salud de la población*, los alcances y limitaciones de la propia sociedad

Dado que la *salud* depende del medio, ésta se convierte en objeto de transformación y espacio de articulación de las relaciones económico-sociales.

En tanto que la transformación del medio ambiente en la era moderna se ha sostenido tanto en la producción de conocimien-

tos (investigación científica) como en la utilización de los mismos (tecnología), la mejor respuesta frente a los problemas de salud provocados por el ambiente se encuentra también en el desarrollo y utilización del conocimiento.

Planteado así el trinomio *desarrollo-ambiente-salud* ante cualquier problema ambiental y sus necesarias consecuencias sobre la salud poblacional deberá atenderse considerando la multiplicidad de planos que lo conforman: el económico, el social, el político y el científico-tecnológico, por mencionar a los más importantes.

Lo anterior lleva a plantear que los problemas de salud y ambiente deben ser trabajados en todos, o en la mayoría, de los planos que los constituyen.

2. *Análisis del contexto actual*

Hasta hace muy poco, buena parte de los proyectos políticos propuestos para la resolución de los problemas ambientales se apoyaron en un insuficiente análisis técnico de aquello a lo que se quiso dar respuesta. En la actualidad parece más conveniente diseñar estos proyectos sobre la base del análisis del conocimiento técnico socialmente disponible acerca del objeto de transformación elegido, y la producción del que no existe.

En el caso de los problemas del ambiente que derivan del desarrollo industrial y que impactan sobre la salud humana, existen todavía graves lagunas del conocimiento sobre las relaciones precisas que se establecen entre los componentes del trinomio mencionado.

Además, en tanto que el manejo de la información científica y técnica se ha convertido en estratégico para el alcance de la acción política, es necesario encontrar el equilibrio entre ambos —conocimiento y acción—, de manera que se obtenga su retroalimentación recíproca.

3. *La propuesta*

Con base en los planteamientos anteriores, en el presente trabajo se proponen los elementos de carácter técnico que pueden permitir la concentración y disponibilidad de la información cien-

tífica y tecnológica existente sobre los problemas ambientales que tienen influencia directa sobre la salud, así como la generación de dicha información cuando no exista y que es indispensable para hacer más racional la selección y aplicación de las políticas en este campo.

A. Ambiente y salud

Asunto

Se proponen acciones que permitan integrar las actividades de protección ambiental con la salud humana como eje central y vinculador.

Sustentación

1) La contaminación ambiental tiene altos costos sociales y políticos. La única forma de lograr que la población apoye las acciones es reconocer que el *costo de no hacer los programas adecuados, para reducir dicha contaminación y sus efectos, es mayor que el de hacerlos*.

2) Se requiere *justificar* los costos cada vez mayores de la gestión ambiental. Un argumento central es la protección de la salud humana.

3) Existe un importante *rezago* en saneamiento básico, al que se agrega el observado en la corrección de las nuevas alteraciones del ambiente derivadas de la industrialización.

4) Hay *duplicación* de funciones en los diversos asuntos ambientales, en particular sobre el impacto de la contaminación ambiental y de las nuevas tecnologías sobre la salud. Como resultado, se genera *debilidad institucional*.

5) Las políticas se deciden y las acciones se realizan con *bases técnicas insuficientes* y fuera del contexto social.

6) Hay *escasez de recursos humanos* a nivel técnico y de posgrado aptos para enfrentar los problemas de salud y ambiente, siendo deseable la *integración de grupos científicos e intelectuales* que contribuyan a su manejo.

- 7) Existe información dispersa, entre otros aspectos, sobre:
- a) *Factores de riesgo* (v. gr. industrialización).
 - b) *Calidad ambiental* (v. gr. contaminación de aguas superficiales).
 - c) *Demografía* (v. gr. asentamientos, migraciones)
 - d) *Factores culturales* (v. gr. plomo en alfarería)

Y hace falta vincularlos con su impacto en la salud.

B. Bases para la solución

- Establecer una política de coordinación que *vincule el triomio desarrollo-salud-ambiente*.
- Crear una política que *favorezca la cooperación y acercamiento* entre la Secretaría de Salud y otras secretarías para satisfacer las necesidades de salud generadas por las alteraciones ambientales.
- Promover la *vinculación de los sectores de salud y ambiente*, así como la de sus organismos.
- Elaborar una *estrategia de participación* de hombres de ciencia y humanistas que demuestren interés en la resolución del problema, así como aptitudes técnicas y éticas para su abordaje.
- Obtener el *conocimiento científico* que apoye las propuestas.
- Apoyar la *formación de recursos humanos especializados* en aspectos de salud y ambiente que el país requiere para el desarrollo de los programas.
- Incluir a los grupos ambientales de la *sociedad civil* en la recolección de información, la educación y el cabildeo, favoreciendo la salud ambiental.
- Hacer un *abordaje comunitario* para contribuir a la resolución de estos problemas; esto es factible a nivel local.

C. Propuestas prioritarias

- 1) Establecer un sistema de vigilancia en salud ambiental.
- 2) Generar una red de información en toxicología.
- 3) Apoyar y financiar enérgicamente el fortalecimiento de instituciones de investigación en salud y ambiente.

- 4) Apoyar la formación de recursos humanos en salud ambiental.
- 5) Apoyar investigaciones de corta y mediana duración que permitan justificar las acciones realizadas, evaluar la eficacia de las medidas de control y proponer nuevas.
- 6) Diseñar y aplicar una estrategia de comunicación de riesgos a la salud tanto para disminuir daños como para obtener el apoyo comunitario.
- 7) Incorporar, en los nuevos proyectos de desarrollo, los criterios de impacto del ambiente en la salud.
- 8) Reformular el Índice Metropolitano de Calidad del Aire (Imeca), con base en criterios de salud pública.
- 9) Vincular los criterios de salud a la normatividad sobre aguas residuales, municipales e industriales, plaguicidas y desechos industriales tóxicos.
- 10) A partir de la información obtenida ya existente y la nueva obtenida, elaborar un atlas de riesgos de salud y ambiente en México.
- 11) Realizar un vigoroso esfuerzo de actualización legislativa ambiental.

D. Propuestas prioritarias en salud y ambiente. Lineamientos de las propuestas

1) Justificación

Un *sistema de información* es básico para la toma de decisiones y la evaluación de políticas, programas y acciones.

El país no dispone de sistemas de vigilancia en salud ambiental que compilen y analicen rápidamente datos de monitoreo de contaminación de aire, agua, suelo y alimentos y sus efectos en personas representativas y vulnerables.

La falta de estos sistemas impide la prevención y atención, incrementando costos y efectos.

Los sistemas de información son la base para la toma de decisiones y el manejo de problemas. En la medida en que estos sistemas sean más amplios y partan de bases más científicas, las decisiones políticas incrementarán su solidez.

Propuesta

Establecer un *sistema de vigilancia en salud ambiental*, relacionando el monitoreo de los posibles agentes de riesgo para el hombre en agua, suelo, alimentos y aire, y puntos de emisión específicos, con marcadores biológicos y enfermedades. Este sería útil para:

- a) Informar.
- b) Identificar peligros.
- c) Dar bases para la acción.
- d) Orientar programas.
- e) Evaluar las medidas tomadas.

2) *Justificación*

No existe en el país *acceso fácil ni directo al conocimiento* actual sobre los efectos adversos para la salud de los agentes físicos, químicos y biológicos, ni de su manejo en forma rápida y eficaz para tomar decisiones clínicas, gerenciales o de política.

La creciente industrialización obliga a que este tipo de conocimiento sea accesible y de utilidad para el industrial, el médico, los directivos públicos y privados, y los estudiosos.

La evidencia de su necesidad la tenemos con la multitud de accidentes químicos que suceden en la nación. La autoridad requiere este conocimiento para ejercer su acción.

Este acceso al conocimiento requiere ser no simplemente documental, sino con capacidad de interpretación.

Propuesta

Generar una *red de información en toxicología* accesible a la población, a los industriales y los tomadores de decisiones, distribuida por "niveles de atención" según su complejidad de interpretación, en las 32 entidades federativas.

3) *Justificación*

Para enfrentar la complejidad de la relación desarrollo-salud-ambiente en México, las condiciones institucionales son incipientes, dispersas y no proporcionales al problema.

Falta investigación operativa en salud y ambiente orientada a la acción para resolver las necesidades del país. En la operación de los organismos públicos y privados, esto se traduce en improvisación y errores de manejo.

Existe una escasa participación de las instituciones nacionales de investigación y se contratan organismos de otros países, con lo que el país pierde la oportunidad de fortalecer los grupos que generan la información pertinente a las características de la nación. Esto proyecta en el extranjero la imagen de que en el país falta capacidad, por ausencia de recursos humanos.

Por ello es crítico hacer en México las inversiones que sean necesarias para desarrollar la estructura y formar los recursos indispensables para enfrentar el problema, canalizándolas a las instituciones que desarrollan disciplinas, métodos e instrumentos para la evaluación y el manejo de riesgos a la salud que se deben a las alteraciones del ambiente.

Propuesta

Establecer una sólida política de financiamiento para el fortalecimiento institucional en desarrollo-salud-ambiente.

Esto favorece a organizaciones promotoras y receptoras de análisis científico y técnico en el área. Tal organización puede ofrecer el aval técnico y el apoyo a las propuestas de política de salud y ambiente.

Esto tiene la finalidad de producir, reproducir y aplicar el conocimiento sobre los problemas prioritarios de salud ambiental en México —considerando sus características de país en desarrollo—, incorporando:

- a) Las ciencias médicas.
- b) La epidemiología.
- c) La toxicología.
- d) El derecho.
- e) La economía.

Para lograr el más óptimo manejo de riesgos a través de políticas y tecnologías factibles. Con ello se lograría aprovechar la oportunidad de ejercer el liderazgo en el campo de desarrollo-salud-ambiente.

4) *Justificación*

El Índice Metropolitano de Calidad del Aire (Imeca) es el contacto primario del gobierno con la sensibilidad de la población de las principales ciudades del país en cuanto a contaminación atmosférica.

En algunas zonas metropolitanas, como la ciudad de México, se están efectuando acciones que modifican los contaminantes atmosféricos diferencialmente. Sin embargo, hasta el momento esto no se ve reflejado positivamente en los datos del Imeca.

La base científica del Imeca esta desactualizada respecto a los efectos en salud de los contaminantes atmosféricos (PM₁₀, hidrocarburos totales, tóxicos) a pesar de que *el Imeca se debe sustentar técnicamente en la protección de la salud*.

El Imeca se comunica a la sociedad en el contaminante con las cifras más altas. Para evitar la exageración de unos y la complacencia con otros se requiere de un "índice compuesto que refleje el comportamiento de todos los contaminantes atmosféricos y su interacción".

Además de que las estaciones de monitoreo son insuficientes en el país, la red no mide todos los contaminantes que son de interés en la actualidad.

Finalmente, el Imeca no se ha regionalizado según las condiciones geoclimáticas y falta actualmente un programa progresivo de cumplimiento.

Propuesta

Reformular el Índice Metropolitano de Calidad del Aire con base en criterios de salud pública, de tal manera que:

- a) Refleje el conocimiento científico universal actual.
- b) Tenga base operativa en una red nacional que incorpore las peculiaridades para ciudades a diferentes alturas.
- c) Considere la distribución de edad.
- d) Incluya los contaminantes criterio y los contaminantes tóxicos (metales, hidrocarburos específicos, elementos físicos, etcétera).
- e) Se sustente en un índice complejo que muestre mejor los potenciales peligros de enfermedad.

- f) Sea aplicable en forma progresiva a las distintas zonas metropolitanas del país.

5) *Justificación*

Las alteraciones ambientales preocupan en la población respecto a su impacto en la salud.

Frente a esto, se ha ejercido una política de comunicación de riesgos equivocada, al no considerar el acceso al conocimiento universal y la sensibilidad de la población. Esto resulta contraproducente a la autoridad y ha dado oportunidad de que intervengan comunicadores no calificados que sobredimensional el problema.

Además, hay desinformación en las personas más vulnerables y sensibles que debieran recibir atención mayor.

También se pierde la oportunidad de acción comunitaria, lo que deriva en que las medidas de protección a la salud, voluntarias e involuntarias —estas últimas ejercidas por la autoridad de salud para la protección y prevención—, sean insuficientes y, a veces, incorrectas.

Propuesta

Establecer una *estrategia de comunicación de riesgos a la salud* a través de medios oficiales, grupos organizados, comunitarios e intelectuales, pudiendo vincular la opinión científica con la comunidad organizada.

6) *Justificación*

El trabajo de evaluación y manejo de efectos en la salud de la contaminación ambiental es *improvisado* y extemporáneo. Esto se debe a que hay insuficiencia de recursos humanos en relación con la magnitud del problema.

La complejidad de los factores toxicológicos, médicos, epidemiológicos, sociales, económicos y tecnológicos hacen que esta área sea de gran especialización, por lo que se requiere apoyo para desarrollarla.

Las organizaciones que a ello se destinan aún deben expandir su actividad y requieren de apoyo extraordinario.

Propuesta

Financiar y orientar un programa de *formación de recursos humanos en salud ambiental*, priorizando los de especialización y posgrado en evaluación y manejo de riesgos en salud ambiental, además de transmitir estos conocimientos a los técnicos y auditores ambientales.

7) *Justificación*

En la evaluación de impacto ambiental de los *nuevos proyectos de desarrollo*, se toca someramente su impacto en salud, sin metodologías que permitan abundar y predecir los posibles riesgos a la salud.

