

**TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA
Y PROTECCIÓN A LOS
DERECHOS HUMANOS**

FASCÍCULO 7

**Derechos
humanos
y servicios
médicos**



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA
Y PROTECCIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

FASCÍCULO 7:
DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS MÉDICOS



México, 2004

Deseo expresar mi agradecimiento al personal de la Secretaría Ejecutiva, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por el resultado obtenido en la conformación de los fascículos que dan cuerpo a esta colección. Por ello, mi reconocimiento a la licenciada Eréndira Peña Martínez por coordinar el Ciclo de Conferencias y Mesas Redondas en el que se generaron estos materiales; una vez más la corrección de estilo realizada por la licenciada Sara Gámiz Vargas ayudó a enriquecer los textos aquí presentados; a Patricia Wong Montoya por su dedicado trabajo de captura y cotejo, y finalmente a la licenciada Consuelo Olvera, por la organización y clasificación del contenido de cada uno de estos fascículos.

Emb. Salvador Campos Icardo,
Secretario Ejecutivo

Primera edición: marzo de 2004
ISBN: 970-644-356-8 (Obra completa)
ISBN: 970-644-363-0 (Fascículo 7)

**© Comisión Nacional
de los Derechos Humanos**

Periférico Sur 3469,
esquina Luis Cabrera,
Col. San Jerónimo Lídice,
C. P. 10200, México, D. F.

Diseño de portada:
Flavio López Alcocer

Impreso en México

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
LAS PERSONAS DETENIDAS CON VIH Y ENFERMOS DE SIDA	
Las cárceles, un reflejo de la sociedad ante el problema del VIH/Sida	
<i>Emma Mendoza Bremauntz</i>	11
La propagación, detección y tratamiento del VIH/Sida en las prisiones	
<i>Ricardo Okie González</i>	19
VIH/Sida en prisiones	
<i>Bertha Esther Ímaz Lira</i>	25
DERECHOS DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS FRENTE A LOS DERECHOS DE LOS MÉDICOS	
Los aspectos prácticos que se dan en la relación médico-paciente	
<i>Antonio Redón Tavera</i>	39
La perversión de la relación médico-paciente	
<i>Francisco Ruiz Maza</i>	49
DERECHOS HUMANOS Y DONACIÓN DE ÓRGANOS	
La donación y el trasplante de órganos desde la perspectiva de los Derechos Humanos	
<i>Víctor Manuel Martínez Bullé Goyri</i>	59
La situación actual de los trasplantes en México	
<i>Luis Ángel Terán Ortiz</i>	65

PRESENTACIÓN

Los derechos humanos, el Estado de Derecho y la democracia están interrelacionados, de tal manera que en la actualidad no puede entenderse uno sin los otros. Por ello, esta necesaria e indisoluble interdependencia emerge como un elemento fundamental en el proceso de transición democrática de toda nación.

En un verdadero Estado Democrático de Derecho prevalece el respeto a las leyes, se reconocen y garantizan las libertades públicas y los derechos fundamentales de los ciudadanos, en un ambiente en donde se brindan los espacios y los procedimientos tan legítimos como legales para la libre confrontación de los proyectos y las ideas.

El Estado de Derecho que se rige por sus propias leyes particulares en armonía con el cuerpo de leyes supranacionales que sustentan a los derechos humanos no aparece de un momento a otro, sino que, por el contrario, ha seguido una ruta histórica y teórica llena de obstáculos y dificultades que, de a poco, ha ido venciendo tanto el gobierno como los gobernados, al privilegiar el respeto a la ley, la apertura a la participación ciudadana y la práctica del diálogo por encima de las alternativas violentas de resolución de las diferencias.

Estas dificultades han impedido la vigencia plena de los derechos humanos y, aunque, reconocemos que existen progresos importantes en la materia, aún falta mucho por hacer.

En este sentido, y preocupada por tal situación, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó, durante el año 2001, el Ciclo de Conferencias y Mesas Redondas “Transición Democrática y Protección a los Derechos Humanos”, a fin de analizar la importancia que tiene consolidar el proceso demo-

crático como condición *sine qua non* para garantizar el respeto y la vigencia de los derechos humanos como pilar fundamental del Estado de Derecho, conjuntamente con el control de la constitucionalidad y la división de poderes.

Este ciclo de conferencias y mesas redondas se caracterizó por promover los valores democráticos. Por ello, la pluralidad, la tolerancia, el diálogo, la participación y la confrontación respetuosa de las ideas sirvieron de ejes articuladores a los trabajos realizados durante las 31 mesas redondas que lo conformaron; en él participaron 79 expertos en la materia, mexicanos y extranjeros, procedentes del mundo de la academia, de las instituciones públicas y de las organizaciones sociales, quienes compartieron con este Organismo Nacional y con el público asistente a estos trabajos lo mejor de su pensamiento ilustrado.

Como resultado de este enriquecedor proceso, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos tiene el gusto de presentar la colección *Transición Democrática y Protección a los Derechos Humanos*, conformada por siete fascículos que tratan los siguientes temas:

- Alternancia política o transición democrática.
- Justicia y democracia.
- Protección universal de los Derechos Humanos.
- Avances tecnológicos de los Derechos Humanos.
- Derechos de segunda generación.
- Migración
- Derechos Humanos y Servicios Médicos.

Este valioso material es una obra colectiva que aporta la mirada inteligente y crítica de cada uno de sus autores. La diversidad de posturas permite abordar cada tema desde un enfoque multidisciplinario, por lo que el lector tendrá la posibilidad de acceder a una comprensión integral de la complejidad de la transición democrática.

José Luis Soberanes Fernández,
Presidente de la Comisión Nacional
de los Derechos Humanos.

LAS PERSONAS DETENIDAS CON VIH
Y ENFERMOS DE SIDA

LAS CÁRCELES, UN REFLEJO DE LA SOCIEDAD ANTE EL PROBLEMA DEL VIH/SIDA*

Emma Mendoza Bremauntz**

El momento actual pudiera significar una posibilidad de cambio en el medio penitenciario y quisiéramos que éste fuera benéfico para todos, pero especialmente para los más necesitados, los llamados grupos vulnerables, entre los cuales sin duda están los presos, quienes requieren el apoyo de la sociedad, de la legislación y de los profesionistas que se interesan en las cuestiones penitenciarias.

Su vulnerabilidad estriba en la circunstancia específica de estar aislados del resto de la sociedad, generalmente bajo el rubro de seguridad, con pocas posibilidades de comunicación al exterior y a nivel de personas que puedan ayudarlos y protegerlos.

Esta situación de aislamiento muchas veces se encuentra justificada por el motivo que los llevó a la cárcel, esto es, la comisión de un hecho delictivo. Razón por la cual las autoridades responsables de la ejecución penal, los legisladores y los académicos consideran que pueden, ocasionalmente, verlos como un grupo inferior cuyos integrantes pasaron de ser miembros de la sociedad en general a formar parte de una sociedad pequeña y aislada que se llama prisión.

Sin embargo, la gente que se dedica al estudio de las cuestiones penales entiende, o debe entender, que el formar parte de esa sociedad carcelaria no implica separarse de la sociedad porque ésta se refleja o se retrata, a lo mejor hasta en forma de una caricaturista sangrienta y cruel, dentro de las prisiones.

* Ponencia impartida el 22 de marzo de 2001.

** Profesora en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Es decir, las cárceles de todos los países significan un agua-fuerte doloroso de lo que es la sociedad en donde la población carcelaria se desarrolló antes de ingresar a la prisión. Por eso, resulta inadecuada la idea de que los presos no tienen la misma calidad humana que las personas libres, por lo cual deben ser tratados de una manera diferente. Esa visión equivocada es contra la que se ha luchado por mucho tiempo, con avances y retrocesos.

En la actualidad sabemos que: existen cuestiones no acordadas pero que funcionan como una ley de la selva que priva en las instituciones carcelarias y que sanciona y castiga de manera cruel a cierto tipo de delincuentes, por ejemplo: a los violadores, a los asesinos de niños; el personal, sobre todo el de custodia, con frecuencia considera que debe tratar con mayor severidad a algunos presos, y lo hace sin tomar en cuenta ni entender que la sanción, el castigo o la determinación prevista en la ley y determinada por el juez en cada caso concreto es, precisamente, la privación de la libertad señalada en la ley y nada más.

Ahora bien, el incremento de las actividades delictivas, así como la violencia de las mismas, especialmente en el decenio de los noventa, facilitó la realización de algunas reformas legales sobre todo en los ámbitos penal, procesal y ejecutivo.