Se separa innecesariamente el ambiente intraindustrial y el externo, cuando ambos tienen impactos adversos sobre la salud, siendo el momento de la planeación el más indicado para la prevención.

Los conceptos de salud no son sustantivos en las auditorías ambientales. Fundamentalmente existe insuficiente capacidad de respuesta para incluir el impacto en salud ambiental.

Propuesta

Incorporar los criterios y métodos de evaluación del *impacto en salud ambiental* en los nuevos proyectos de desarrollo, de tal manera que incluyan:

- a) Los diagnósticos en salud ambiental.
- b) Las consideraciones de salud ocupacional.
- c) Las preocupaciones de la comunidad en función de la salud.

8) *Justificación*

Tenemos una baja proporción de aguas de origen municipal (domiciliario) o industrial que hayan sido tratadas, ya sea para reuso o desecho.

Igualmente, la industria no maneja adecuadamente los residuos industriales, como tampoco se tiene un buen control sobre plaguicidas y otros productos tóxicos y peligrosos.

Estos residuos contaminan las fuentes de abasto de agua potable, tierras y cultivos. Se tienen evidencias de exposición humana a través de estudios de tejidos de la población general y de la ocupacionalmente expuesta.

El conocimiento microbiológico, toxicológico y epidemiológico nos hace prever que ésta es una fuente asociada con elevadas tasas de morbilidad aguda y crónica. En su manejo existe confusión sobre las responsabilidades institucionales, legislación y reglamentos incompletos y un empleo deficiente de las instancias interinstitucionales.

Propuesta

Vincular estrechamente los *criterios de salud a la normatividad ambiental sobre aguas residuales municipales e industriales, desechos tóxicos y plaguicidas*.

Además, crear *incentivos económicos* para el correcto manejo de este recurso.

9) *Justificación*

El conocimiento sobre el impacto del ambiente en la salud generado por las investigaciones realizadas en México ha sido producido con pocos recursos y, usualmente, a partir de estudios dispersos y esporádicos.

De ello resulta que ante la pregunta sobre cuál es el efecto de las alteraciones ambientales sobre la salud humana, no se tengan respuestas sólidamente documentadas. De manera contraproducente, tampoco se puede medir la eficacia de las medidas de control ambiental. Habría una gran cantidad de estudios que, bien financiados, pudieran ilustrar los efectos, los factores condicionantes y los de riesgo.

Propuesta

Apoyar investigaciones de corta duración que permitan:

- a) Evaluar los riesgos.

- b) Evaluar la eficacia de las medidas de control.
- c) Proponer nuevas medidas.

10) *Justificación*

Se ha dado un excesivo énfasis a la contaminación atmosférica en la ciudad de México. Como consecuencia de ello, se han descuidado los problemas ambientales de otra naturaleza que ocurren en diversas zonas del país y que tienen también impacto negativo sobre la salud humana.

A través de los análisis epidemiológico-ecológicos de la información existente y de la que se generará, se podría efectuar una aproximación general a este problema.

Propuesta

Generar un *atlas de riesgos en salud y ambiente en México* que combine los datos de las distintas regiones y su contaminación, con los datos de morbilidad y mortalidad disponibles y conocidos, además de los reportes de eventos posiblemente vinculados.

11) *Justificación*

El camino social lleva al camino jurídico; en la actualidad existe la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (Profepa) encargada de aplicar y hacer cumplir la legislación y los reglamentos federales en la materia y cuya orientación de litigios del medio ambiente tiene más carácter administrativo y judicial que prevención de daño a la salud humana.

Propuesta

Promover, con las instituciones jurídicas, la actualización de las normas que conduzcan a medios efectivos de regulación de solución de controversias y recursos preventivos de daños a la salud.

III. TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD DE LA PATOLOGÍA DE LA POBREZA

En octubre de 1971, Alejandro Celis Salazar presentaba en el marco conmemorativo del día del médico su conferencia magistral "Patología de la pobreza". Este intento para valorar y comprender la patología de los pobres es una referencia clásica que permite apreciar el contraste entre las perspectivas de vida, del que nace en la pobreza y en la abundancia (Tapia-Conyer, 1995).

La pobreza y la serie de condiciones que habitualmente la acompañan, unas inherentes a ella y otras asociadas, actuando conjunta o independiente, explican las dos patologías, señaló Celis.

La pobreza significa para el hombre que vive en ella, frustración, irritación, miedo, reacciones violentas y alcoholismo, que sumado a la desnutrición, explica el alto índice de tuberculosis, cirrosis, absceso hepático amibiano, polineuritis alcohólica, patología psiquiátrica, etcétera.

En la parte final de ese documento, Celis interpretó que los enormes avances científicos alcanzados en los últimos cincuenta años han tenido como objetivo ofrecer al hombre la posibilidad de una vida más saludable, más larga y mejores y más elevadas aspiraciones, pero la posibilidad de disfrutar de estos adelantos cada día se limita, por su costo, a menos países y a grupos sociales más reducidos y tal pareciera que se logran por la miseria y el hambre de las mayorías. Los progresos de la tecnología crean nuevas necesidades, pero si hay avance técnico sin avance social automáticamente aumenta la pobreza o la miseria de las mayorías, porque las minorías constituidas por los países desarrollados y las clases altas necesitan y consumen una mayor parte de la producción mundial. La tuberculosis pulmonar, como expresión de pobreza y desatención, fue una de las grandes preocupaciones de Celis, fue el sustento de la Escuela Neumológica de Celis.

Pagel y Simmonds, autores del libro *Tuberculosis pulmonar*, señalan en su introducción que la tuberculosis parece estar asociada en forma perenne a la vida humana; existió en el antiguo Egipto, revelada por indicios del mal de Pott, y en el Perú, en lesiones calcificadas en pulmones de seres momificados; los escritos de Hipócrates del siglo IV antes de Cristo hablaban del fenómeno de la tisis. Paracelso, en 1541, emite la teoría de la obstrucción del tubérculo descrito por De Le Boë. Morton, en 1689, tendía a separar las formas miliares de la escrofulosis; Virchow y Laennec establecen el punto de vista unitarista sesenta años antes del descubrimiento del bacilo, en 1882, en donde se inicia el periodo moderno de la tuberculosis, enfermedad que nunca se ha erradicado aunque ha tenido diferentes significados y su magnitud ha variado a través de los siglos.

Bichat, en los albores del siglo XIX, sin temor a manejar el escalpelo y habiendo desechado la teoría humoral prevaleciente en esa época, se dedicó al estudio de las características anatómicas de los tejidos y así pudo identificar su morfología. En esa época no había terapéutica para los tísicos enfermos o moribundos, pero se podían disecar, sólo que el que diseccionaba se infectaba. Bichat fue víctima de la ciencia. En la segunda mitad del siglo XIX era "casi normal" que los neumólogos contrajeran la tuberculosis. Pocos años después muere Velter (era director del Hospital General de Viena), por la misma causa, quién describió tres tipos de la enfermedad: tisis pulmonar, tuberculosis pulmonar y tuberculosis pulmonar linfática; además la asoció al "clima", "la alimentación" y "la conducta", elementos que posteriormente dieron lugar a la idea del "sanatorio". Hoy, en Estados Unidos, se observa que la seroconversión en estudiantes de medicina, que había sido entre 1.3% a 2.2% hasta 1986, en 1994, en que el riesgo anual de infección para la población era de 8.6%, fue superior en más de 500 veces, lo que significa una reemergencia del bacilo de la tuberculosis como patógeno nosocomial.

1. Situación de la tuberculosis en el mundo

Se estima que el número de casos en el mundo es de 22 a 30 millones (Torres, 1995). El 95% de los casos y 98% de las muertes se producen en países en desarrollo; se estima que para el año 2000 se acumularán 90 millones de casos y 30 millones de defunciones, de las cuales 22,000 corresponderán a América del Norte y 1,210,000 a Latinoamérica y el Caribe (Tapia, 1995).

La tuberculosis no se limita a regiones, poblaciones o países pobres: en Estados Unidos la enfermedad tuvo un descenso de 884,300 casos en 1953 a 22,200 en 1984, lo que representó un descenso anual de 4%, pero de 1985 a 1993 el número de casos se incrementó en un 14% (véase la gráfica 1 en la página siguiente).

Este aspecto reitera que la tuberculosis mata, cada año, a más personas que cualquier otra infección, y que nunca en la historia de las enfermedades y de la medicina una sola enfermedad ha causado tantas muertes.

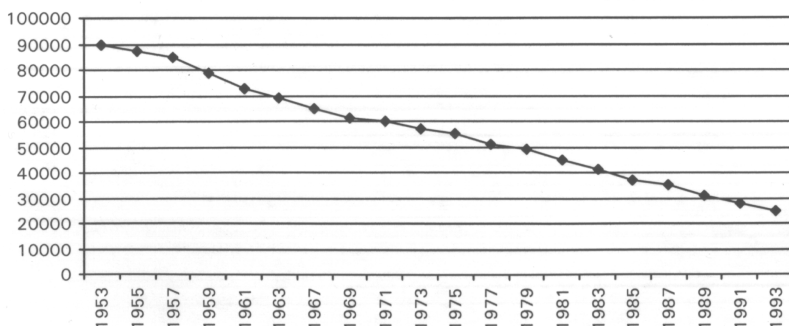
De los 25,300 casos reportados en 1993, el 73% ocurrieron en minorías. En varios países de Europa ocurrió un incremento en el número de casos, sobre todo entre inmigrantes (OMS, 1995).

Se observaron incrementos en Dinamarca, los Países Bajos y Noruega. En Suiza, tras un incremento de casi el 40% entre 1986 y 1990, se ha observado una disminución en los casos de tuberculosis entre 1990 y 1992. En Europa Occidental, la mayor incidencia la ha presentado Portugal (55.7 por 100,000 personas de la población general en 1991), y la tasa menor en Dinamarca y Suecia (7.0 por 100,000 en 1992) (Raviglione 1995, pp. 220-226). En general, se aprecia un aumento en el número de casos activos a nivel mundial.

Quizá este fenómeno sorpresivo en países industrializados (Dinamarca, 20%, 1986-1992; Italia, 27%, 1988-1992; España, 28%, 1990-1992, y Estados Unidos, 20%, 1985-1992) haya acelerado el reconocimiento de que la tuberculosis nunca se ha ido y que hoy es una *emergencia*.

Gráfica 1

MORBILIDAD ANUAL POR TUBERCULOSIS EN ESTADOS UNIDOS: 1953-1993



La magnitud del problema puede ser mayor puesto que la OMS estima que la morbilidad es superior a la registrada, sobre todo en algunos países, y que el presupuesto asignado a algunos programas no guarda relación directa con la importancia del problema (Tapia, 1995).

La cantidad de individuos que se infectan anualmente de tuberculosis en el mundo es entre 8 y 10 millones. Se estima que en 1995 ocurrieron 8.9 millones de casos nuevos (*idem*; Torres, 1995) y que "durante el decenio 1990-1999 se producirán aproximadamente 90 millones de casos en todo el mundo" (OMS, 1995).

En Estados Unidos, entre 1985 y 1992, todos los grupos de edad, excepto el de las personas de 65 o más años, presentaron un incremento en la incidencia de tuberculosis. El mayor incremento en términos relativos y absolutos se presentó en las personas de 25 a 44 años, aunque también se produjo un aumento sustancial en los menores de 15 años (Raviglione, 1995, pp. 220-226).

En Australia, la frecuencia de notificaciones de casos de tuberculosis han permanecido estables, entre 1986 y 1992, con cifras que han oscilado en un 5.5-5.9 por 100,000 personas de la población general; la epidemia del VIH parece haber producido un impacto muy escaso sobre la infección por tuberculosis. En Japón

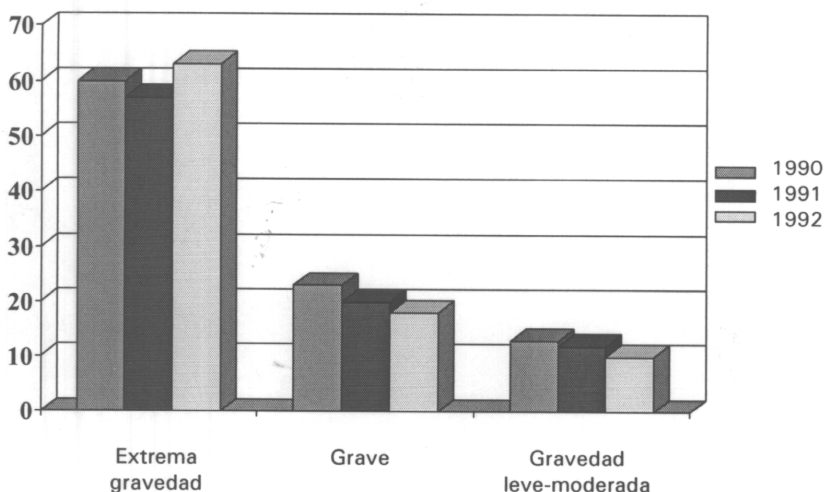
continúa la tendencia al descenso en la notificación de casos (*idem*).

En América Latina y el Caribe, la incidencia se puede diferenciar de acuerdo con la gravedad del problema. Países como Bolivia, El Salvador y Guatemala presentan a la tuberculosis como un problema de salud pública de extrema gravedad con tasas que, en promedio, están por arriba de 60 casos por cada 100,000 habitantes; mientras Brasil, Colombia y México (países con problemas graves) presentan tasas promedio de 20 casos por cada 100,000 habitantes, y sólo cinco, entre ellos Argentina, Chile y Cuba, con problema de gravedad leve o moderada, presentan tasas promedio de 10 a 12 casos por cada 100,000 habitantes (véanse gráfica 2 y cuadro 1).