Entonces, se incrementaron las penas a niveles muy altos y se limitó rigurosamente, cada día en más casos, la posibilidad de tener una libertad provisional durante el tiempo de duración de los procesos, así como la posibilidad de obtener lo que llamamos libertades anticipadas durante la ejecución de la pena de prisión.

Con estas limitaciones se ha presentado un fenómeno que los legisladores no previeron y es el de un incremento desmedido de la población penitenciaria, tanto en las instituciones preventivas como en las de ejecución. Podemos afirmar que todas las cárceles del país, con muy contadas excepciones están sobrepobladas.

La sobrepoblación es un fenómeno que se presenta cuando la densidad de población por kilómetro o por metro cuadrado es mayor cada día. Y en el caso de las prisiones, en las cuales generalmente la deficiencia de presupuesto, y por consiguieren-

te la carencia de servicios, es notoria, los problemas son aún mayores y más penosos cuando la concentración de población aumenta.

Lo primero que se aprecia es la falta de apoyos para el desarrollo de actividades que permitan a los internos sentenciados superar las deficiencias con las cuales ingresaron y que presumiblemente facilitaron la comisión de sus delitos.

No se logra proporcionar el apoyo educativo, laboral y de capacitación que ordena el artículo 28 constitucional para todos los presos. Suprimiendo con ello la posibilidad real de obtener una disminución de la duración de su pena, también prevista en la ley, generalmente en las leyes de ejecución penal, denominada remisión parcial de la pena. Con ello, obligan indirectamente a cumplir la sentencia de punta a cola, según se dice en el argot carcelario, es decir, desde el inicio y hasta el final de la misma. Lo que, de acuerdo con los términos actuales de las leyes, viene a ser una cadena perpetua disfrazada.

Esta situación se ve todavía más agravada por la existencia de lo que se dio en llamar, a raíz de su aparición y desarrollo, como la *enfermedad del siglo*, la cual, desafortunadamente, lejos de desaparecer, se sigue incrementando en este siglo sin que se haya encontrado un tratamiento eficaz o una adecuada vacuna o medidas preventivas ciertas. Me refiero al Sida.

Enfrentamos el problema de cárceles sobrepobladas, con pugnas intestinas graves en cuanto a la existencia de presos federales revueltos con presos locales, donde estos últimos se sienten invadidos por la gran cantidad de reclusos federales que no tienen esperanza de salir, donde se genera cada día mayor violencia interna y la contaminación del Sida se torna incontrolable

No existe así la posibilidad de realizar una clasificación adecuada para el manejo de la población, ni siquiera se encuentran lugares para que estos enfermos no sean víctimas, además, de la violencia y la discriminación, donde no continúen las terribles cadenas de contagio y puedan esperar su final con cierta tranquilidad. Es decir, donde puedan proporcionarles ayuda y una vida separada.

Y el problema no es sólo eso, pues otro de los monstruos con los cuales se enfrenta la ejecución penal es la falta de pre-

supuesto en general, y en particular para el manejo médico de esta enfermedad con cuyo tratamiento se puede hacer más llevadera la vida del enfermo y retrasar con cierta tranquilidad el doloroso final en las etapas agudas del Sida.

Es cierto que los tratamientos son muy caros y que, frente a los reducidos presupuestos que he mencionado, no se pueden obtener ni los reactivos para la detección de los positivos ni menos las medicinas necesarias para su manejo.

Posiblemente, y con buena suerte, en las grandes capitales las instituciones de beneficencia podrían conseguir este tipo de medicinas. Pero en nuestras prisiones de provincia, pequeñas y abandonadas, donde pueblan enfermos que delinquieron ignorando que traían ya contagio e, incluso, se ignora cuántos son, sabemos que están totalmente abandonados a su suerte.

El problema presenta, desde mi punto de vista, dos aspectos muy delicados:

El primero se relaciona con la imposibilidad moral y jurídica de obligar a todos los que ingresan a las instituciones carcelarias, ya sentenciados o procesados, a que se sometan a los estudios y análisis del VIH/Sida porque se le violentan sus Derechos Humanos y se le expone a una real discriminación.

El segundo aspecto se refiere a que si se detectan como contagiados a algunos que puedan ser inducidos o convencidos para someterse a los estudios, de cualquier manera no obtendrán ni el manejo ni el tratamiento adecuado, además de que habrá muchos otros que no sean sometidos a la detección y continuarán su ruta de contagio entre la población carcelaria al realizar las actividades de intercambio sexual y consumo de drogas que comúnmente se realizan en las prisiones sobrepobladas, abriendo las puertas al contagio.

Aunado a esto está el hecho de que la mayoría de los ingresados en las prisiones no tienen la preparación ni la capacidad para comprender ni compadecer a los enfermos. Pues, si en el mundo libre encontramos constantemente actitudes de rechazo laboral y social a estos contagiados positivos, ya reconocidos o enfermos de Sida, a pesar de la difusión que se ha dado respecto a los medios de contagio y a las formas de prevenirlo, ¿qué podemos esperar dentro de las instituciones?

Lógicamente, una reacción de rechazo todavía mayor, la cual puede ser inclusive violenta por las características de algunos

de los miembros de la población. Entonces, para evitar la agresión hacia los enfermos, el personal técnico, cuando lo haya, deberá tratar de hacer que se comprenda que evitando cierto tipo de contactos no serán contagiados.

La realidad es muy difícil de resolver. No hay medicinas, no hay espacio para proporcionarles unas condiciones de vida adecuadas a su enfermedad, no se está en posibilidad de detectar todos los casos que ingresan a la prisión para clasificarlos, separarlos y protegerlos a fin de proteger, a su vez, a la población del contagio. Entonces, ¿qué se puede hacer?

Realmente es un problema semejante al de las mujeres internas, otro grupo vulnerable y discriminado. Son tan poquitas que no hay instituciones adecuadas para ellas. Pero, ¿cómo se van a construir cárceles para mujeres en entidades federativas que sólo tienen cinco o 10 mujeres presas?

Entonces, las encierran junto con los varones para que sean sus criadas, les hagan de comer y les presten todo tipo de servicios, incluyendo los sexuales, de cuyos ingresos el personal obtiene un porcentaje frecuentemente.

No obstante, la opción de construir cárceles regionales, en las cuales se les podría dar educación y capacitación para que cuando salieran tuvieran un oficio mejor remunerado y pudieran obtener mejores opciones de vida, tiene la gravísima desventaja de implicar el alejamiento de sus familias y especialmente el abandono de sus hijos, lo cual implica un doble castigo.

Ahora bien, regresando al problema del Sida, encontramos que en algunas leyes se prevé el otorgamiento de libertad condicionada a los enfermos terminales que se hayan cerca del final de su vida. Pero hay que reconocer que esto es todavía peor porque se convierten en una carga para sus familias, las cuales son de muy escasos recursos en el 90% de los casos y tiene menos posibilidades de atenderlos. Además, esto tampoco resuelve el problema de los positivos y del contagio.

Se trata de un fenómeno, yo diría, monstruoso de fin de siglo e inicio del milenio que si bien todos hemos contemplado con muchas esperanzas, no parece todavía tener solución.

Es verdad, se habla ya de la existencia de una vacuna contra el Sida, pero ésta tiene aún muchos inconvenientes, máxime que todavía no se experimenta lo suficiente en humanos y están más lejanas sus posibilidades de comercialización.

Además, si las medicinas actuales, que sólo son un paliativo para esta enfermedad, son de tan difícil acceso en lo económico, me imagino que la vacuna lo será también cuando se ponga a la venta, al menos en las primeras etapas.

PROPUESTAS

Dada la complejidad del problema, considero pertinente proponer los siguiente:

1. Derogar las reformas penales realizadas en los años noventa, mediante las cuales se ha incrementado la penalidad y cerrado la posibilidad de salidas anticipadas de las cárceles, para llevar a cabo lo que la Organización de las Naciones Unidas ha estado promoviendo desde hace ya muchísimos años, a saber: la aplicación de otro tipo de sanciones que no implique prisión, con el objeto de tener en ella sólo a la gente que no pueda permanecer en sociedad, ya por su agresividad o por algunas circunstancias de su personalidad o actitud.
2. Reconsiderar el criterio de delitos graves para que sólo ingresen a la prisión los que cometan delitos *realmente* graves, los cuales impidan o dañen la convivencia social, y no los que afectan los intereses económicos del Estado o de las empresas o los que se han dado en otras circunstancias que no es el caso detallar, pero que se han incluido en el rubro de reformas como delitos graves. Circunstancia que obliga a los jueces a no conceder libertad alguna durante el procedimiento o a las autoridades ejecutoras, ninguna libertad anticipada a pesar de la buena conducta de los presos.

Esto permitiría reducir un poco la población y contar con los espacios necesarios y adecuados para tener a los enfermos contagiosos no aislados, como sancionados o apestados, pues ello va contra sus Derechos Humanos, sino separados de tal manera que puedan vivir con mayor tranquilidad y sin poner en peligro al resto de la población penitenciaria.

3. Garantizar jurídicamente, mediante sanciones a que haya lugar, que los jueces cumplan los términos señalados constitucionalmente para la duración de los procesos, de manera tal que los procesados que vayan a ser liberados al término de su proceso lo hagan cuanto antes y desocupen espacios que puedan utilizarse para la readaptación social y desde luego, para proporcionar una mejor calidad de vida dentro de las instituciones.

Cuando el terremoto de 1985, veía con horror la situación que se vivía en las cárceles mexicanas, porque simplemente en el Distrito Federal se tenían siete u ocho mil internos en todas sus cárceles. Hoy, en esos mismos espacios, pues se han ampliado muy poco, se tienen 21 ó 22 mil internos, ya que donde había tres camitas se pusieron otras seis, por el incremento del ingreso motivado por el cambio de legislación. En 1996 ingresaban 60 procesados diariamente. Tendremos que empezar a cerrar calles para delimitar hasta dónde es cárcel y poder sobrevivir.

4. Otras soluciones, además de la ideal que sería el control médico de esta enfermedad, lo cual está todavía muy lejano, serían: otorgar mayor presupuesto a las instituciones carcelarias; establecer un efectivo servicio civil de carrera penitenciaria para evitar que personas sin preparación entren a trabajar en las cárceles y asegurar quienes allí laboren cuenten con un manejo más humanitario, sentido común y técnica penitenciaria.
5. El problema se vive con mayores dificultades en la provincia, donde la disponibilidad presupuestal es aún más compleja. De hecho, los gobiernos de las entidades federativas siempre tienen que escoger entre hacer hospitales, escuelas o cárceles, y generalmente esta última opción es la que desechan. Nunca consideran que la cárcel debe ser, en los términos del artículo 18 constitucional, una escuela, no la nefasta del Palacio Negro de Lecumberri, en la cual se capacite a la gente que llega ahí para que lleve una vida mejor cuando salga en libertad. Esto sólo lo entiende quien ha estudiado la problemática carcelaria y no quien ha sido designado para que vaya a

hacerse rico o a imponer disciplina militar dentro de las prisiones. Ni una ni otra de estas últimas opciones resolverá los problemas de las cárceles y menos aún los de los enfermos presos. Se requiere mayor conocimiento, humanidad y presupuesto.

Resta recordarles que cualquier marcha, por muy larga que sea, se inicia con un primer paso. Ojalá que ustedes se convezan de lo que se ha planteado en estas sesiones y ayuden a que este paso se dé.

LA PROPAGACIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA EN LAS PRISIONES*

Ricardo Okie González**

Seguramente todos estamos de acuerdo en el hecho de que ninguna otra enfermedad ha movilizadado a la sociedad civil de forma tan intensa como el VIH/Sida, el cual ha generado controversias éticas, religiosas, laborales, etc., en los diversos ámbitos de la actividad humana.

De la misma manera, cuando nosotros empezamos a tener casos de VIH/Sida en prisión, un gran número de organismos gubernamentales y no gubernamentales comenzó a pugnar para que se les brindara un trato justo a estos pacientes: por un lado, evitando su discriminación y aislamiento y por el otro, proporcionándoles el tratamiento farmacológico o médico, en general, adecuado a cada una de las etapas por las que cursa esta enfermedad.

No voy a ahondar en aspectos clínicos porque me doy cuenta de que la mayor parte de ustedes son expertos en Derecho, pero esa actuación nos colocó ante un gran cúmulo de expectativas por resolver o, dicho de otra manera, frente a un problema que parece una bomba de tiempo,

Durante los ocho años que lleva el programa de VIH/Sida en prisiones del Distrito Federal, hemos tenido algunos logros. En virtud de que hay muchísimas cosas de las cuales podríamos hablar al respecto, trataré a continuación de darles a conocer, brevemente, los aspectos médicos del problema, aunque sé que no es necesario tener amplio conocimiento de Medicina para entender el origen de éste en el ámbito referido.

* Ponencia impartida el 22 de marzo de 2001.

** Director de la Torre de Tepepan para Reclusorios en el Distrito Federal.

Todos conocemos la oleada de violencia que vive la Ciudad de México, la cual no tiene precedente. En toda mi vida, yo no había sabido de una escalada semejante y creo tampoco otras generaciones anteriores a la mía. Y, ¿esto qué ha ocasionado? Pues, una política social de encarcelamiento que pretende recluir en las prisiones a un mayor número de personas para alejar a la sociedad del riesgo que ellas le significan.

No obstante, si conocemos el perfil psicológico y de movimiento de los sujetos con tendencia a la criminalidad, nos acercamos al fondo del problema porque estas personas son de las que tienen más posibilidades de adquirir la infección por el VIH, pues ejecutan actividades sexuales de riesgo a más temprana edad, usan con más vehemencia y constancia las drogas intravenosas y se acercan con mayor frecuencia a los factores de riesgo generales de infección por el VIH.

Cabe señalar que en los ocho años mencionados, 46 individuos con VIH, detectados y confirmados, han ingresado a las prisiones del Distrito Federal.

Ahora bien, si comparamos lo que ocurre en el Distrito Federal y en sus prisiones, teniendo presente que en éstas se da a una escala menor lo que sucede en este territorio tan grande y densamente poblado, tendremos una imagen del perfil de los pacientes que ingresan a estas últimas.

En primer lugar, una cosa muy interesante para nosotros fue observar, desde el principio, que la actividad u orientación heterosexual predominaba sobre otras de riesgo sexual en las prisiones, como se veía en la población general: 67% de los pacientes reclusos y 22.3% de los infectados declarados en la población civil general.

Esto me ha servido para decir en algunos foros que el seguimiento y estudio de pacientes con VIH en prisión nos puede servir para predecir lo que va a pasar en el futuro con el VIH/Sida en cuanto a actividad sexual se refiere. Fíjense bien.

Yo pienso que, una vez establecidas las medidas de salud pública o que los fármacos antirretrovirales sean cada vez más efectivos, esta enfermedad se va a alejar de los grupos menos vulnerables en la sociedad, los cuales van a quedar como subunidades en las que la penetración del virus del VIH va a ser mayor cuando estén en estado de reclusión, sobre todo consi-

derando que las personas tendentes a la criminalidad son las más resistentes a las medidas de salud pública. Pues, en mi experiencia, dentro de la prisión no hemos podido frenar la actividad sexual de los pacientes ni evitar el uso de drogas intravenosas ni mucho menos detener la práctica de otras actividades de riesgo.

En segundo lugar, una diferencia muy notable de los pacientes de VIH en la cárcel con respecto a la población en general es su adicción a las drogas intravenosas, la cual, así como la actividad homosexual, se incrementa muchísimo en ella.

Desafortunadamente, la enfermedad por VIH/Sida se ha convertido ahora en la causa principal de muerte dentro de las prisiones del Distrito Federal. Hasta hace dos años la antecedía la violencia usual carcelaria. ¿Cómo ha sucedido esto? No tengo idea, pero es un hecho que la violencia carcelaria se ha detenido y las muertes por asesinato dentro de la cárcel son mucho menos que las producidas por el Sida.

Es más, se ha demostrado que en el Distrito Federal tenemos una incidencia (número de casos detectados u ocurridos) y una prevalencia (proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio, por ejemplo, 1,000 prisioneros) de las más altas que se pueden considerar en cualquier población sectaria del mundo.

Entonces, nos preguntamos: ¿cómo va a soportar el Estado el alto costo de la atención médica de estos pacientes si uno solo de ellos requiere 10 ó 12 mil pesos mensuales nada más para fármacos antirretrovirales?

Éste es el gran problema para el sector salud de nuestro país, el cual se agudiza cuando nos damos cuenta de que tenemos un subregistro epidemiológico; es decir, los pacientes detectados actualmente no corresponden a la cifra total. Hemos hecho ya estudios y definitivamente hay mucho más pacientes infectados en la cárcel que los 46 mencionados anteriormente.

Es más, según la mortalidad del VIH/Sida en las cárceles, que, como les dije, ha ido aumentando progresivamente, está creciendo el número de muertes por VIH/Sida de pacientes que no pertenecen a nuestro programa, pues llegan a nuestros hospitales, sospechamos que tienen Sida y se mueren en la etapa terminal de esta enfermedad. Repito, tenemos un subregistro de

pacientes y esto significa que estamos dejando que muchos de los infectados avancen en su enfermedad y los atendamos por condiciones clínicas, no por una detención oportuna.