Gráfica 2

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR, SEGÚN LOS CASOS CONFIRMADOS POR BACILOSCOPIA, EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-1992

Países según condición de gravedad



Fuente: Zacarías, 1994.

CUADRO 1. INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS (TBC) PULMONAR, SEGÚN LOS CASOS CONFIRMADOS POR BACILOSCOPIA, EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-1992

| Países según condición de gravedad | 1990 | | 1991 | | 1992 | |
|------------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| | Núm. de casos | Tasa | Núm. de casos | Tasa | Núm. de casos | Tasa |
| EXTREMA GRAVEDAD | | | | | | |
| Bolivia | 6,679 | 119.0 | 6,621 | 120.0 | 8,274 | 124.0 |
| Ecuador | 4,151 | 42.0 | 4,101 | 42.5 | 4,946 | 44.7 |
| El Salvador | 1,422 | 27.0 | 1,650 | 30.0 | 1,943 | 36.0 |
| Guatemala | 2,076 | 22.5 | 2,158 | 21.8 | 1,628 | 16.7 |
| Haití | 5,619 | 101.0 | 5,315 | 94.0 | 5,346 | 92.0 |
| Honduras | 2,355 | 49.0 | 2,632 | 54.0 | 2,393 | 49.0 |
| Nicaragua | 1,478 | 38.0 | 1,434 | 35.8 | 1,529 | 37.0 |
| Perú | 24,023 | 111.0 | 23,074 | 104.0 | 32,130 | 143.0 |
| República Dominicana | 1,551 | 21.6 | 1,048 | 14.2 | 1,853 | 24.6 |
| GRAVE | | | | | | |
| Brasil | 37,934 | 27.5 | 41,401 | 26.0 | 41,949 | 26.5 |
| Colombia | 8,090 | 24.5 | 8,074 | 24.0 | 8,032 | 23.4 |
| México | 13,089 | 16.1 | 12,554 | 14.4 | 11,263 | 12.7 |
| Panamá | 799 | 32.0 | 824 | 33.4 | 714 | 28.4 |
| Paraguay | 993 | 23.2 | 943 | 21.4 | 860 | 19.0 |
| Venezuela | 3,358 | 17.3 | 3,086 | 15.6 | 3,272 | 16.2 |
| LEVE O MODERADA | | | | | | |
| Argentina | 5,939 | 18.3 | 5,829 | 18.0 | 6,318 | 19.4 |
| Chile | 2,773 | 21.5 | 2,565 | 19.1 | 2,456 | 18.1 |
| Costa Rica | 225 | 7.5 | 319 | 10.3 | 178 | 5.6 |
| Cuba | 590 | 4.6 | 440 | 4.0 | 533* | 5.0 |
| Uruguay | 525 | 16.7 | 485 | 15.4 | 418 | 13.2 |

Fuente: Zacarías, 1994. Tasa por 100,000

*Se calcula sobre la base total de casos notificados

“Se estima que en el mundo cerca de 3 millones de personas murieron en 1995 y que ocurrirán casi 30 millones de muertes por tuberculosis en la última década de este siglo” (OMS, 1995; Tapia, 1995; Torres, 1995).

La tuberculosis no tratada tiene una tasa sumamente elevada de letalidad, más del 50% (OMS, 1993). La quimioterapia reduce drásticamente la tasa de letalidad, pero como los programas de tratamiento son inadecuados, en muchos países la mortalidad por tuberculosis es mayor que la de defunciones por malaria o sarampión. En general, la comunidad mundial ha hecho caso omiso de la gravedad del problema, pero, de hecho, la tuberculosis sigue siendo la causa principal de defunción por un sólo agente infeccioso en el mundo. Si bien la enfermedad afecta a personas de todas las edades, el mayor número de víctimas está formado por adultos jóvenes. La tuberculosis debe considerarse entre las enfermedades de mayor importancia que impiden el desarrollo social y económico (OMS, 1993).

Con excepción de las repúblicas Checa, Eslovaquia y Eslovenia (en donde las tasas de mortalidad oscilan de 0.2 a 0.4 por 100,000), las tasas de mortalidad en el resto de los países de Europa oriental son muy superiores a las observadas en Europa occidental. Los datos extraídos de los programas de ámbito nacional sugieren que la infección por el VIH y la inmigración contribuyen desfavorablemente al control de la tuberculosis en Europa Oriental y en las repúblicas de la antigua Unión Soviética (Raviglione, 1995, pp. 220-226).

2. Situación de la tuberculosis en México

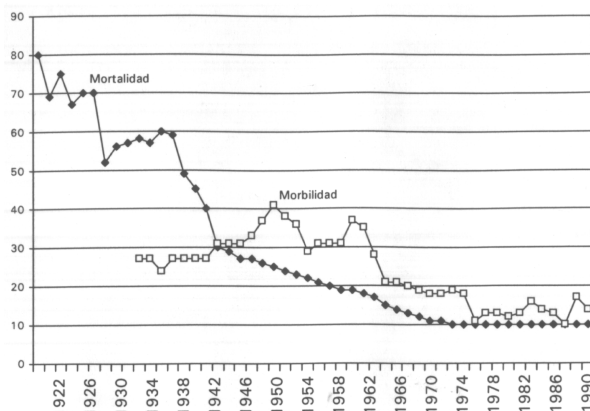
Desde la década de los años veinte y antes de 1993, la tuberculosis en México mostró una tendencia a disminuir. Actualmente, los casos registrados de tuberculosis pulmonar presentan una disminución de 23.2% respecto de 1989, al pasar de 12,895 casos en ese año a 9,899 en 1993 con una tasa de 11.2 casos por cada 100,000 habitantes.

México muestra una tasa promedio de 14.4 casos por 100,000 habitantes con tendencia a disminuir, sin embargo, esto debe ser interpretado con prudencia debido a que puede estar en función

de una inadecuada implementación de los programas de detección, si consideramos que en países en condiciones sociales, económicas y culturales similares al nuestro, la tasa es mucho mayor, se puede dudar de la confiabilidad de la información a nivel nacional, pues las medidas diagnósticas son limitadas, es alta la subnotificación de casos, lo que permite suponer que las cifras reportadas son 2 o 3 veces más bajas que las reales.

Gráfica 3

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, 1922-1993



Fuente: SSA, *Cien años de lucha por la salud*, México, Instituto Nacional de Higiene, 1995.

La persistencia de medidas diagnósticas limitadas, que contribuyen a la subnotificación de casos, hacen que las cifras oficiales sean, posiblemente, de dos a tres veces más bajas que las verdaderas, como ya mencionamos, por lo que se requiere intensificar las acciones de detección, prevención y tratamiento (Tapia, 1995; Zacarías, 1994).

En cuanto a morbilidad se sabe que, de los casos presentados en los últimos cinco años, el 92% corresponde a tuberculosis pulmonar y el resto a otras formas; más del 95% se confirma por laboratorio (baciloscopia, cultivo o histopatología), el resto por rayos X y examen clínico. El 88% ocurre en mayores de 15 años, el resto, en niños menores de 4 años (Tapia, 1995).

Del total de casos registrados en 1993, casi el 50% se concentró en 5 estados: Baja California (36.1), Tamaulipas (32.2), Baja California Sur (31.6), Nayarit (26.1) y Sinaloa (25.1); lo cual no parece lógico, ya que los estados con mayor retraso socioeconómico y altos movimientos de población son los que tienen mayor riesgo de enfermar y morir (12). Véase Chiapas, Oaxaca, Puebla e Hidalgo en donde el 40% de las defunciones en mayores de 6 años corresponden a personas analfabetas (Tapia, 1995).

En 1998, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Tamaulipas (estados de más bajo desarrollo en el país) presentaron la tasa más alta de mortalidad.

En ese mismo año, se atendieron 5,610 enfermos, 77% más que los atendidos en 1989. Se realizaron 289,569 baciloscopías de las cuales el 78% fueron positivas a tuberculosis, lo que representa el 123% más que en 1990 (*Cuadernos de Salud*, núm. 2, 1994).

En 1998 se reportaron 18,032 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, en donde 11,200 se encontraban en la etapa de mayor productividad (25-64 años) fenómeno que acentúa la pobreza de ese seguimiento de la población.

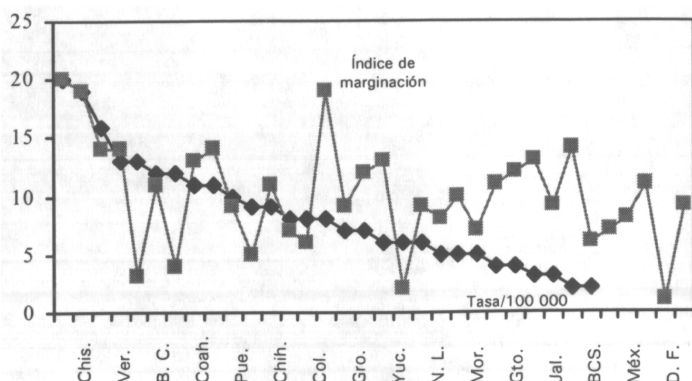
Desde 1987, la tuberculosis ocupa el decimoquinto lugar dentro de la mortalidad, contribuyen con 15% a la mortalidad general, afectando principalmente a adultos en edad productiva. Más del 80% son formas pulmonares, se estima que por estas muertes se han perdido 88,768 años de vida potencial, de los cuales casi 80,000 corresponden a población productiva, lo que representa una pérdida de 1,200,000 pesos al año (Tapia, 1995).

La mortalidad por tuberculosis meningea ha disminuido; el periodo de mayor impacto fue de 1990 a 1993, en que disminuyó 33%. Al analizar las cifras por grupos de edad, en 1990 los menores de un año registraron 14 defunciones (0.51 por 100,000) y cuatro defunciones en 1993 (0.14 por 100,000), lo que representa una reducción de 72%; el grupo de uno a cuatro años con 45 defunciones en 1990 (0.53 por 100,000) presentó 19 en 1993 (0.22 por 100,000), lo cual significa que disminuyó 58%, que probablemente se relaciona con el fortalecimiento de los programas de vacunación (*idem*).

La mortalidad por tuberculosis a nivel nacional por estado está relacionada con la marginación (ver gráfica 4). Véanse los casos de Chiapas, Oaxaca y Veracruz con las tasas más elevadas, y los de Jalisco, Baja California Sur y Distrito Federal con las más bajas; en algunos estados no hay coincidencia, como Guerrero, Zacatecas y Tlaxcala, por ejemplo; posiblemente en éstos haya subregistro, entre otras razones, por deficiencias en la identificación de la causa básica de defunción.

Gráfica 4

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN TODAS SUS FORMAS
E ÍNDICES DE MARGINACIÓN



Fuente: Tapia, 1995.

La mortalidad es un mal indicador para evaluar los programas, ya que se refiere a diagnósticos tardíos, en especial, de las formas agudas. El promedio de edad a la muerte es de 54 años. Las formas pulmonares afectan principalmente a población en edad productiva.

Otra forma de medir el impacto de la enfermedad es el riesgo anual de infección (RAI) que indica la proporción de la población que será infectada por primera vez o reinfectada por *M. tuberculosis* en un año; se expresa en porcentaje o tasa. En países desarrollados se presenta entre 1% y 3%, y en países en desarrollo entre 1% y 5%. Existe una relación estrecha entre el RAI y el número de casos nuevos en un periodo de tiempo (incidencia).

En países en desarrollo, un RAI de 1% corresponde a 50 o 60 casos bacilíferos por 100,000 habitantes. Este índice es difícil de obtener ya que se calcula al aplicar reacciones de tuberculina, durante varios años, a grupos numerosos de niños no vacunados con BCG y así evaluar cuándo se infectan.

A nivel mundial, probablemente el RAI más elevado es el que existe en África Subsahariana (1.5% a 2.5%), seguido a poca distancia por el de los países del sur y este de Asia (1% a 2%). En el norte de África, oriente medio y los países de América Central y Latina, el RAI estimado oscila de 0.5% a 1.5%. Además se ha estimado que en 1990 fueron infectados por M. tuberculosis 1,700 millones de personas (aproximadamente la tercera parte de la población mundial), la mayor parte de las cuales reside en países en vías de desarrollo. En 1990, el 80% de las personas infectadas por tuberculosis en los países desarrollados tenía 50 o más años de edad, mientras que en los países en vías de desarrollo sólo el 23% de las personas infectadas tenía esta edad (Raviglione, 1995, pp. 220-226).

El RAI en México se estima de 0.5% a 1%. Una persona infectada tiene de 5% a 10% de probabilidades de tener tuberculosis activa durante su vida; así, si una fuente de infección no se trata, infecta en promedio a 10 personas por año. El 50% de los enfermos no tratados muere en dos años, de lo cual resulta la probabilidad de infectar a 20 personas; de ellas, el 10% enferma, es decir, se generan dos casos nuevos de tuberculosis, de los cuales uno será contagioso. En el momento actual, en países desarrollados, donde el retraso en el diagnóstico es de menos 3 meses, un enfermo contagioso puede infectar a 2 o 3 personas antes de tener baciloscopías negativas. En México se estimó que en 1995 ocurrieron 60,000 casos nuevos.

3. Tratamiento

Para el tratamiento de la tuberculosis existen actualmente drogas eficaces que aplicadas al enfermo en esquemas adecuados de seis meses se puede obtener su *curación* y evitar posteriores *recaídas*.

Para lograr este objetivo, se precisa, sin embargo, garantizar que el paciente tome sus pastillas o reciba su inyección en el total de dosis establecidas. Esta actividad de control es la que se conoce bajo las siglas *DOTS* (tratamiento acortado, directamente observado) o tratamiento *estrictamente supervisado*, como también se le conoce.

Aunque la mayoría de los países en América han adoptado el tratamiento supervisado, por lo menos en sus normas nacionales, todavía se presentan graves deficiencias en la cobertura y calidad.

En muchos países los pacientes reciben periódicamente los medicamentos para que se los tomen en sus casas, sin el más mínimo control, creando altas tasas de abandono, fracasos, baja tasa de curación y lo que es más lamentable, casos crónicos irrecuperables que diseminan cepas de *bacilos multi-resistentes* a las drogas más eficaces.

4. Incumplimiento terapéutico

En México, a pesar de que el tratamiento de la tuberculosis es ampliamente difundido y con un alto porcentaje de éxito cuando se usa en primera ocasión, son altos los porcentajes de abandono de tratamiento o uso de esquemas incompletos.

Los motivos de incumplimiento son múltiples, algunos de ellos relacionados con características socioeconómicas de los enfermos, otras en relación a la actitud de los médicos y la accesibilidad a los servicios de salud.

En México las actividades de pesquisa son mínimas (*Cuadernos de salud*, núm 2, 1994). No se le presta la atención adecuada para su control. A pesar de que la vacunación alcanza una gran cobertura no es suficiente para el control de la enfermedad.

La pobreza ha sido y seguirá siendo uno de los mayores obstáculos al desarrollo sanitario; los recursos siempre serán insu-

ficientes para reforzar una demanda de servicios en aumento. Cabe prever que el debate sobre la racionalización de los recursos para la asistencia sanitaria y los problemas éticos relacionados con ésta cobrará una mayor intensidad.

En el decenio de 1960, Martín Luther King, refiriéndose a la lucha por los derechos civiles en Estados Unidos, mencionó: "Esta generación deberá arrepentirse, no tanto por los actos de gente de mal, sino por el reprobable silencio de la gente de bien". Es necesario (a punto de iniciar un nuevo siglo), que llegue la hora de romper el silencio culpable que rodea las desigualdades mundiales en materia de salud (Kuthy Porter).

IV. ENFISEMA PULMONAR Y EL PACIENTE TERMINAL

Si bien la eutanasia implica serios problemas de orden ético y jurídico, es propósito de este trabajo enfatizar la perspectiva del médico, ya que es común abordar este problema desde supuestos hipotéticos. Su dimensión real la encontramos en el ejercicio profesional de la medicina. Por ejemplo, en Holanda, país que ha reglamentado su práctica, se circunscribe al área médica para garantizar el uso de métodos médicos apropiados en su ejecución, con la salvedad de que nadie puede ser obligado a satisfacer una petición de eutanasia. Es por ello que se considera necesario hacer algunas reflexiones desde la perspectiva de los hechos reales donde interactúan el paciente, el médico y la familia, actores a quienes involucra fundamentalmente este fenómeno.

La práctica diaria de la medicina clínica muestra que la atención que recibe el paciente terminal en nuestro medio es inconsistente. La mayoría de los hospitales carecen de un programa orientado a su atención. Al respecto, se argumenta que en nuestro país, del presupuesto destinado a la salud, la mayoría de los recursos se orientan al control de los padecimientos infectocontagiosos, por ser éstos los problemas prioritarios de atención.

Sin embargo, ¿qué sucede con los pacientes catalogados como fuera de tratamiento por considerar que “ya no se puede hacer más por ellos desde el punto de vista médico”? Concepción totalmente errónea, pues el objeto principal de la medicina no es la enfermedad o su control, ni siquiera la salud como elemento aislado, sino que debe ser la vida y su calidad. De ello deriva la importancia de la atención adecuada a estos pacientes que a pesar de encontrarse al final de su vida, mientras tengan ésta, mantienen el derecho a un trato digno y de una asistencia que en nuestra nación se ha elevado a rango constitucional. No obstante, el paciente terminal no ha sido estudiado adecuadamente, no se tiene una cuantificación de ellos ni se conocen cabalmente sus necesidades. Por ello, la importancia de profundizar en el conocimiento de su problemática, la cual, dada la naturaleza tan compleja del problema, debe hacerse desde una perspectiva interdisciplinaria a fin de proponer una solución integral alternativa a la eutanasia.

1. Enfisema pulmonar. Etiología, patogenia y patología

La palabra “enfisema” significa acumulación patológica de aire; aplicada al pulmón, indica un grado anormal de sobredistensión con aire que no puede eliminarse con la subsecuente ruptura alveolar paulatina. Se ha supuesto, a menudo, que un defecto congénito, que consiste en anomalía en la estructura elástica del pulmón, es una de las causas del enfisema; esta hipótesis no había sido comprobada ni se había demostrado deficiencia alguna sino hasta hace 15 años, en que se demostró un fondo genético que predispone, en personas de alto riesgo, a contraer la enfermedad, como el tabaquismo, o en niños con deficiencia de α_1 -antitripsina.

La senectud predispone al enfisema y casi siempre se acompaña de algún trastorno que cabría atribuir a cambios degenerativos, tal vez a la pérdida de la elasticidad pulmonar, pero también a cambios acumulativos en el calibre bronquiolar producto del estado inflamatorio, hipersecreción y espasmo bronquial.

En el principio de la enfermedad sólo se observa disnea de grandes esfuerzos, pero más tarde la respiración acaba siendo

difícil, incluso en reposo, en particular después de las comidas. El paciente con enfisema avanzado puede explicar que necesita una o dos horas para vestirse y bañarse por la mañana. Hablar puede resultarle muy fatigoso e incluso la vida sedentaria a veces resulta casi intolerable. Cada respiración representa un esfuerzo físico máximo y el paciente tiene conciencia de que ininterrumpidamente le falta aire. Su ámbito en los últimos días, horas y, aun, años son 16 m² sin oxígeno suplementario con un grave impacto en la estructura funcional de la familia.

El componente emocional de la disnea es intenso, pero a menudo no es expresado voluntariamente por el sujeto; incluye miedo de que cada respiración sea la última. Es indudable que la "sed de aire" es uno de los instintos animales más fuertes y el médico humanitario puede brindar gran alivio al paciente, si puede comunicarle esperanza. El enfermo fácilmente comparte la frustración que muchos de nosotros, como médicos, hemos sentido al enfrentarnos en las etapas tardías del enfisema. Ser testigos de la etapa avanzada de un paciente con enfisema es uno de los momentos más dolorosos del médico.

El enfisema secundario a la bronquitis del fumador se desarrolla tan gradualmente que pasa mucho tiempo antes de que el médico y el paciente lo descubran. Lo que antes fue tos y disnea intermitentes con intervalos de normalidad, se transforma en disnea continua con periodos asintomáticos cada vez más breves. Finalmente, el trastorno se hace constante y todos los medios empleados para lograr alivio sintomático resultan inútiles.

El enfisema se acompaña de fatiga fácil, pérdida de peso, anorexia y sensación de malestar, especialmente en sus fases finales. Seguramente algunos de estos síntomas dependen de la desnutrición, tan característica y explicada por la dificultad para alimentarse bien. Los pacientes explican que después de comer

tienen sensación de plenitud y no toleran los alimentos de alto valor calórico. La disnea aumenta después de comer y las palpitaciones pueden resultar molestas. Por desgracia, la pérdida de peso ocasionada por esos trastornos digestivos disminuye la presión intraabdominal, importante para impulsar los hemidiafragmas hacia arriba y facilitar el esfuerzo respiratorio. El resultado es un círculo vicioso: la pérdida de peso aumenta la disnea y la disnea causa mayor pérdida de peso.

El enfisema es mucho más frecuente entre personas de edad avanzada, cierto grado de cambio enfisematoso es casi normal en los viejos. Excepto en los fumadores empedernidos, por lo general, no se desarrolla enfisema generalizado antes de los 40 años de edad y no suele ser grave antes de los 50. Sin embargo, en forma posterior a esta edad, se cae irremediablemente en el tobogán de las manifestaciones clínicas y psicológicas hasta llegar a la muerte.

Pronóstico

En ningún paciente con enfisema sintomático cabe esperar la normalización de las funciones ventilatorias. El médico debe comprender que la serie de acontecimientos es progresiva y se considerará que la terapéutica brindó éxito si conserva el *status quo* o simplemente retrasa la tendencia al empeoramiento.

Antes de los antibióticos, la muerte por neumonía a causa de infección moderada del aparato respiratorio era común, ese factor explica la mayor frecuencia actual del trastorno. Sin embargo, las complicaciones infecciosas del enfisema continúan cobrando víctimas, el uso de los broncodilatadores y esteroides son fármacos de gran apoyo en el sostén de estos enfermos, pero no resuelven a fondo el daño causado.

La enfermedad cardíaca en forma de insuficiencia derecha o transtorno coronario arterioesclerótico es mal tolerada por personas con reserva respiratoria disminuida, y en particular enfisematosas, de ahí que estas personas presenten diversa patología cardíaca agregada.

El enfisema sintomático grave descompensado disminuye considerablemente las probabilidades de supervivencia. Cuan-

do un trastorno de este grado se manifiesta a los 55 o 60 años de edad, lo más probable es que la víctima no viva más de cinco a diez años, incluso con excelente y continuo tratamiento médico.

El enfisema pulmonar generalizado leve o moderado puede ser compatible con cierto bienestar y vida prolongada si se combaten todos los factores susceptibles de causar broncoespasmo e irritación bronquial. No es prudente alarmar a los pacientes que presenten síntomas iniciales del enfisema pulmonar, aunque conviene que el médico se percate de que pueden ser el principio de una enfermedad progresiva y mortal a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos.

2. Decir la verdad

La honestidad, la veracidad y la seguridad del secreto profesional constituyen las bases de la confianza que el paciente con enfisema deposita en su médico. Como es natural, también es necesaria una atmósfera seria cuando se dice la verdad y el paciente así lo comprende. El enfermo asiste a la consulta para saber la verdad sobre sí mismo, no para que se le engañe con medios tonos y oscuridades. Muchas veces es desagradable y difícil decir la verdad, pero todavía puede ser más duro aceptarla. Quizá cause preocupación leve o alarma seria, de forma que origine depresión o ansiedad aguda en el paciente. Debemos decidir "cuánto" diremos en una ocasión determinada y "qué" palabras emplearemos. ¿Desea el paciente toda la verdad? tal vez no. Si lo cargamos con una verdad desagradable, también debemos ayudarle para que haga frente a la inevitable reacción. Este apoyo suele corresponder al médico general, a la enfermera o al cónyuge del enfermo (que muchas veces es el más indicado para recibir las malas noticias). No hay regla de aplicación general en este difícil aspecto de nuestro trabajo, ya que cada persona es diferente de las demás. Si nos reservamos la verdad, nunca debemos hacerlo para evitarnos molestias a nosotros mismos.

Si un paciente entra en coma y la ventilación artificial es necesaria para mantener una oxigenación adecuada, ¿en qué cir-

cunstancias puede desconectarse el respirador? ¿Debe mantenerse funcionando hasta que la circulación se detenga a pesar de la ventilación continuada?

Esas y otras cuestiones derivadas del empleo de respiradores fueron consideradas en una alocución papal en 1957. La respuesta se basó en la distinción, ya tradicional entre los moralistas de la iglesia católica romana, entre medios médicos "ordinarios" y "extraordinarios". "Ordinario" es lo que puede ofrecerse a un paciente sin imponerle una carga excesiva a él mismo o a su familia. "Extraordinario" ha sido definido como lo que en un momento dado y lugar determinados resulta muy costoso, inusual, doloroso, difícil o peligroso, o bien, aquellos cuyos efectos positivos predecibles no guardan proporción con las dificultades e inconvenientes que su uso conlleva. En otras palabras, el médico tiene obligación moral de usar medios ordinarios para conservar la vida y restaurar la salud, pero no está obligado a instituir o mantener medidas extraordinarias. Aparte de la dificultad obvia que supone el cambio continuo de límites, conforme la medicina avanza y de acuerdo con los recursos nacionales y personales, la distinción entre tratamiento ordinario y extraordinario es demasiado confusa y no constituye el mejor método para resolver el problema. Está más de acuerdo con las realidades clínicas considerar la respiración artificial como aquello que permite un posible intento global de reanimación. De este modo, si el paciente permanece inconsciente e incapaz de mantener, sin soporte artificial, la respiración, ha fracasado; mantener la ventilación se convierte en biológicamente inapropiado y el respirador debe desconectarse. En este sentido debe considerarse que la definición no debe ser individualizada, de ahí la importancia de los comités de bioética en la vida institucional.

3. *El enfermo terminal*

Intentar una definición de este tipo de paciente es una situación aún inconclusa, por la enorme diversidad de factores que caracterizan a cada uno de ellos en particular, sin embargo, existen elementos comunes en la gran mayoría de pacientes en ese nivel de gravedad, circunstancia que permite intentar una definición en los siguientes términos: el paciente terminal es aquella persona portadora de un proceso patológico evolutivo, no resolutivo con labilidad bio-psico-social extrema, cuya gravedad altera la homeóstasis al grado de hacerla insostenible, por tanto, sólo es posible ofrecer el manejo paliativo y, en consecuencia, implica un fuerte grado de afectación múltiple a su núcleo familiar y social.