Ahora bien, si comparamos la prevalencia del VIH/Sida en la cárcel, que es de tres a cinco casos por 1,000 prisioneros en el Distrito Federal, con la de la población civil general del mismo lugar, la cual es de 1.35 ó 1.40 casos por 1,000 ciudadanos, se verá que la primera equivale casi al doble, o más, de la segunda. Por su parte, la incidencia ha llegado a ser, en lapsos en los que yo he tenido control de estos pacientes, hasta de cinco casos por 1,000 prisioneros.

Desde luego que aquí ustedes ya están haciendo cuentas y diciendo: si hay cinco casos por 1,000 prisioneros y tenemos 22,000 prisioneros, entonces no son 46, como les dije. ¿Se explican ustedes ahora el subregistro del que yo les estaba hablando anteriormente?

Este subregistro no ha sido sólo culpa de nuestra Secretaría de Salud, pues les hicimos pruebas a casi todos los pacientes que ingresaban a los reclusorios preventivos, antes de entrar a las penitenciarías, hasta 1996. Esto dejó de realizarse por recomendación de organismos de Derechos Humanos y otras fuerzas sociales, las cuales determinaron que era mejor actuar éticamente con los pacientes y sólo hacerle las pruebas a quienes lo pidieran voluntariamente o de acuerdo con una recomendación médica, realizada según las condiciones clínicas que el médico, en los diferentes centros hospitalarios de los reclusorios, hubiera considerado.

Desde luego que esto es más ético y más apegado a las normas internacionales, pero nos ha llevado a un subregistro. Por eso, actualmente no sabemos qué población tenemos con VIH/Sida en prisiones, aunque podríamos hacer un cálculo y un estudio bien específico para determinarlo. No obstante, cuando mandamos hacer exámenes, de cada 1,000 prisioneros que se analizan 20 resultan positivos. Entonces, se darán cuenta ustedes que mínimo tenemos unos 440. Y esto es en teoría porque no puede definitivamente ser llevado al grado absoluto.

En cuanto al costo de la atención, tenemos que éste se ha incrementado desde 1993 con el tratamiento antirretroviral que un gran grupo de industrias farmacéuticas produce y casi nos obliga a utilizar.

Otro problema que tenemos con este grupo de pacientes es el de su personalidad. Nuestros expertos en Psiquiatría y Psicología han determinado que un 20% de ellos, como es obvio, tienen trastorno antisocial de la personalidad, lo cual involucra todos los aspectos psicológicos de conciencia moral, de integración familiar, de responsabilidad, etc. Por ello, los tenemos que manejar considerando que esta personalidad sociopática plena es casi irresoluble con psicoterapia o con tratamiento médico farmacológico.

Y aunque el resto no tiene estos rasgos sociopáticos, se puede entender la dificultad que enfrentan los servicios médico y paramédico al manejar a estos pacientes capaces de agredir a dicho personal en cualquier momento. Además, no se trata de un grupo de pacientes con un nivel social, cultural y económico óptimo para implantar medidas de profilaxis, de prevención de transmisión del VIH/Sida, en la prisión ni para llevar a cabo tratamientos en forma adecuada. Ustedes saben que en etapas fuertes de la enfermedad ellos deben tomar de 26 a 30 pastillas o cápsulas al día y eso requiere de mucha voluntad, de una plena determinación o de mucho conocimiento del origen y de lo que se tiene realmente como enfermedad.

Por otro lado, un 15 ó 20% de los pacientes son reincidentes, pues han regresado de nuevo a la prisión por actos delictivos cometidos después de haber sido liberados. En consecuencia, la Secretaría de Gobernación debe tener mucho cuidado al determinar qué grupo de pacientes pueden ser liberados porque, si bien tiene la facultad de darle la libertad a estos pacientes en etapas terminales de la enfermedad para que tengan una muerte digna, es su responsabilidad proteger a la sociedad civil de actos criminales ejecutados por personas que puedan ser liberadas prematuramente.

Desde luego que el servicio médico no tiene nada que ver con esto ni emite opiniones ni genera ninguna acción al respecto, pero las autoridades encargadas tendrán que determinar cómo deberá ser la actuación social en el futuro.

Cabe mencionar que el manejo estratégico de estos pacientes deberá correr a cargo de: la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la Dirección General de Reclusorios, la Secretaría de Gobernación y las comisiones de Derechos Humanos, Nacional y del Distrito Federal.

En particular, la Secretaría de Salud tendrá entre sus responsabilidades: detectar de manera oportuna a los pacientes con VIH/Sida para evitar que lleguen a etapas terminales de la enfermedad sin tratamiento; diagnosticar las complicaciones propias de esta enfermedad que suelen presentarse frecuentemente; brindar tratamiento especializado, aún con el alto costo económico que esto representa, y participar a nivel social para mejorar las condiciones de estos pacientes.

Por su parte, la Dirección General de Reclusorios deberá encargarse de: mantener una infraestructura carcelaria adecuada en cuanto a las condiciones de habitación, higiene, iluminación, agua, etc.; seguir las recomendaciones médicas respecto a los tratamientos especiales y los traslados de los pacientes a otros centros para interconsultas en otras especialidades; proporcionar seguridad interna tanto a estos pacientes presos, que pueden ser víctimas de estigmatización, como al personal que los trata; e impedir la transmisión del VIH en prisión con medidas bien precisas, controlando, por ejemplo, el tránsito de drogas intravenosas y la actividad sexual sin protección.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos y su homóloga en el Distrito Federal tendrán como funciones: la protección de los pacientes en contra de la violación a sus derechos por parte de servidores públicos o autoridades, y emitir recomendaciones bien sustentadas para que estos pacientes sean tratados adecuadamente y canalizados en el momento oportuno a donde se requiera.

Finalmente, como lo referí con anterioridad, la Secretaría de Gobernación deberá considerar la liberación anticipada de los pacientes presos que se encuentren en etapas terminales de la enfermedad o cuando el sistema mismo no tenga la infraestructura hospitalaria suficiente para darles un trato digno dentro de la prisión.

VIH/SIDA EN PRISIONES*

Bertha Esther Ímaz Lira**

La pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida constituyen una amenaza para la humanidad.

Por eso, en la reunión de Ministros de Salud, realizada en Pekín en septiembre de 2000, el Secretario de Salud de Estados Unidos de América, David Satcher, afirmó que “si no nos enfrentamos a esto como una amenaza a la seguridad, puede ser la fuerza desestabilizadora que genere dificultades para la paz y la seguridad mundial”, al referirse al grave problema que enfrenta el continente africano, donde mueren seis mil personas al día y se espera la reducción en la expectativa de vida de 45 a 59 años de edad para el año 2015. De hecho, en la región Subsahariana se encuentra el 70% de los casos de Sida de todo el mundo; en Zambia, murieron siete mil trescientos maestros en sólo un año, y en las ciudades más afectadas, ha dejado en la orfandad al 15% de la niñez, lo cual se traduce en 13 millones de huérfanos, muchos de los cuales viven sin esperanza en orfanatos de diversas ciudades africanas y, según el decir de dicho funcionario, podrían convertirse en una significativa amenaza contra el orden social.

El VIH/Sida es un grave problema de salud pública debido a: la rapidez de diseminación del virus, el contacto sexual es la vía de transmisión más importante en relación con el número de casos; la necesidad de establecer medidas públicas de preven-

* Ponencia impartida el 22 de marzo de 2001.

** Visitadora Adjunta adscrita a la Tercera Visitaduría General para Asuntos Penitenciarios de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ción; los cuantiosos recursos económicos y la voluntad política que se requieren para combatirlo.

El punto crítico de esta pandemia está en las repercusiones sociales de segregación y discriminación que sufren las personas afectadas por el virus, la mayoría de las cuales ya eran marginadas desde antes por cuestión de género, preferencias sexuales, actividades, hábitos, situación social, entre otros.

Dicha discriminación ha tenido como consecuencia la diseminación de la infección y la reducción en la efectividad de los esfuerzos de prevención de salud pública. A pesar de ello, aquélla se justifica argumentando la protección de la salud pública y el aparente conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los de las personas con VIH o enfermas de Sida. Sin embargo, tal argumentación, además de ocasionar que la sociedad se divida en sanos y enfermos, fomenta la intolerancia; razón por la cual las personas afectadas por el virus se alejan y ocultan de los servicios médicos, cuando lo que requieren es atención médica, apoyo psicológico y asistencia social, jurídica y educativa para prevenir la expansión de la epidemia.

Entre las razones que aducen quienes reaccionan con rechazo ante las personas con VIH/Sida podemos mencionar: el miedo al contagio, por desconocimiento o mala información acerca de la enfermedad, y los prejuicios, ya que muchas personas continúan pensando que sólo adquieren el virus quienes pertenecen a grupos a los que considera *anormales*, por ejemplo, los homosexuales, los sexo servidores o los usuarios de drogas intravenosas.

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud propuso el aislamiento de los enfermos y la prueba de detección obligatoria como medidas de salud pública al inicio de la pandemia. No obstante, años después, los responsables de salud internacional reconocieron que, dadas las características especiales de esta enfermedad, el llevar a cabo esas acciones había sido contraproducente. En consecuencia, dicha Organización adoptó una resolución en 1998, mediante la cual determinó, para tener éxito en los programas de prevención del padecimiento, evitar la discriminación contra las personas infectadas por VIH y con Sida; por ello, estableció el principio de no discriminación en la Estrategia Global del Sida de la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, a pesar de que ya pasaron dos décadas desde el inicio de la enfermedad, aún se observan conductas discriminatorias, tanto en la población en general como en los servidores públicos y funcionarios, que excluyen de la sociedad a las personas afectadas por el VIH/Sida de manera injustificada, violándoles todos sus derechos. Ejemplos de ello son: los expulsados de la comunidad, del empleo, de la escuela, de la vivienda, etc., y aquéllos a los que se les niegan los estímulos económicos, la atención médica, la seguridad social, los servicios funerarios, entre otros.

Resulta pertinente señalar que la discriminación y la vulnerabilidad son todavía más graves en el caso de las personas privadas de su libertad, pues la cárcel es un espacio privilegiado para el abuso del poder y la violación de los Derechos Humanos.

Además, los centros penitenciarios del país, al igual que los de todo el mundo, son un terreno abonado para la transmisión progresiva del VIH, por las siguientes razones:

1. Están sobrepoblados y con graves condiciones de hacinamiento, lo que contribuye al clima de violencia y tensión que impera en ellos.
2. La selectividad penal (sabemos que fundamentalmente se recluye a los pobres) lleva a las cárceles a un gran porcentaje de personas que, debido a su extracción y falta de medios, desconocen los peligros del VIH/Sida, ya porque no recibieron la información al respecto o porque no le prestaron la debida atención a esta pandemia durante su vida libre.
3. Los reclusos constituyen una población muy activa sexualmente. El contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual en las cárceles de todo el mundo, y tales relaciones pueden ser consentidas o forzadas en mayor o menor grado. La violación en grupo también es un hecho. Además, practican: la bisexualidad; las relaciones heterosexuales, mediante la llamada visita conyugal, con esposas, concubinas, amigas, sexo servidoras, y los intercambios sexuales múltiples bajo la influencia de drogas.
4. Toda esa actividad sexual la realizan en su mayor parte sin protección, ya que los reclusos tienen actitudes negativas

hacia el condón causadas por su baja escolaridad, la negación de la enfermedad y la cultura sexual de la cárcel que impele al interno varón a considerarlo como un símbolo de infidelidad.

5. Como un importante número de reclusos siente la necesidad imperiosa de consumir algún tipo de drogas, muchos lo hacen por vía intravenosa con material de inyección compartido y no esterilizado.
6. El uso de sustancias psicoactivas, aunque se utilicen en forma oral o inhaladas, alteran temporalmente el juicio, lo que impide usar las medidas preventivas contra el VIH.
7. Los tatuajes y la perforación de la piel son prácticas habituales en las cárceles y con frecuencia se comparte el material utilizado en ellas sin la esterilización adecuada.
8. Los ritos de hermandad que suelen realizar los reclusos implican la mezcla o el intercambio de sangre.
9. Las frecuentes agresiones con armas punzocortantes conllevan el contacto con sangre contaminada por el virus.
10. Las agujas, que por lo general esconden los reos, pueden infectar accidentalmente a los servidores públicos de las prisiones durante las inspecciones que éstos realizan.
11. De especial relevancia son las áreas femeniles de los diversos centros de reclusión, toda vez que forma parte de una discriminación de género, pues, en muchos casos, se ubican en uno de los edificios del centro de reclusión para varones, separado de los demás por una malla ciclónica. Esto permite el libre acceso a las mismas o el control de la entrada por parte de los coordinadores del autogobierno, quienes deciden a su antojo el ingreso de los varones. Cabe decir que las mujeres son obligadas a prestarles servicios domésticos y sexuales, razón por la cual no negocian el uso del condón.
12. Una de las consecuencias más comunes de lo anterior es el embarazo, aunque hay mujeres que ya están embarazadas desde su ingreso, y otra la lactancia.
13. Las mujeres también se realizan tatuajes, perforaciones en la piel y se inyectan drogas por vía intravenosa con instrumentos que comparten y no desinfectan.

I. SERVICIO MÉDICO

Un número considerable de centros femeniles carece de servicio médico propio, por lo que las mujeres deben acudir al área varonil cuando requieren atención médica. En consecuencia, no existen programas para prevenir o atender el problema de la transmisión materno infantil del VIH.

Además, en la mayoría de los servicios médicos de los centros:

1. La atención es fundamentalmente curativa, a demanda, con muchas limitaciones en instrumental y medicamentos;
2. La prevención de enfermedades y la promoción para la salud no están programadas, solamente se dan pláticas esporádicas al respecto, no obstante que el potencial para la propagación del VIH se ve incrementado por la falta de información y educación para la salud;
3. El personal de salud es insuficiente y no se actualiza con regularidad. Por ello, no está preparado para atender debidamente a la persona infectada por el VIH o que padece las complicaciones de esta infección.

Entre los errores que dicho personal ha cometido, encontramos que: realiza la prueba de detección sin el consentimiento informado del interesado; no respeta la confidencialidad; aísla en forma discriminatoria al infectado; no lleva a cabo los exámenes de laboratorio requeridos (para detección, las pruebas ELISA y Western Blot; el conteo de subpoblación de linfocitos T-Cd4 y carga viral); no le proporciona los medicamentos necesarios al paciente para prevenir la tuberculosis, la neumonía o la micosis ni los antirretrovirales.

Resulta pertinente mencionar que cuando los médicos violan el derecho de confidencialidad de los internos, dan lugar a que a éstos los aislen de forma discriminatoria y los mantengan en lugares insalubres; que sus compañeros y el personal del centro los agredan y maltraten por su condición de seropositivos; o a que les nieguen la visita conyugal; si son excarcelados para que se les proporcione atención de segundo o tercer nivel, existen médicos y hospitales que se niegan a aceptarlos y atenderlos, por lo que son regresados a su centro sin

recibir la atención requerida, y si fallecen, se dan casos en los que les niegan los servicios funerarios y la inhumación.

Y todo esto sucede a pesar de que la *Ley General de Salud* establece que:

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

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

[...]

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

[...]

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

- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

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

[...]

Artículo 134. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

[...]

- XIII. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), [...]

Todo lo cual nos habla de que no existe supervisión, ni por parte de la Secretaría de Salud federal ni por parte de las secretarías estatales correspondientes, a los servicios médicos de los centros penitenciarios.

Por otro lado, a excepción de los centros federales y algunos estatales, en las prisiones se carece de los mecanismos necesarios para obtener, en forma regular y oportuna, la información que permita identificar tanto la incidencia y prevalencia de las enfermedades como las principales causas de muerte de la población reclusa. Y esto contribuye al desconocimiento de

la magnitud, frecuencia y gravedad de los problemas de salud que afectan a las cárceles, incluyendo al VIH/Sida, e impide la planeación y operación de intervenciones útiles, desde el punto de vista médico, para la prevención, diagnóstico, manejo y control de los padecimientos.

Lo anterior debería ser motivo de suma preocupación para la sociedad en general, ya que: las cárceles no están aisladas del mundo, pues forman parte de él; un gran número de personas ingresan, egresan y reingresan a ellas constantemente, y el personal de los centros, al igual que los familiares de los internos, interactúan directamente con estos últimos para después salir a continuar sus actividades en el exterior.

Ahora bien, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que la persona que vive con el VIH o enferma de Sida es un ser humano antes que nada, aunque tenga sus derechos restringidos por estar en prisión. Razón por la cual considera que la protección de sus Derechos Humanos es esencial para responder de manera eficaz contra el VIH/Sida, pues ayuda a: reducir la vulnerabilidad a la infección; asegurar que los que padecen esta enfermedad vivan una vida digna, sin discriminación, y aliviar la repercusión personal y social de la infección por este virus.