En México, entre los cambios estructurales que están modificando el panorama de la salud y que pueden incidir en el incremento de pacientes fuera de tratamiento o terminales, destacan: a) la llamada transición epidemiológica, que consiste en la disminución de las enfermedades transmisibles y la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas, además de las producidas por el hombre, y b) el aumento de la esperanza de vida y, consecuentemente, el crecimiento absoluto y relativo de la población adulta y anciana. Asimismo, las políticas poblacionales de control de la natalidad y el hecho de que la mayor parte de nuestra población sea joven nos permite definir a mediano plazo un escenario que se significará por la demanda de servicios médicos para la atención de enfermedades crónico-degenerativas y de atención especializada a ancianos.

Uno de los indicadores cuantitativos de esta problemática es que en las últimas décadas, algunas de las causas de muerte que han venido en aumento son el cáncer y las enfermedades obs-

tractivas pulmonares crónicas. En 1950, el cáncer era responsable del 3% del total de defunciones, para 1980 aumentó a 6.6%. En 1983, el porcentaje de muertes debido a este padecimiento se incrementó hasta el 7.9%, y en la década de los noventa el porcentaje se encontró cercano al 10%, lo que significa, en otras palabras, que de cada 10 defunciones que ocurran en nuestro país, una será por cáncer.

El aumento en la esperanza de vida incide indirectamente en la composición por edades de la población, misma que en algunos grupos se estima de 70 años. Sin embargo, la ganancia cuantitativa en número de años por vivir también debe pugnar por la calidad de vida que se tiene en esos años. Es importante considerar el incremento consecuente de la población de la tercera edad, ya que es el grupo en el que con mayor frecuencia se ve el paciente terminal, no porque sea privativo de ellos sino porque debido al mayor tiempo de evolución de la patología crónica y al mayor índice de probabilidades de desarrollar neoplasias, determina que un porcentaje considerable de pacientes terminales sean pacientes de edad avanzada.

4. *Reflexión final*

Si bien es deseable no enfermarse, no tener padecimientos y sobre todo no morir, estas son aspiraciones que constituyen parte de una concepción ideal que enmascara el trasfondo del problema que analizamos. Ante el frecuente episodio de enfermedad, las personas, los conjuntos sociales, carecen de los instrumentos necesarios para enfrentarlos y solucionarlos, evitando con ello que un padecimiento se transforme en muerte. El valor de la vida humana no consiste sólo en una escala de placer y dolor, sino también en una variedad de virtudes y dones. Además, enfrentarse al sufrimiento forma parte del proceso de maduración de la vida, aunque todos estamos de acuerdo en que el sufrimiento continuado e inútil resulta destructor.

A la eutanasia, como alternativa para evitar el sufrimiento innecesario del paciente terminal, se le han dedicado múltiples reflexiones consideradas bajo la luz de concepciones filosóficas sobre la vida, concepciones jurídicas, médicas, etcétera.

Sin embargo, asumiendo la viabilidad de ella y la existencia de una normatividad jurídica, queda por abordar el problema que se crea cuando los actores que intervienen en este proceso deben ejecutarla. Si bien la decisión de solicitar la eutanasia es del paciente y, en todo caso, con la anuencia de los familiares, la decisión final recae en el cuerpo médico, quien se convierte en el actor principal al emitir su diagnóstico, al reconocer la incapacidad de la ciencia para atenuar el dolor producto de un padecimiento sin cura y, finalmente, al ser el responsable de la ejecución de la eutanasia como única alternativa para garantizar el derecho del paciente terminal a una muerte digna. Por otra parte, la sociedad reclama el derecho a morir con dignidad y discute los límites del tratamiento médico y de la medicina en general, sobre todo cuando la enfermedad es irreversible y la muerte es inevitable. Asimismo, el paciente reclama su derecho a decidir sobre su propia vida y a evitar sufrimientos innecesarios.

Es importante señalar que el concepto de eutanasia se basa en la desesperación, y nace de una actitud que podría resumirse como “ya no puedo hacer nada por usted”. El doctor Cicely Saunders, inspirado por ideales cristianos, demostró en el St. Christopher’s Hospice de Londres, que tal actitud nunca está justificada. El buen médico y la buena enfermera siempre pueden hacer algo. Cabe añadir, además, que los “cuidados preterminales intensivos”, de probada eficacia, apenas han sido explorados por la sociedad. Conocimiento, desarrollos tecnológicos, uso y aplicación tienen ahora un contexto diferente al de hace 5 años. Con la aparición de estos avances surgen nuevos marcos de referencia. El médico se encuentra en mejores condiciones de irrumpir con nuevos conceptos de vida y muerte. Se puntualizan con menos margen de error el momento del principio y el momento del fin. Paro cardíaco y paro respiratorio ya no es muerte, sino evento reversible; muerte no es el último momento de actuación del médico, sino consecuencia de reflexión. Ahora el médico está superdotado de recursos tecnológicos, sólo la moral y la inteligencia lo podrán aconsejar para tomar decisiones. Ya no sólo, el poder es tan grande que la sociedad, en cualesquiera de sus formas de organización, debe participar.

La expansión del conocimiento y las nuevas tecnologías médicas señalan que hay abundantes pruebas de que el dolor que causa el cáncer avanzado, por ejemplo, puede aliviarse sin recurrir a la aceleración deliberada de la muerte. Los dos extremos, a saber, una agonía dolorosa o causar la muerte de forma deliberada, no agotan las posibilidades para el paciente grave.

Incluso concediendo que en casos excepcionales puede estar justificada la aceleración temprana de la muerte para evitar un sufrimiento insoportable e imposible de controlar, habría que preguntarse si tales casos se producen en la práctica médica y si la ética de nuestra profesión puede considerarlos como excepciones al principio de no atentar contra una vida inocente. Asimismo, podríamos preguntarnos si debe alterarse la ley para tener en cuenta estas situaciones. Está perfectamente justificado argumentar que la eutanasia podría ser permisible desde el punto de vista moral en algunos casos extremos, pero no se considera conveniente alterar la ley para permitirla en tales casos, puesto que en la práctica esto conduciría irremisiblemente a recurrir a la eutanasia en otras muchas circunstancias. La ley es un instrumento fundamental pero no suficiente para enfrentar las complejidades morales, y es preferible permitir que los casos difíciles se resuelvan a través de las diversas vías disponibles que introducir un nuevo principio con el que no podría evitarse una excesiva permisividad.

V. LA PERSONA CON EPILEPSIA Y LOS DERECHOS HUMANOS

La epilepsia se comprende de manera amplia y sin dificultad en la dimensión orgánica del enfermo. Tan fluida y “natural” se da esta expresión, que muchas veces debemos estar atentos para no tomar la enfermedad por el enfermo mismo. Los derechos humanos, por su parte, son consubstanciales al enfermo y no a la enfermedad.

En la esfera psíquica y social de las personas con epilepsia es donde, por lo general, se presentan las situaciones que pueden acarrear atentados a sus derechos humanos. Desafortunadamente, la mayoría de los autores coincide en señalar el gran descuido que sufre el estudio del plano social de la epilepsia. Este plano es propiamente el terreno de la persona epiléptica y es también el lugar donde se presenta la incompreensión, el rechazo y —en casos extremos—, hasta la agresión de otros seres humanos que comparten con ellos el medio familiar, el ámbito institucional y, en general, la vida social.

Estas acciones y actitudes negativas pueden tipificarse en general como “discriminación por efectos de salud”, aunque tal vez valdría la pena señalar que la tipificación debería llamarse “discriminación por efectos de enfermedad”.

Antes de explicar con un poco más de detalle en qué consiste esta discriminación por condiciones de salud, es necesario explorar brevemente la dimensión donde naturalmente se desenvuelven las personas que padecen epilepsia, debido a que es allí donde se genera la discriminación hacia ellos. Esta dimensión siempre es, como quiera que se le llame, el espacio de convivencia entre los sujetos de la sociedad, es decir, el espacio social.

Es importante, además, poner de relieve que la dimensión natural de los derechos humanos es también este espacio de convivencia entre los hombres. Dicho de otra forma: el terreno donde se presentan los problemas de discriminación y el espacio en el que se manifiesta aquello que denominamos derechos humanos, es el mismo.

1. *Personas epilépticas y entorno social*

En las dificultades de relación interpersonal que viven las personas con epilepsia, la etiología del padecimiento —sea ésta de origen parasitario, postraumático o perinatal—, no juega un papel determinante. Para la sociedad, el epiléptico es alguien que

se convulsiona, y nada más. Por consiguiente, tampoco importa la dimensión fisiopatológica donde el daño se expresa. Ello se debe a que las relaciones humanas no se regulan de manera exclusiva por interacciones de causa-efecto, como ocurre con los fenómenos naturales, sino más bien por las simbolizaciones que los hombres invariablemente asociamos a todo fenómeno que nos es desconocido.

La asignación de símbolos o significados a los fenómenos que ocurren dentro del ámbito humano se presenta tanto en el nivel intrasubjetivo (o nivel personal) como en el campo de la intersubjetividad (o nivel social). Esto significa que un mismo acontecimiento, como puede ser la crisis de una persona con epilepsia, será significado y simbolizado —en el plano intrasubjetivo— de tantas maneras como número de personas sean expuestas al acontecimiento. La dificultad para explicar el fenómeno en el plano social radicará, entonces, en buscar aquellas características que superen el plano personal, que se conviertan en constantes en todas las significaciones individuales y que permanezcan a través del paso del tiempo.

Por tanto, una buena explicación de la discriminación hacia las personas con epilepsia no debe centrarse en la multiplicidad de estigmas que los distintos grupos asocian a la enfermedad, sino en alguna constante —quizás oculta tras esa diversidad— que, al ser analizada, comprometa también al sujeto que asigna el significado y no solamente al “significado” en sí.

Dado que el aspecto central de la discriminación es la relación entre sujetos, es necesario que el análisis recaiga entonces centralmente en esa relación y no sólo en el concepto que uno de los sujetos tiene del otro.

Analizando algunas de las interpretaciones más conocidas en la historia que se han hecho sobre la persona epiléptica y que presentan además la característica de estar vigentes en la actualidad, encontramos algunos datos interesantes que vale la

pena detallar (es necesario señalar antes, que el tema por sí mismo merecería un lugar importante en todo estudio integral de la epilepsia, pero que éste no es el mejor sitio para ampliar sobre el tema).

Durante la antigüedad, y una vez consolidados los sistemas sociales de corte teocrático, la "enfermedad convulsiva" se asoció con la idea sobrenatural de "divina", "castigo divino".

Contrariamente a la interpretación divina de la epilepsia, pero dialécticamente ligada con ella, se encuentra la explicación de la epilepsia asociada a la "posesión diabólica".

Aunque desde Hipócrates se ha negado el planteamiento que iguala a la persona epiléptica con el poseso, esta asociación ha soportado el paso del tiempo y todavía se encuentra presente en muchos sectores y grupos sociales, principalmente entre los que se encuentran organizados en razón de planteamientos religiosos.

Otra interpretación de la epilepsia, dominante en la antigüedad, fue la del "mal sagrado", es decir, una especie de lugar de expresión de "entes" sobrenaturales o divinos.

Podríamos seguir enlistando las designaciones con las que se ha nombrado históricamente el estado de las personas epilépticas, sin embargo, no es mi intención hacer un inventario de estigmas, sino tratar de explicar la lógica que rige su utilización.

Raquel Bialik refiere que la epilepsia es un padecimiento que se encubre y se esconde, al que se teme y se rechaza, precisamente por que se le desconoce. Desde un punto de vista amplio, este desconocimiento —y la discriminación que se da por añadidura—, afecta no sólo a las personas con epilepsia, sino a todos los seres humanos, en la medida en que lastima a una parte de la humanidad. Por esta razón, avanzar en el conocimiento del fenómeno social de la epilepsia es avanzar en la lucha contra la discriminación de las personas que la sufren.

2. *Hacia una explicación de la discriminación de la persona epiléptica*

Mencionamos antes que, durante la vigencia del orden social teocrático, la idea de "castigo divino" se asoció formalmente al

estado del epiléptico. En el mismo plano supraterrrenal pueden colocarse las ideas de "posesión diabólica" y de "mal sagrado".

En estas interpretaciones, la noción de castigo se encuentra vinculada, de manera congruente, con una formulación que da cuenta de lo real desde el microcosmos hasta el macrocosmos. El principio y el fin de todos los fenómenos enmarcados en esta formulación, dentro de la cual se inscribe el mismo hombre, es la idea de Dios. Así pues, el castigo, que en este caso equivale a la epilepsia, se vincula por vía directa con la divinidad.

La divinidad se entiende aquí como una instancia supraterrrenal donde reside la causa y, por tanto, la explicación de la epilepsia. Ahora bien, desde este punto de vista, la explicación que puede permitir la comprensión del fenómeno epiléptico es inaccesible para los hombres, en tanto que no es de orden humano, sino divino.

De acuerdo con esta lógica, entre el mal sufrido por el epiléptico y el resto de los hombres que habitan su espacio social, se encuentra la barrera indescifrable de lo divino. En otras palabras, la persona epiléptica se encuentra sola con su mal porque, en su enfermedad, no comparte la realidad inmediata de los otros seres humanos.

Exploremos el fenómeno. Para los hombres ha sido siempre fundamental que exista un lugar donde resida la explicación de los fenómenos que escapan a su comprensión, y también de aquéllos cuya observación produce conflicto. Esto es: saber sin tener que ver. En ambos casos se genera una relativa tranquilidad que resulta de la liberación de la tensión que experimentamos frente a lo difícil y ante lo no conocido.