Todo lo anterior, de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993) y su reforma realizada en el año 2000, la Ley que establece las Normas Mínimas para la Readaptación Social de Sentenciados y los convenios y tratados internacionales firmados y ratificados por México

Cabe decir que la NOM-010-SSA2-1993 se sustenta en el principio de la dignidad de la persona y, por lo tanto, en los preceptos de autonomía de la voluntad y actuación ética responsable. En consecuencia, no prevé como obligatoria la prueba de detección del virus, ni aún en el caso de las personas que pertenezcan a grupos considerados de alto riesgo, pues la concepción que tiene la sociedad acerca de la seropositividad y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es estigmatizante respecto de las personas que viven con el virus o padecen la

enfermedad. Además, establece que el tratamiento social de tal padecimiento, a cargo de los profesionales de la salud, debe estar basado en el principio de confidencialidad.

Entonces, ¿cómo mantener la armonía entre los principios invocados y el deber que tiene toda persona, en particular los profesionales de la salud, de advertir a la población sobre los riesgos de contagio que conlleva la relación sexual con individuos afectados por el VIH/Sida?

Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, basada en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud sobre la infección por VIH en las prisiones, ha dirigido las siguientes recomendaciones a las autoridades de los centros penitenciarios:

1. Es obligación de las autoridades penitenciarias mantener un programa permanente, intensivo y exhaustivo en materia de VIH/Sida que incluya:
 - a) Proporcionar información exhaustiva, clara y detallada a los internos de las formas en que se puede adquirir la enfermedad; de los tipos de conducta sexual que conducen a la transmisión de la misma; del derecho que tienen las personas a ser honestamente informadas por su pareja cuando ésta tiene sospecha, certeza o simple preocupación de estar afectada por el virus; del derecho y la obligación que tienen los miembros de la pareja de analizar juntos la información escrita que les entregue la autoridad del Centro, la cual deberá contener una reflexión sobre el derecho que uno y otro tienen de exigir, a modo de condición precautoria, el uso de medios preventivos y la realización de exámenes de verificación para excluir peligros no advertidos. Todo lo anterior a fin de que los miembros de la pareja valoren, con conocimiento y en conciencia, su situación específica y puedan ejercer su autonomía de voluntad de manera libre e informada.
 - b) Ponderar el deber que corresponde a las autoridades de una institución de encierro o reclusión cuando se enteran de que una persona recluida padece VIH/Sida y ejerce su derecho de visita conyugal.

- c) Dar a conocer los peligros del uso de todo tipo de drogas, enfatizando los riesgos de compartir equipos de inyección.
2. Las autoridades de la prisión son responsables de combatir las conductas sexuales agresivas, como la violación, la explotación de internos vulnerables (transexuales, homosexuales, enfermos mentales, etc.) y todas las formas de victimización a internos.
 3. Se debe informar a los internos, de manera clara, sobre el papel de los condones en la prevención de la transmisión del VIH y hacer que éstos estén disponibles para aquéllos durante todo su periodo de reclusión.
 4. La información referente al estado serológico de un interno sólo puede ser revelada a las autoridades de la prisión si el personal de salud considera, con el debido respeto a los principios éticos, que es necesario hacerlo para asegurar el bienestar del resto de los internos y del personal, pues nunca debe comunicarse de manera rutinaria el estado serológico de los internos a la administración del penal.
 5. Los internos deben recibir educación sobre VIH/Sida al entrar a la cárcel, durante su período de reclusión y en programas previos a su liberación. La información deberá estar disponible para todos en un lenguaje que puedan entender y si es necesario, se buscará intérprete para los presos indígenas.
 6. Los presos no deben sufrir prácticas discriminatorias en relación con el Sida o la infección por el VIH, tales como segregación o aislamiento, salvo cuando sean necesarias para su propio bienestar o por indicaciones médicas.
 7. La detección de la infección por el VIH mediante pruebas serológicas debe realizarse tomando en cuenta el consentimiento informado, y sus resultados deben comunicarse de manera confidencial, contando tanto con consejería previa y subsiguiente a las pruebas como con el apoyo de personas capacitadas cuya intervención sea aceptable para el interno.
 8. Es indispensable poner especial atención en las necesidades de las mujeres en prisión; para ello, debe haber per-

- sonal entrenado respecto a los problemas médicos y psicosociales asociados con la infección por VIH en mujeres.
9. Las mujeres deben: recibir información y servicios específicamente diseñados para sus necesidades, incluyendo información sobre las formas de transmisión del VIH, en particular de madre a hijo o por transmisión sexual; ser habilitadas para protegerse de la infección del VIH a través de la provisión de condones y del desarrollo de habilidades para negociar sexo seguro o protegido, y contar tanto con personal de consejería para la planificación familiar como de las facilidades necesarias para el cuidado de sus hijos durante la reclusión, sin importar su estado serológico. No hay que ejercer presión sobre las mujeres en prisión para que finalicen o interrumpan sus embarazos.
 10. Como parte de una formación más amplia sobre higiene y sanidad en el trabajo, se requiere la realización de programas destinados a todo el personal penitenciario a fin de que reciban información y educación actualizadas sobre la prevención y la lucha contra el VIH/Sida en las cárceles. Dicha información debe comprender instrucciones para el reconocimiento de posibles estados relacionados con el Sida y directrices sobre la actitud más humanitaria que pueda adoptarse con los presos infectados por el VIH.
 11. A los internos con Sida debe ofrecérseles la liberación anticipada por razones humanitarias a fin de que puedan morir con dignidad y en libertad. Al respecto, cabe señalar que la Tercera Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 55 y 75 del Código Penal Federal, ha logrado la modificación de la sanción y el arraigo domiciliario, en su caso, para algunos internos con Sida.
 12. Para reducir los riesgos de transmisión de tuberculosis en el ambiente carcelario en general, es necesario, por ejemplo, mejorar la ventilación, reducir el hacinamiento y proporcionar nutrición adecuada. Además, dado que la tuberculosis se asocia con el VIH/Sida, la presencia de internos infectados con este mal puede incrementar el riesgo de transmisión de aquella enfermedad; en consecuencia, se requiere el rastreo de los casos de tuberculosis, el trata-

miento efectivo y oportuno de los mismos, la atención a la resistencia medicamentosa y a su control mediante medidas de salud pública. El rastreo para diagnóstico de la tuberculosis debe estar disponible también para el personal de la prisión.

II. PROPUESTAS

1. Los programas de prevención y lucha contra el VIH/Sida en las cárceles deben considerarse parte integrante de la lucha contra el Sida a nivel nacional, por lo cual es necesario que se dediquen muchos más recursos humanos y financieros.

2. Es necesario que las autoridades sanitarias supervisen los servicios de salud de los centros penitenciarios para que en ellos se apliquen las normas correspondientes.

3. La administración de las prisiones debe asumir su responsabilidad en la lucha por minimizar la transmisión del VIH dentro de los establecimientos penitenciarios y en la comunidad.

4. La administración penitenciaria debe elaborar su política interna en estrecha cooperación con las autoridades sanitarias y reconocer que los servicios penitenciarios son responsables de dar un asesoramiento independiente en beneficio de los presos.

5. Como es imperativo disminuir la población penitenciaria, esto podría lograrse a través de:

- a) La despenalización de conductas que causen daños exclusivamente morales de mínima gravedad y la imposición de penas alternativas a la de prisión que sean realmente accesibles para los responsables.
- b) El establecimiento de un adecuado sistema de sanciones administrativas para diversas conductas que no debieran estar contempladas en los códigos penales, sino en ordenamientos jurídicos de carácter administrativo.
- c) La agilización de los procedimientos judiciales.
- d) La existencia de un mayor número de defensores de oficio mejor remunerados y capacitados.

- e) El otorgamiento oportuno, basado en criterios objetivos, de los beneficios de ley, por parte de la autoridad encargada de la ejecución de la pena, garantizaría los derechos de los reclusos y permitiría prever la excarcelación en tiempo.

6. La Comisión Nacional considera que la clasificación y ubicación de los reclusos dentro de los establecimientos penitenciarios son medidas importantes a fin de proteger la seguridad personal de los mismos, así como para disminuir la violencia y los abusos que se dan entre ellos.

En consecuencia, los reclusorios deberían contener módulos totalmente separados que impidieran el contacto entre los internos de diferente clasificación. Esto podría lograrse si las direcciones generales de Prevención y Readaptación Social recibieran el apoyo económico de los gobiernos federal y estatales a fin de que llevaran a cabo las adecuaciones requeridas en cada uno de los centros penitenciarios y se hicieran de los recursos humanos (personal técnico, administrativo y de seguridad) necesarios.

7. Resulta indispensable lograr que los funcionarios del sistema penitenciario adquieran una actitud positiva respecto a la prevención del Sida, para lo cual hay que enseñarles: el trato adecuado de los pacientes con este mal, la importancia del suministro y uso del condón entre los internos y, en general, de todos aquellos aspectos que les faciliten el cambio hacia una sexualidad con menos riesgos.

DERECHOS DE LOS USUARIOS
DE SERVICIOS MÉDICOS FRENTE
A LOS DERECHOS DE LOS MÉDICOS

LOS ASPECTOS PRÁCTICOS QUE SE DAN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE*

Antonio Redón Tavera**

Considero que el tema de esta mesa, *Derechos de los usuarios de servicios médicos frente a los derechos del médico*, es un problema que no debe considerarse cien por ciento resuelto. Por ello, esta plática va a estar fundamentalmente dividida en dos aspectos: el legal, especificado en leyes, reglamentos y manuales, y el práctico, que se da en algunos casos de la relación médico-paciente.

I. EL ASPECTO LEGAL

Hoy en día, desde la Presidencia de la República se están realizando grandes cruzadas para mejorar todos los aspectos de la vida nacional, uno de los cuales es, precisamente, la calidad de la atención médica.

Esto se desarrolla mediante campañas de concientización dirigidas a la población en general, cuyos miembros se convierten, en un momento dado, ya sea en usuarios de los servicios de salud o en el personal que los proporciona.

Cabe decir que los derechos de unos y otros se derivan de la legislación que tenemos en nuestro país: la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; la *Ley General de Salud*; la *Ley de Salud del Distrito Federal*, y la legislación propia que cada institución de salud tiene, por ejemplo, la del Instituto

* Ponencia impartida el 29 de marzo de 2001.

** Subdirector Administrativo de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Mexicano del Seguro Social, la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la del Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas, entre otras, así como las secretarías de Estado.

Resulta pertinente aclarar que todas las organizaciones civiles que imparten servicios de salud dentro del territorio nacional se rigen por la misma legislación.

1. Derechos de los usuarios

Entre los derechos que tienen los usuarios encontramos el derecho a:

- a) La protección a la salud, ya que la salud es un derecho universal;
- b) Someterse a arbitraje bajo información y asesoría médica, de acuerdo con la propia Comisión que existe para el caso;
- c) Tener seguimiento y vigilancia del servicio médico que todo paciente debe recibir;
- d) La prevención y control de las enfermedades transmisibles, de acuerdo con programas de salud pública que existen desde hace mucho tiempo pero que se están actualizando constantemente;
- e) Ser respetado en sus intereses, pues no debería ser sacado de su ambiente ni perjudicado en beneficio de quien le presta el servicio médico que se le proporciona, y
- f) Recibir una atención de calidad y humanitaria, es decir, digna de su persona, sea cual sea su condición de credo, religión, origen étnico, económica, lugar de residencia, sexo, etcétera.

Por ello, automáticamente se considera como un acto delictivo cometido contra el usuario de los servicios de salud: la negación de dichos servicios; el abandono de persona, y la retención de un paciente que se encuentra hospitalizado para exigir el pago de esos servicios, ya que nadie puede ser retenido con ese fin, lo que equivaldría a chantaje. Finalmente, no se pueden interrumpir los cuidados que todo paciente debe recibir una vez que se ha iniciado su tratamiento.

Al respecto, seguramente que hay algunas excepciones. Por ejemplo, la negación del servicio médico por sí sola parecería un acto delictivo; sin embargo, cuando la revisión que se exige y el padecimiento no constituyen una verdadera urgencia, no se incurre en un delito al negarse dicho servicio. No obstante, un aspecto medular en estos casos es saber en qué momento se va a determinar si el enfermo presenta o no una verdadera urgencia, pues casi siempre esto se puede hacer sólo después de haberlo examinado y al hacerlo, es muy difícil negarle el complemento de la atención, a pesar de haber determinado que no era una urgencia.

2. *Derechos de los médicos*

Éstos son, según establece la ley:

- a) Sus garantías constitucionales, que rigen para todo el mundo, independientemente de su calidad de usuario o de impartidor de servicios de salud;
- b) El derecho a ejercer en forma libre su profesión, es decir, a elegir el lugar donde lo hará, a decidir sobre la especialidad que él quiera y a estudiar donde él lo decida;
- c) El derecho a recibir el pago justo por el servicio prestado. Al respecto, podríamos hablar muchísimo porque hay ahora grandes compañías que hacen monopolios en la prestación de servicios de salud, donde el médico pasa a segundo término en cuanto se refiere a la contratación de sus servicios;
- d) El derecho a no obtener el resultado esperado por el usuario, en virtud de que la Medicina no es una ciencia exacta y, por lo tanto, tiene un porcentaje de fallas o complicaciones;
- e) El derecho a negar la atención cuando considere que es innecesaria o que no hay riesgo para la vida o para la salud. Aunque, como dije anteriormente, la determinación de si existe o no un riesgo verdadero se tendrá que establecer una vez examinado el enfermo, pues hay muchos casos en los que éste se presenta cuando un cuadro grave apenas se inicia; si no se le da la importancia debida, regresa

a su domicilio y se agrava en el transcurso de las siguientes horas o de los siguientes días, lo cual podría convertirse en responsabilidad del prestador de servicios médicos, y

- f) El derecho para someterse a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico bajo asesoría y con información.

II. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

1. *Precisiones terminológicas*

Tradicionalmente, aquella persona que tiene un padecimiento lo conocemos como el *enfermo*: un individuo está *enfermo* porque presenta determinados síntomas o tiene un cierto padecimiento. Sin embargo, en algún momento se consideró que esta palabra era peyorativa, ominosa. A la gente no le gustaba que le dijeran que estaba *enfermo* porque automáticamente sentía que era vista con menosprecio.

Entonces, empezó a utilizarse la palabra *paciente*, no respecto al médico sino por la paciencia y la voluntad que el *enfermo* debe tener para poner todo lo que está de su parte durante el tratamiento que resolverá su problema de salud.

En el lenguaje médico doméstico se emplea el concepto de *caso clínico*, pero resulta difícil dirigirse a una persona como *un caso clínico*. De ahí que no se use con los demás. Sin embargo, el término es valioso cuando se hace una revisión clínica y se habla de casuística.

Por último, aunque seguramente hay algunos más, existe el término *usuario de los servicios de salud*, que permite técnicamente darle una connotación legal.

Entonces, ¿cuál de todos estos es el término correcto? Me da la impresión de que todos ellos pueden tener aplicación, según el momento y el empleo específico que se esté dando en cada caso.

En lo personal, me resultaría difícil usar el término *usuario*, ya que sin duda parece un concepto más o menos legal o contractual; en el hospital nunca decimos: “Vamos a pasar visita a los usuarios de la sala norte o a saludar al usuario”. En efecto, no siempre tiene cabida.

Cabe mencionar que ciertamente se ha combatido el denominar cliente al paciente, enfermo o usuario porque no admite la comercialización de la salud ni de la impartición de la misma.

Pero, ¿qué se da en la práctica diaria? Se da la relación médico-paciente, que es la terminología que estamos más acostumbrados a escuchar. No obstante, da la impresión de que con ella se establece, al mismo tiempo, una oferta de servicios médicos por parte, tanto de las instituciones de salud gubernamentales o particulares, como de empresas de seguros, y una necesidad o requerimiento de atención médica por parte de la comunidad. Cabe señalar que la cantidad, la calidad y el tipo de necesidad será mayor y más compleja mientras más grande sea la comunidad de la que emana.

2. La consulta externa

Ahora bien, siempre he vivido con la impresión de que con mucha frecuencia, sobre todo en el sector oficial, la consulta externa está sobrecargada, *sobrevendida*. Este término lo he escuchado frecuentemente en los aeropuertos, donde es muy común que los vuelos estén sobrevendidos y las pistas sobreexplotadas. Al respecto, en estas fechas ha sido requerido el Jefe de Aeropuertos, pero no es el único responsable de todo lo que pasa con nuestro aeropuerto actualmente, de la misma manera que, por comparación, tampoco lo es el médico en relación con una consulta externa sobrecargada. No obstante, en la práctica diaria de dicha consulta se ha observado que:

- a) El 05% de las personas que están citadas a consulta no se presentan, lo cual genera la pérdida del tiempo disponible para ellas.
- b) Un 05% de los pacientes llega tarde, según algunas estadísticas.
- c) El 01 ó 02% de los *usuarios* llega normalmente con una actitud de queja por anticipado. Es decir, se presentan como culpando a la institución de todos los males que están sufriendo y con una actitud de reclamo ante Trabajo Social, Vigencia de Derechos, puestos de recepción y control y hasta contra el médico, diciendo "Aquí en el hos-

pital nunca dan nada, ni un medicamento”, cuando las cifras institucionales hablan por sí solas.