Ahora bien, el complemento lógico de lo anterior es que no exista el acceso a la explicación, porque de lo contrario el orden sobrenatural a la realidad se derrumbaría y con él caería también nuestra fuente de tranquilidad y seguridad.

El fenómeno, entonces, tiene un doble efecto: cuando en una interpretación subjetiva la persona epiléptica es comparada con un castigado de Dios, con un poseso, con un ser sagrado, simultáneamente se coloca su estado en un plano supraterrrenal y se separa —mentalmente— a la persona epiléptica de los demás hombres.

El resultado en cualquiera de los tres casos —y en muchos otros— es el mismo: el aislamiento de la persona epiléptica, sin cargos de conciencia para los individuos y grupos que lo aislaron. El conflicto interno de las personas segregacionistas se encuentra disminuido por el hecho de que el aislamiento no es afrontado conscientemente.

La explicación del fenómeno humano del aislamiento excede los límites de este comentario. Sin embargo, antes de formular una propuesta concreta para prevenir violaciones a los derechos humanos de las personas con epilepsia, haremos algunas anotaciones preliminares que quizá encuentren feliz concreción en el propósito y acciones que el programa prioritario de epilepsia persigue.

De acuerdo con la interpretación que hemos venido ensayando, el problema central de la persona con epilepsia no serían los estigmas que pesan sobre él, sino el efecto del aislamiento implicado en el propio proceso que generan los estigmas.

En otros términos, la parte más fuerte del problema no radica en la palabra discriminatoria, sino en el efecto de aislamiento que ésta trae asociada. Desde mi punto de vista, el problema del aislamiento, que ya es señalado por algunos autores en el terreno de los fenómenos de la convivencia humana, aún debe ser teorizado en el marco general de los derechos humanos y en el campo específico donde las personas epilépticas se desenvuelven.

Hacer efectivo el derecho a la no discriminación por efecto de las condiciones propias de salud-enfermedad equivale a evitar, utilizando todos los medios a nuestro alcance, cualquier forma y grado de aislamiento de las personas epilépticas. En este sentido, cabe recordar que el mayor contrapeso ante la violación de los derechos humanos no es tan sólo la ley sino, además, el humanismo que gira alrededor de ella.

El humanismo fue, en su origen, el ideal renacentista de la formación clásica de la personalidad y, con esa función, fue

ese humanismo espléndido el que engendró nuestro mundo moderno, el que, en el orden intelectual, nos lanzó a la búsqueda de la verdad y del reconocimiento de la naturaleza misma y de nuestros propios valores, reivindicando nuestra dignidad superior de hombres.

El no dejar que el hombre se vuelva hacia sí mismo, quitarle su conciencia, su pensamiento, administrar incluso su inconsciente, su propia satisfacción y felicidad, nos obliga a luchar por recuperar un nuevo humanismo, dinámico y eficaz.

La raíz del humanismo actual debe basarse en un humanismo más hondo y apasionado cuanto mayor sea la limitación impuesta; en el caso de las personas epilépticas, la limitación llega a extremos inexplicables que angustiosamente se deslizan hacia la conformación de un aislamiento deshumanizado. La indiferencia del hombre para consigo mismo es lo único que no podemos alentar en el complejo mundo que viven las personas con epilepsia.

Gonzalo Moctezuma destaca que:

Indudable [es] que el derecho debe encarnar valores superiores, como lo son la justicia, la equidad y otros valores que esta supone e implica, mismos que deben ser cumplidos; sin embargo, el derecho no surge como mero tributo a tales valores, sino como una necesidad de seguridad jurídica, por ende, las normas de derecho positivo, es decir las que son vigentes y se aplican, deberán contener imperio inexorable, matizado con certeza y seguridad en lo que se entiende como pautas de justicia, que permitan resolver los conflictos de intereses que, como consecuencia, no podrán permanecer invariables a las nuevas circunstancias y necesidades sociales, buscando como fin último, servir de continente para el cambio progresivo de la humanidad... en todo momento deben estar dirigidas a una generalidad, a la sociedad en su conjunto, por tanto, no podrán tener como objeto un grupo específico de la población, como sería una regulación para el caso de la epilepsia.

Sin embargo, como él mismo señala más adelante, “la condición social del derecho a la salud, implica que éste se construye más apegado a la realidad cada día y exige a los estudiosos de la disciplina la readecuación de conceptos, la ponderación de soluciones y la reflexión renovada de los principios”. Y es ahí,

precisamente, donde en ese transcurrir se puede dar la violación a los derechos de las personas con epilepsia; en el desfase de la norma en vigencia y la readecuación del concepto.

De ahí que debemos apoyar y fomentar la investigación para producir conocimientos acerca del fenómeno social de la discriminación, y divulgar dichos conocimientos. Ampliar la perspectiva de la investigación bioquímica y molecular, farmacológica, genética o inmunológica son acciones obligadas, tanto como es, sin duda, la profundización del abordaje social.

Imaginemos un registro nacional de la epilepsia vinculado con los derechos fundamentales de la persona epiléptica, funcionando como un sensor social, produciendo conocimientos como la caracterización epidemiológica; divulgando la pertinencia del análisis de costo-beneficio de los esquemas terapéuticos actuales; promoviendo la rehabilitación y reinserción social, y respondiendo a las siguientes preguntas, aún no contestadas, a las personas con epilepsia, como una forma de avance en su propia batalla: ¿Por qué razón no soy empleado, a pesar de ser competente en un trabajo calificado? ¿Por qué soy rescindido sin explicación alguna, si se enteran que soy epiléptico? ¿Por qué no tengo cartilla militar, pasaporte o acceso a la recreación y al deporte o a saber cuáles son mis derechos y hasta dónde puedo ejercerlos?

Al contestar estas preguntas comprobamos la afirmación de Hume, cuando dice que "...las ciencias están íntimamente ligadas a la Naturaleza del Hombre y, tarde o temprano, en algún lugar de su camino, ineludiblemente se encuentran". Hagamos que, en este encuentro, el mayor beneficiado sea el enfermo.

Jorge Carpizo, en su libro *Las tendencias actuales del derecho: los derechos humanos*, subraya que la preeminencia de la idea de la dignidad humana no está a discusión, se le acepta desde las más diversas teorías y filosofías. Es un valor supremo por encima de los demás. Los derechos humanos son el tema de hoy, de siempre, porque representan lo más valioso que el hombre tiene: su dignidad.

VI. EL ANCIANO EN MÉXICO Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Desde hace más de doscientos años la sociedad ha fortalecido —a través de todos los medios a su alcance—, su lucha por la defensa de los derechos humanos en todo el mundo. Como en forma reiterada se ha señalado a lo largo de este trabajo, la creación de la ONU y su Declaración Universal sobre los Derechos del Hombre marcaron el inicio de una larga serie de convenios, tratados y acuerdos entre las Naciones en la búsqueda de un clima más adecuado para el respeto de los iguales.

Esta es la razón por la cual, actualmente, los derechos humanos abarcan no sólo los aspectos civiles y políticos de los hombres en relación con el Estado, sino que incluyen aquellos que se refieren a los aspectos relacionados con las condiciones de vida. Entre ellos, destacan los que tienen su origen en los conceptos de igualdad para el disfrute de la riqueza socialmente producida, cualquiera que sea su naturaleza.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre constituye el sustento a partir del cual se han elaborado y suscrito posteriores declaraciones y convenios específicos para el área de la salud, que incluyen aspectos referentes a las personas de la tercera edad. En su artículo 22, la Declaración señala que:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho... a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su persona.

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

En ese marco, y durante ese momento histórico, en 1946, el National Health Service británico propicia una nueva especiali-

dad: en 1947, se crea en la Facultad de Medicina de Valencia, la primera cátedra de geriatría en España y probablemente en Europa.

En este caso, como muchos otros, la reconstrucción del mundo después de la Segunda Guerra Mundial dio fuerza a la axiología, como ciencia de los valores, calificándolos como éticos —el principal, la justicia—; lógicos —como la verdad—; estéticos —como la belleza—; religiosos —como la santidad—, y vitales —como la fortaleza—. Todos los valores éticos tienen siempre una contraparte o contravalor. La escala jerárquica de los valores, desde el punto de vista de la axiología, coloca a los valores éticos en primer lugar.

La justicia como valor primordial es también el objeto último de la ciencia del derecho (o jurisprudencia —o bien, prudencia de lo justo—), aunque por las características de estas disciplinas adopta distintas expresiones.

En la búsqueda de la justicia, el problema entonces es delimitar cuándo nos encontramos en el campo de la ética y cuándo en el campo del derecho.

Una de las características que ofrece el campo de la ética, consiste en que para ella la educación es el principal mecanismo de transformación del hombre. En cambio, en el campo del derecho, aunque la educación guarda un lugar especial, el cumplimiento obligatorio de las leyes es garantía para alcanzar un estado ideal de convivencia social. Teóricamente, el estado ideal de observancia de las leyes es lo que conocemos como “Estado de derecho”.

En el caso particular de los derechos de los ancianos, queremos referirnos a algunos aspectos que nos han llamado la atención sobre la asistencia social.

La asistencia social, ¿es una respuesta al respecto de los derechos humanos de la tercera edad?

Los avances que se han tenido a nivel mundial en el control de la natalidad, de las enfermedades infecciosas y en el mejo-

ramiento de los servicios de salud, durante la década de los noventa, han traído como consecuencia un incremento importante en la expectativa de vida del hombre.

Esta modificación en la esperanza de vida confronta al mundo actual con problemas totalmente nuevos: ¿qué es la vejez?, ¿cuáles son sus problemas específicos?, ¿cuáles son las obligaciones que hacia este creciente grupo tienen el Estado y la sociedad?

Para ello resulta necesario determinar ¿qué es la tercera edad? Desde el punto de vista jurídico, algunas leyes la consideran como aquella en la que a cualquier individuo se le deben otorgar una serie de derechos de carácter especial.

Esta inquietud de magnitud universal está presente en nuestro país. En respuesta a ella se consideró dentro del Plan Nacional de Desarrollo, un capítulo en el que se incluye el compromiso hacia la población anciana, sin embargo, nuestra carta magna asigna todos los derechos reconocidos por ella en el artículo 1o., además de la protección y prestaciones especiales que son otorgadas al llegar a esta etapa de la vida.

Partiendo de la concepción integral de la salud, que no sólo se limita a la ausencia de enfermedad, sino al bienestar bio-psico-social, la asistencia social abarca bajo el mismo espíritu integral todas las etapas de la vida con sus respectivas características, peculiaridades y desafíos. En México, de acuerdo al artículo 171 de la Ley General de Salud, los ancianos gozarán de preferencia en su atención sobre pacientes más jóvenes en el caso de que su salud peligre.

Al anciano le reconocemos toda una vida llena de experiencias y productividad, de ahí que deba recibir de la sociedad, por derecho propio, las mismas atenciones que un hombre productivo.

Para cumplir con la obligación, el Estado y los servicios de asistencia social deben, invariablemente, desarrollar sus acciones y programas con un profundo espíritu de servicio que ofrezca un ambiente de dignificación, seguridad emocional y física.

En cumplimiento de este compromiso y para que reciban dicha atención integral en salud, se tienen los centros de salud dependientes de las diversas instituciones, tales como el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Ar-

madas, el DIF, el Instituto Nacional de la Senectud (Insen) y la SSA, en las cuales se encuentra prevista su asistencia integral. Lo anterior, aun en el caso de no estar inscrito o ser derechohabiente de alguna de las instituciones del SNS, debiendo pagar de acuerdo con lo que sus posibilidades económicas le permitan.

Los programas gerontológicos en asistencia social están enfocados a cuatro grandes aspectos:

- a) A modificar las actitudes de la sociedad ante la vejez. En la actualidad, la actitud de menosprecio e inutilidad son la pauta en relación con el anciano, el cual es víctima de maltrato no solamente social, sino también en el núcleo familiar, ya que es visto como un ser improductivo, y es considerado como un objeto de ornato dentro de la sociedad y del hogar.
- b) Aprovechar la experiencia acumulada y su capacidad laboral. Lamentablemente, toda la sabiduría y experiencia obtenida con el correr del tiempo han pasado a segundo término y es reemplazada ya por la tecnología, ya por la juventud, sin considerar el caudal de vivencias que el anciano posee, y nuevamente es desposeído de toda capacidad intelectual, negándosele con ello la posibilidad de formar nuevos recursos humanos, dotados y formados a partir de la propia experiencia humana.
- c) Atender la enfermedad. En este sentido, el avance logrado se fundamenta en la existencia de casas hogar para ancianos y en la creación de instituciones encargadas de proporcionar a la población senecta desprotegida, cuidados y atención médica, rehabilitación física y social. Las casas hogar son lugares en los que se debe proporcionar alojamiento, vestido, atención médica, actividades ocupacionales y recreativas, siempre y cuando se demuestre que su situación familiar y laboral lo colocan total o parcialmente en un estado de abandono.
- d) Utilización del tiempo libre y de acceso a actividades educativas, culturales, recreativas y turísticas. El establecimiento de programas institucionales dedicados a este fin proporcionan al anciano la seguridad de que aún pueden

existir motivaciones que les permitan ser creativos, y de ese modo reforzar su seguridad y autoestima.

Esta perspectiva en torno a la asistencia social del anciano, en un país con restricciones económicas, se hace más importante una vez que estamos hablando de estimaciones de más de nueve millones de habitantes, mismos que no cuentan, en su mayoría, con opciones de trabajo de medio tiempo o consultorías en su ramo; por tanto, su participación se ve restringida en el desarrollo del país.

Como sabemos, tampoco la pensión, actualizada como derecho a una jubilación digna, existe a pesar de los esfuerzos realizados. Las tarifas especiales para ancianos afiliados al Insen otorgan el 50% de descuento en autotransportes y servicios ferroviarios, pero cuentan con tantas restricciones que las hacen *una dádiva más que un derecho*.

Los descuentos en espectáculos son más bien intentos y el apoyo a grupos de autogestión como una forma de organización social son una verdadera excepción, con una vida media efímera en aquellas experiencias que se debieran haber fortalecido y que no obtuvieron el apoyo deseado.

En el aspecto médico asistencial, la elevación de los gastos por medicación, el aumento de la demanda hospitalaria y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas ha sido una preocupación creciente y un reto para las autoridades en salud, no sólo en nuestro país sino en todo el mundo, y en la actualidad, crear una infraestructura funcional para dar asistencia social a los pensionados se ha vuelto una prioridad.

De acuerdo con la estructura demográfica de la población mexicana, actualmente el grupo senecto de 60 años y más, asciende a cuatro y medio millones de individuos.

Según las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas, se prevé un aumento de 114% de este sector poblacional en el año 2000, es decir, hoy existen más de nueve millones de ancianos, y en el año 2023 serán aproximadamente doce millones de personas de edad avanzada.

Estas breves consideraciones demográficas permiten vislumbrar desde un punto de vista cuantitativo, la dimensión del fenómeno del envejecimiento en México. Las personas de edad avanzada constituyen, como se señaló anteriormente, un grupo minoritario creciente, problemática a la que no se ha dado la importancia que reviste, no sólo en el aspecto salud, sino también en relación con el marco de abandono social y económico que hay en torno a ese tipo de población, y en relación con la necesidad de resolver situaciones que en esta etapa de la vida resultan de trascendental importancia para sobrevivir en una sociedad que ha sufrido la deshumanización que la alta tecnología ha propiciado.

Para la consecución de tales propósitos se debe prestar mayor atención a personas en edad avanzada dentro de todos los programas que tiene establecidos, pero de manera más amplia a través de la integración social y familiar.

La atención a la vejez que se proporciona, por un lado, en establecimientos especializados, como son las casas-hogar para ancianos, por el otro, en instalaciones de convergencia, como son los centros de desarrollo de la comunidad y los centros familiares, y también, en el seno mismo de la comunidad. La calificación del personal y su compromiso *humanitario deben ser fundamentales*.

En todos estos centros se persigue fomentar y mantener el bienestar psico-físico y social del anciano, así como su integración a la sociedad, estimulando su actividad y *evitando que se conviertan en depósitos intermedios del buen morir*.

La tercera edad y la administración de justicia

Aunque con menor frecuencia, este grupo también se ve involucrado en asuntos de orden penal, por lo que debiera ser considerado dentro del marco jurídico para hacer valer los derechos que constitucionalmente le corresponden, por lo que trataremos de resumir los siguientes aspectos de importancia, los cuales no sólo abarcan el hecho de ser acusados de un delito, sino que involucran aspectos legales en relación con la decisión de bienes económicos o inmuebles y las instancias legales a quienes pueden recurrir.

En caso de ser acusado de un delito, si tiene 65 años o más y es detenido por alguna causa justificada por autoridades dependientes de la Procuraduría General de la República o de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el agente del Ministerio Público:

- Podrá ordenar su inmediata libertad, pero sin dejarle salir del país, ya que deberá estar a disposición de la autoridad que conozca del caso.
- Si se sigue un proceso penal en su contra y goza de libertad bajo protesta o caución, o si es testigo, solicitará al juez que las demás actuaciones en las que intervenga se realicen en su domicilio, a excepción de su declaración preparatoria.

Para cualquier asunto en materia penal, tiene derecho a contar con defensor de oficio o particular, así como con un traductor, si lo requiere. Durante la investigación de un delito que esté a cargo del agente del Ministerio Público podrá ser asistido de una persona de su entera confianza. En caso de que se niegue o renuncie a este derecho, solicitará la asistencia de un representante del Insen, o ante la violación de sus garantías fundamentales, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En los casos en que se han sufrido las consecuencias de un delito:

- * El agente del Ministerio Público ordenará que sus declaraciones y demás actuaciones se efectúen en el domicilio que señale.
- * En caso de que lo anterior no sea posible, el agente del Ministerio Público podrá otorgarle las facilidades de horario necesarias para que rinda su declaración.

Lo anterior forma parte del acuerdo del procurador general de la república, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de noviembre de 1991, y del acuerdo del procurador general de la justicia del Distrito Federal, publicado el 15 de junio de 1990.

Tratándose de bienes patrimoniales, la persona mayor de edad puede disponer libremente de ellos y de su persona, y sólo en los casos en que se encuentre imposibilitado podrá hacerlo el

esposo (a), o si es viudo (a), sus hijos mayores de edad, como lo señalan los artículos 24 y 487 del Código Civil federal.

En cuanto al testamento, éste es un documento que toda persona puede redactar en forma personal para disponer libremente de sus bienes muebles o inmuebles para después de su muerte. Las clases de testamentos que se pueden realizar son: público abierto, público cerrado, hológrafo y el hecho en el extranjero. Acerca de esto, se podrá solicitar toda la información en el Registro Público de la Propiedad o en el Colegio de Notarios (artículos 1500 y 1501, Código Civil federal).

En la actualidad, se reconoce una extensa sombra de violaciones a los derechos humanos en las que el médico participa. Éstas se realizan en las cárceles, los hospitales psiquiátricos, *las casas de ancianos* o durante el manejo indiscriminado de sedantes en pacientes con trastornos de conducta o conductas restrictivas. Pero también es cierto que muchos más trabajan intensamente porque consideran que:

El anciano es una persona útil y capaz de tener una vida propia e independiente.

La relación de trabajo deberá prevalecer, siempre y cuando tenga capacidad física y/o mental y la habilidad para desempeñar su labor.

El lugar ideal para que viva es donde ha habitado la mayor parte de su vida, y sólo como última opción se recurrirá a las "casas-hogar".

Siempre puede disponer libremente de su persona y bienes.

Además, es aconsejable que los ancianos observen las siguientes recomendaciones:

Llevar siempre consigo una identificación, así como los datos de su tipo de sangre, alergias y el lugar en el cual desee ser atendido en caso de accidente o enfermedad. Si desea rentar o vender un inmueble, si va a obligarse a pagar una suma de dinero mediante la suscripción de un documento o si alguien va a firmar un documento a su

favor, consulte antes a un abogado o acuda a las oficinas del Insen.

Solicite su credencial del Insen para obtener los beneficios que ella le otorga.

En caso de que no le respeten los descuentos a los que tiene derecho mediante su tarjeta Insen, guarde su nota, recibo o boleto, solicite el nombre del empleado que lo atendió, registre la hora y fecha y acuda al Insen para que se levante el acta correspondiente.

Los derechos de que gozan las personas de edad avanzada en razón de su dignidad, deben ser preocupación de la sociedad por completo y su atención debe fincarse en una política de Estado que retribuya dignamente lo que el anciano ya entregó a la sociedad.

Actualmente, la mayoría de los médicos y personal conexo no han recibido enseñanza suficiente sobre estos aspectos sociológicos, viéndose en la necesidad de aprenderla y sufrirla con experiencias dolorosas y adaptarse a ella a través de múltiples tropiezos.

Habrà que considerar que la experiencia en proporcionar este tipo de servicios es aún incipiente en nuestro país y que por tanto no existen bases suficientemente fortalecidas para brindar una atención de excelencia a este grupo poblacional.

VII. TABAQUISMO. UNA FORMA DE TRANSGRESIÓN AL DERECHO A UN AMBIENTE SANO

El tabaquismo ha llegado a constituir en este siglo un grave problema de salud que afecta a millones de personas en todo el mundo y amenaza con extenderse cada día más. Cada 10 segundos, en algún lugar del mundo, el tabaco cobra una nueva víctima. Si la actual tendencia continúa, se prevé que en los próximos 30 o 40 años se producirá una muerte cada 3 segundos.

Podemos apreciar, en el pasado, la poca relevancia que se daba al tabaco en la explicación de la enfermedad respiratoria. En 1912-1913 el reporte de 89 casos de cáncer broncogénico comprobados en Estados Unidos, representaba una forma rara de enfermedad e inicio de la sospecha de su relación con el uso

del tabaco; en 1930, en Massachusetts, el cáncer broncogénico se incrementó de 3.8 por cada 100,000 habitantes a 42.1 en 1955 (Ochsner, 1960).

De 1931 a 1950, en el Estado de Nueva York hubo un incremento de 385% en hombres y 68% en mujeres. Durante ese tiempo, el cáncer, en general (y otras formas), se incrementó sólo 2%. Por su parte, Doll y Hill en 1957, en el estudio epidemiológico del cáncer broncogénico, mostraron la siguiente incidencia:

- No fumadores 7 por 100,000.
- Fumadores de pipa 38 por 100,000 habitantes.
- Pipa y cigarrillo 68 por 100,000 y fumadores de cigarrillos 125 por 100,000.

En 1990, se estima que fallecieron 3 millones de personas relacionadas con el tabaco, y que en el 2020 fallecerán 8.4 millones de personas por enfermedades atribuidas a éste; en 100 años la salud pública ha sido señalada por la industria del tabaco.

De continuar la tendencia del consumo de tabaco, en el año 2030 morirán más de 10 millones de personas anualmente; más que aquellas que morirán de SIDA, tuberculosis, mortalidad materna, accidentes por vehículos, suicidios y homicidios juntas.

La OMS ha terminado de redactar el primer informe general sobre la situación del tabaquismo en el mundo, en el que se comparan indicadores de la magnitud de la epidemia en distintas regiones. Según los resultados, cerca de 1,100,000 personas (una tercera parte de la población mayor de 14 años) fuman con regularidad, y aunque el tabaquismo ha disminuido en países desarrollados desde principios de los años ochenta, la tendencia se ha visto compensada por un aumento comparable en países en desarrollo.

Gracias al estudio de la OMS, ahora se tiene una mejor idea de la magnitud de la epidemia de tabaquismo y con ello se torna factible tomar medidas para contrarrestarla. El informe también contiene información sobre la morbilidad y mortalidad asociadas con el consumo de tabaco en cada región y de la prevalencia estimada del tabaquismo sobre la base de encuestas efectuadas en el 85% de la población mundial. Se observa, por ejemplo, que de los años

setenta a noventa, el consumo de cigarrillos aumentó más en países del pacífico occidental que en las otras regiones. En China, el consumo de tabaco durante ese periodo aumentó 260%.

El estudio también ha permitido calcular el consumo de cigarrillos en el mundo. Cuando se incluye el bidis, cigarrillo casero muy popular en la India, en el mundo un total de 6.05×10^{12} cigarrillos se fuman cada año. La cifra es tan inmensa que si todos los cigarrillos se colocaran juntos de punta a punta, abarcarían el doble de la distancia entre el Sol y la Tierra (*Rev. Pan. Salud Pública*, núm. 1, 1997).

1. *Impacto en la salud humana*

Los padecimientos que más frecuentemente han sido asociados al hábito tabáquico son los relacionados con el aparato respiratorio, como bronquitis y enfisema pulmonar. Por principio, puede decirse que todo aquel que fuma es susceptible a desarrollar bronquitis. El cáncer broncogénico, la cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, cáncer de lengua, labio, laringe, faringe, esófago, páncreas y vejiga, gastritis y úlcera péptica, son otros padecimientos también de gran importancia que se observan con mayor frecuencia en individuos fumadores. Estos últimos cuando presentan efectos sinérgicos con el consumo de alcohol (Mc Coy, 1980, pp. 622-629).

Por lo que se refiere al cáncer broncogénico, su origen parece deberse a la inhalación de hidrocarburos aromáticos, resultado de la pirólisis del tabaco y que se encuentran, tanto en la fase gaseosa (dimentilnitrosomina) como en la particulada (benzopireno, acridina, betanaftilamina, antraceno, polonio), y de ellos se sabe que son carcinógenos. Es importante señalar que en un estudio de reciente aparición se menciona un aumento en la frecuencia de carcinoma broncogénico en las esposas de individuos con hábito tabáquico severo.

En cuanto a la cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares se sabe que con una sola aspiración de humo de cigarrillo, la acción de los componentes del tabaco provoca contracción de las arterias, que puede prolongarse hasta por tres horas. Asimismo, ocasiona endurecimiento y oclusión de los vasos san-

guíneos, afectando principalmente la aorta, arterias coronarias, cerebrales y de las extremidades.

Se sabe que los fumadores están doblemente expuestos a padecer coronariopatías, y que la mortalidad entre los médicos que fuman, cuyas edades van de 35 a 44 años, es cinco veces superior en relación con los que no lo hacen.

Los abortos espontáneos, la prematurez, el bajo peso al nacimiento, la muerte del producto en las primeras horas de nacido son, entre otras, algunas de las alteraciones más frecuentes que se han atribuido a niveles elevados de carboxihemoglobina en la madre y que ocasionan hipoxia tisular en el producto (Mitchell, 1999). Por otro lado, algunos estudios indican que niveles altos de tiocianato en la sangre materna que pasa al producto, interfieren en la fijación de yodo por la glándula tiroides fetal, disminuyendo la producción de hormonas tiroideas por el producto, lo cual influye en todos los niveles del metabolismo fetal (Samet, 1988, pp. 211-242).

Por todas estas razones, se aconseja a las mujeres dejar de fumar durante el embarazo, aunque habitualmente durante el puerperio retoman el hábito (Samet, 1998).

Otra alteración observada en sujetos fumadores es una falla en los mecanismos de defensa, lo cual propicia un aumento o una mayor propensión a padecer infecciones respiratorias, entre las fallas más importantes se encuentran:

Parálisis del movimiento ciliar provocada por el humo inhalado.

Aumento de las células totales, con disminución del porcentaje de linfocitos.

Aumento de IGG tanto en las secreciones bronquiales como en el suero sanguíneo, pero la calidad de las inmunoglobulinas se ve alterada por una modificación en la glicosilación de las mismas.

Disminución de la capacidad fagocítica de los macrófagos alveolares, importante mecanismo para detener y procesar a los antígenos que llegan a las vías respiratorias, al igual que de la cifra de linfocitos T.

Es posible que todas estas alteraciones sean debidas al efecto irritante de los múltiples componentes del humo del tabaco y desde luego a su acción farmacológica; pero probablemente la respuesta inmune dirigida hacia el inmunógeno del tabaco participa también en la lesión que se presenta en las vías respiratorias como respuesta al humo del tabaco; éste no sólo contiene nicotina y monóxido de carbono, sino que existen 4000 diferentes sustancias, de las cuales cerca de 60 son agentes carcinógenos bien conocidos.

A nivel bronquial y parenquimatoso se han detectado alteraciones morfológicas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los individuos fumadores, debidas posiblemente a:

- a) En los lavados bronquio-alveolares de los fumadores hay mayor cantidad de macrófagos y polimorfunucleares con una mayor cantidad de elastasa.
- b) La actividad de las antiproteasas, específicamente de la a 1-antitripsina, se encuentra inhibida por los radicales superóxido que se liberan en la combustión del tabaco y que son inhalados, o por componentes del tabaco, como el cadmio. Cabe señalar que los radicales superóxido, además de inactivar a la a 1-antitripsina, producen lesión celular directa a nivel de membranas celulares.
- c) La inhibición de las antiproteasas condiciona una acción libre de la elastasa sobre elastina y probablemente sobre proteoglicanos y fibronectina (enfisema).
- d) Hay mayor permeabilidad del epitelio alveolar, lo que favorece el paso de bacterias y virus, así como de otras células o de sus productos de liberación que llegarían al intersticio, lesionándolo.
- e) Está inhibida la síntesis de proteínas y la producción de colágeno, lo que modifica los procesos de reparación.

Los efectos del tabaquismo no solamente se limitan a los fumadores activísimos, sino que también afectan a las personas sanas no fumadoras que están en contacto, en una u otra forma con ellos, y se les cataloga como fumadores pasivos. Por ejemplo, la incidencia de neumonías y bronquitis en niños menores de cinco años es cuatro veces mayor cuando los padres son fumadores, al igual que la incidencia de problemas asmáticos.

El tabaco, que incluye a los fumadores de cigarrillo, puro y pipa, es nocivo no sólo para aquellos que lo usan, también la sociedad se ve afectada. El tabaquismo aumenta el riesgo de muerte prematura y enfermedades previsibles para aquellos fumadores y no fumadores que inhalan el humo tóxico. El fumador pasivo también contribuye a las estadísticas de enfermedad de los niños y del feto (National Cancer Institut, 1988, p. 31).

Las causas por las que un sujeto adquiere el hábito de fumar son diversas: por presión social, dependencia física o porque el cigarro les alivia tensiones, entre las principales.

LAS SIETE CLASES DE FUMADORES

Según M. Russell existen siete tipos de fumadores, que pueden transitar de un tipo a otro y, en algunos casos, tienen características de hasta dos grupos.

1. *Tabaquismo psicosocial*. Es el resultado de la publicidad. Aquí se maneja el estereotipo de que la persona que fuma es más simpática, tiene más experiencia. Algunas mujeres se sienten con más *glamour* y se ven a sí mismas como "liberadas".

2. *Tabaquismo sensor-motor*. El fumador aprende a disfrutar las sensaciones y los movimientos asociados con fumar cigarrillos: disfruta contemplar las cajetillas que son muy atractivas; romper el celofán; sacar el cigarrillo; darle golpecitos; humedecerlo con la boca; hacer aritos de humo; escuchar ruidos de la inhalación y hasta usar un encendedor bonito. Además de que se siente más seguro por tener algo en la mano.

3. *Tabaquismo de indulgencia o placentero*. Es aquella persona que fuma después del café, de la comida o después de hacer el amor, porque afirman que es más sabroso. Hay gente que fuma en momentos precisos de placer.

4. *Tabaquismo estimulante*. Cuando la gente está muy cansada o deprimida aprende a retener el humo del cigarro (dar el golpe), éste pasa del pulmón a la sangre y de la sangre al cerebro, hasta donde llega la nicotina, estimulante muy poderoso, que despierta al fumador. Este tipo de tabaquismo es común en las grandes urbes.

5. *Tabaquismo tranquilizante*. Aunque el fumar no tranquiliza, porque la nicotina es un estimulante, paradójicamente el fumador aprende que cuando fuma en situaciones de tensión o conflicto su tipo de respiración cambia, comienza a respirar de una forma más pausada, profunda y se calma a pesar de que fuma, es decir, a pesar de que inhala nicotina, su ritmo respiratorio lo tranquiliza.

6. *Tabaquismo automático*. La persona fuma, sin darse cuenta, un cigarro tras otro. Este tipo se asocia con el *tabaquismo adictivo*: el sujeto fuma porque no le queda de otra, por necesidad; despierta en la mañana y antes de orinar prende un cigarrillo; fuma mientras se baña o desayuna. Son personas que fuman 40 cigarrillos o más al día. Quieren dejar de fumar pero no saben cómo hacerlo, porque son farmacodependientes de la nicotina y sufren mucho (Restrepo, 1993).

Se infiere que el individuo que fuma ha sido víctima de una serie de fenómenos que lo rodean y que influyen en forma definitiva en él, para adquirir el hábito tabáquico.

Es importante señalar que el hábito de fumar afecta no solamente la salud del fumador, sino también su economía, repercutiendo en los gastos de su familia y de la sociedad en que vive, ya que las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco constituyen causas importantes de incapacidad en el trabajo, provocando ausentismo laboral por invalidez, aumento en la demanda de atención médica y muertes prematuras. Sin embargo, el factor económico pocas veces es analizado por el consumidor o la sociedad.

Al margen del *glamour* que implica actualmente fumar puro, hay factores económicos que hacen necesario comentar algunos aspectos sobre ellos.

La venta de puros en Estados Unidos, entre 1993-1997, se incrementó cerca del 50%, principalmente en personas de situación económica alta, menores de 20 años y mujeres; aún cuando estas personas señalan que no inhalan el humo existe franca evidencia del daño en estas personas a nivel coronario y pulmonar (Satcher, 1970, pp. 20-252; Palhamt, 1970, pp. 2-252).

Es un hecho, sin embargo, que aun conociendo todas las alteraciones que el cigarro produce en el sujeto que fuma y en las personas que lo rodean, muy pocos fumadores modifican su conducta hacia este hábito.

2. *La industria tabacalera*

El presidente de Philip Morris, Geoffrey Bible, reconoció la posibilidad de que el tabaco podría causar la muerte. En una declaración jurada previa a un juicio por 12,300 millones de dólares entre el estado de Florida y las tabacaleras, Bible admitió que anualmente 100 mil norteamericanos podrían haber muerto por fumar.

La noticia provocó una baja del 2% en las acciones de la empresa en Wall Street y fue difundida por el abogado que representa al estado de Florida, Ron Motley. Philip Morris es el mayor fabricante mundial de cigarrillos, sólo en el último trimestre produjo 238 mil millones de unidades. Dos tercios de los 12,500 millones de dólares que esta empresa ganó en 1996 correspondieron a los cigarrillos. También fabrica la cerveza Miller y tiene importantes empresas alimenticias como Kraft y General Foods.

"Bible es el primer ejecutivo de la industria que dice algo así. También explicó que estaría dispuesto a cerrar temporalmente la fábrica si los científicos que trabajan en Philip Morris le demuestran que los cigarrillos causan cáncer de pulmón", aseguró Motley a la CNN.

En un video difundido por la televisión se vio a Motley interrogando a Bible:

- Motley: ¿Su empresa aceptaría que un sólo ciudadano norteamericano que fumó sus productos durante 30 años o más, un sólo ciudadano haya muerto a causa de una enfermedad provocada, en parte, por fumar cigarrillo?
- Bible: Creo que hay una buena posibilidad de que uno haya muerto, que podría haber muerto.
- Motley: ¿Qué tal mil muertos?
- Bible: Podría ser.
- Motley: ¿Y que tal cien mil muertos?
- Bible: Podría ser.

En respuesta a las acusaciones de que la industria tabacalera manipula los niveles de nicotina en los cigarrillos para aumentar sus cualidades adictivas, Bible dijo que “ni siquiera permitiría que se discuta la posibilidad de agregar nicotina. Menos aún agregarla para atraer a menores”.

Según Bible, el cigarrillo “no es adictivo desde un punto de vista farmacológico, pero la gente se ata a él por hábito”.

Desde 1952 hay estudios realizados en Estados Unidos que demuestran una relación entre el cáncer y el consumo de tabaco. En 1993, la Agencia de Protección del Medio Ambiente (EPA) clasificó al humo del tabaco entre las sustancias cancerígenas. En marzo de 1997, Bennett LeBow, director de la tabacalera Liggett Group, reconoció públicamente la dependencia causada por la nicotina y el riesgo de cáncer relacionado con el tabaco.

3. *Indemnizaciones*

Desde hace 20 años, autoridades federales de los Estados Unidos y víctimas del tabaco iniciaron juicios contra la industria por los gastos millonarios en los sistemas de salud. El 20 de junio de 1997, los fabricantes de cigarrillos de ese país aceptaron pagar 368,500 millones de dólares a 40 estados norteamericanos. El pago se hará en un plazo de 25 años, a cambio de dar por finalizados los juicios.

El acuerdo estableció que la Food and Drug Administration (FDA), que es la agencia federal que controla los alimentos, re-

glamentará hasta el año 2009 los niveles de nicotina permitidos en los cigarrillos. Luego de esa fecha, podrá prohibir totalmente el uso de nicotina, una sustancia adictiva.

A. El sindicato médico israelí demanda a las tabaqueras

Las tabaqueras de Estados Unidos han visto cumplidas sus peores pesadillas. Kupat Holim, el principal sindicato médico de Israel, pidió 2,000 millones de dólares por los efectos perniciosos que los cigarrillos han causado en la salud de sus afiliados. Esta es la primera demanda contra las tabaqueras norteamericanas fuera de Estados Unidos. El sindicato ha interpuesto una demanda ante un tribunal de distrito de Jerusalén, según informó el diario israelí Haaretz. Se trata de la mayor indemnización reclamada en la historia judicial de Israel y de la primera demanda presentada contra las tabacaleras de Estados Unidos fuera del país norteamericano. La demanda está dirigida contra las industrias estadounidenses Philip Morris, R. J. Reynolds, Brown and Williamson, y Liggett and Myers, y contra la israelí Dubek, quien posee el monopolio de la producción de tabaco en el país semita.

B. Dura sentencia contra las tabaqueras en Florida

La todopoderosa industria tabaquera cada vez es más vulnerable. El veredicto de un jurado de Florida contra dichas compañías vuelve a situar al sector en la lista negra de los inversores. Pero todavía faltan los juicios individuales. Sin la posibilidad de usar el tradicional argumento de que los riesgos de fumar son sobradamente conocidos y que el que enciende un cigarrillo lo hace sabiendo perfectamente a lo que se arriesga, la industria tabaquera está indefensa. Desde hace nueve meses se ha visto obligada a escuchar en un tribunal de Miami (Florida) las acusaciones de que vende un producto letal y que actúa fraudulentamente al añadir sustancias adictivas a los cigarrillos sin poder defenderse con total libertad. El resultado no ha sido otro que

el que se preveía: el jurado, compuesto de cuatro no fumadores, un ex fumador y un fumador, considera al sector culpable.

4. *El Reglamento sobre Consumo de Tabaco en México*

La última reforma efectuada a la Ley General de Salud fue la que tuvo como propósito adoptar medidas para prohibir fumar en el interior de los edificios públicos que sean propiedad o estén utilizados por el gobierno federal o en los que se presten servicios públicos federales.

La reforma quedó plasmada en el artículo 188, fracción II, de la Ley General de Salud, con una mala técnica jurídica, dado que dicho artículo se refiere a las acciones que debe comprender el programa contra el tabaquismo, por lo que, en estricto sentido, el texto de la ley no prohíbe fumar, sino que remite a un programa en el que deberá quedar considerar la prohibición.

Lo más conveniente hubiera sido adicionar un artículo en el que expresamente se prohibiera fumar en los edificios ya mencionados, tal como se hizo en el caso de los hospitales, en que la disposición quedó establecida en el artículo 277 bis de la ley.

Derivado de lo anterior, el secretario de Salud en México propuso al presidente de la república la expedición de un Reglamento sobre Consumo de Tabaco en el que además de desplegar la disposición de referencia se desarrollaron otros aspectos sobre tabaquismo, en algunos de los cuales será importante la coordinación con los gobiernos de las entidades federativas (Stéfano, 2000, p. 66). Dicho Reglamento se publicó el 27 de julio de 2000 (véase la sección de anexos).