- d) Suele llegar un 05% de los pacientes sin cita, generando muchos conflictos porque, dependiendo de las instituciones, hay que atender al enfermo de inmediato, aunque no sea una urgencia; en otras, de plano se les aplica el reglamento y se les reprograma otra nueva cita.

Como se puede notar, nuestro medio es particularmente propenso para que el enfermo se queje. En el extranjero, en cambio, si una persona llega a la consulta externa normal, no de urgencias, por ejemplo, a la Clínica de Cleveland o al Hospital John Hopkins sin previa cita, es muy difícil que lo atiendan porque la calidad del servicio que ahí se imparte realmente es tal que requiere de rígidos controles.

No significa esto que aquí el servicio no tenga calidad, puesto que es muy elevada en muchas instituciones, pero las limitaciones de acondicionamiento y recursos, aunadas a la sobrecarga del trabajo y la sobredemanda de consulta, demeritan la libertad del ejercicio que tiene el prestador de servicios de salud, quien debería, según un dogma tradicional de mercadotecnia, entender y aceptar que el usuario o cliente siempre tiene la razón, cosa que en Medicina tiene diversos puntos de discusión.

Además, aquella frase dogmática genera la impresión de que el usuario sólo tiene derechos y el prestador obligaciones, hecho que no es así; lo sensato es el equilibrio, es decir, sólo existen los derechos junto a las obligaciones del uno frente a los derechos y obligaciones del otro.

3. Recursos institucionales

Cada vez que nos enfrentamos a los problemas que surgen, tanto en la consulta externa como en urgencias y en las áreas de hospitalización, nos encontramos que los recursos institucionales son limitados.

Por su parte, el equipamiento de las instituciones de salud es extraordinariamente costoso. El avance tecnológico es tan rápido que cuando el médico se está especializando en algún hospital del extranjero se familiariza con el equipo nuevo del lugar, pero al llegar al país de origen, si la institución está en con-

diciones de comprarlo, pasan dos, tres o a hasta cinco años para la adquisición de dicho equipo. Cuando éste llega, ya hay una segunda generación, y en tanto se autoriza un nuevo presupuesto para actualizarlo, aparece en el mercado una tercera o cuarta generación del mismo. Entonces, estamos atrapados en una constante carrera muy difícil de ganar hoy en día. Probablemente hace 20 ó 30 años los avances tecnológicos no se daban con tanta rapidez.

En verdad, los recursos institucionales en México son limitados, razón por la cual, en este sentido, algunas obligaciones del médico lo serían más bien de la institución, ya que no es función de aquél proveer un buen equipo de rayos X, de ultrasonido, de resonancia magnética nuclear o de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico para poder brindar el mejor servicio a los usuarios.

Repito, las obligaciones del médico de alguna forma son de la institución porque ésta debe proveer la infraestructura laboral necesaria para que aquél pueda otorgar correctamente el servicio que el paciente requiere. En otras palabras, si la infraestructura es limitada, seguramente el servicio adolecerá de alguna deficiencia no necesariamente imputable al médico. Entonces, ¿a quién es imputable? No se puede ser tan concluyente, quizá a la institución o al presupuesto nacional de egresos vigente o a otra instancia, pero, como se trata de una situación compleja, de hecho ignoro si hay realmente un responsable cuando existen limitaciones de origen que, en todo caso, no debe ser el médico.

Se sabe que la Medicina, según se comentó en un principio, no es una ciencia exacta, no es un proceso matemático en el cual se pueda colocar, por ejemplo, un artroscopio y generar una condición física, mecánica, para garantizar que en tres días y medio, o en cualquier plazo fijo, el paciente va a poder participar en una competencia deportiva de alto rendimiento.

Además, todo proceso médico-quirúrgico tiene un porcentaje de falla o de complicación más o menos conocido, el cual se considera normal, estadísticamente hablando, para cada tipo de padecimiento. Por tanto, el paciente debe estar informado de los riesgos que puede tener y aceptarlos mediante el consentimiento informado, concientizado, del cual ya se ha hablado en diversos foros y en varias ocasiones.

4. Las obligaciones del paciente

Ya se señaló que hay usuarios que se quejan ante cualquier pequeña imperfección simplemente porque tienen el derecho de hacerlo; asimismo, otros lo hacen pensando que, como hay muy poco que perder, lo que se obtenga es bueno. Sin embargo, una y otra actitud nos parecen difíciles de aceptar.

En virtud de lo anterior, los usuarios o pacientes tienen la obligación de:

- a) Respetar sus citas;
- b) Cumplir las prescripciones medicamentosas y de toda clase que se les den;
- c) Acatar las recomendaciones higiénicas. Por ejemplo, si los pacientes conocieran y se apegaran a lo que establecen las normas oficiales para el control de la obesidad, la diabetes y la hipertensión el 80% de los casos relacionados con estas enfermedades se resolvería al apegarse a la higiene de la calidad de la alimentación, del trabajo, del horario de descanso, de la práctica deportiva, así como de la eliminación de excesos y de diversos hábitos viciosos.
Además, si estas recomendaciones se acataran, contaríamos con los servicios sanitarios de las instituciones de salud en mejores condiciones de las que suelen dejarlos los usuarios de los mismos casi inmediatamente después de que habían sido aseados.
- d) Comportarse de manera educada y respetuosa dentro de la institución de salud, tanto con las instalaciones como con el personal médico y administrativo de la misma.
- e) Asearse diariamente.

Cabe decir que el paciente suele no cumplir sus obligaciones, frecuentemente se olvida de la medicina, llega en una condición pésima de aseo y dispuesto a que el médico sea quien le resuelva totalmente su problema.

5. Obligaciones del médico

No hay duda de que el médico es uno de los personajes que ha tenido la gran oportunidad de recibir preparación de alto nivel

para conducirse como líder en una comunidad, en cuanto a su trabajo se refiere. Por ello, está obligado a:

- a) Ser puntual, a pesar de que en una ciudad como la nuestra es tremendamente difícil lograrlo; razón por la cual debería, idealmente, comprometerse solamente con aquello que debe alcanzar a satisfacer de acuerdo con su tiempo, recursos, etcétera.
- b) Tener una actitud de entrega con cada uno de sus enfermos; si tiene que ver 65 de ellos en una mañana o en un turno de día completo, lo cual es sumamente difícil, debe atenderlos de manera profesional.
- c) Comportarse de manera educada y ejemplar.
- d) Tener pulcritud, formalidad y presencia. Tres cualidades que se nos enseñaron tradicionalmente, pero que por desgracia tienden a perderse; aún siendo poco frecuente, hay quienes se presentan sin rasurarse, despeinados, sin corbata, sin calcetines y hasta con aliento alcohólico.
- e) Contar con una preparación del más alto nivel. Cabe señalar un punto muy importante al respecto, la educación médica continua que el médico recibe suele costearla él mismo, a pesar de que la institución tiene la obligación de proveérsela.
- f) Desempeñarse con calidad y calidez. Es necesario que el médico cuente con buenos modales y conocimiento profundo de las instalaciones y de los recursos que tiene el hospital para estar en condiciones de otorgarle una buena atención al paciente y darle la información correcta y el trato adecuado que él requiere.

6. Obligaciones de las instituciones de salud

Éstas son, entre otras:

- a) Contar con instalaciones en buen estado;
- b) Tener el equipamiento actualizado, lo que equivale a millones de pesos;
- c) Dar frecuente mantenimiento a las instalaciones y al equipo con el cual se está laborando.

Cabe decir que los tres conceptos anteriores significan un gasto altísimo, razón por la cual deberían estar considerados específicamente dentro del presupuesto de la institución;

- d) Contar con personal especializado y entrenado para los niveles de atención médica que proporcione. Resultaría un error tanto querer colocar a un médico que ha cursado alguna especialidad en un centro de salud de primer nivel, puesto que se desperdiciaría su capacidad, como pretender que el galeno sin preparación suficiente se desempeñe en un hospital de tercer nivel, donde se trabaja con subespecialidades y equipo complejo.
- e) Tener previstas la retribución y las prestaciones del impartidor de los servicios de salud, que la institución debe aportar de acuerdo con el nivel y capacidad que éste tiene, así como con el trabajo que desempeña;
- f) Promover la investigación y enseñanza en los diversos niveles de la atención médica, ya que éstos son puntos en los cuales se basan algunos de los parámetros del desarrollo nacional. Un país sin investigación no puede considerarse avanzado o desarrollado.

7. Derechos de las instituciones de salud

Estas instituciones tienen derecho a recibir: apoyo presupuestal y administrativo para los recursos humanos y materiales que deben manejar; apoyo legal; apoyo para obtener supervisión y auditoría, pues aunque muchas veces éstas son internas, se sabe que las instalaciones y empresas que reciben supervisión y auditoría externas tienen muchísimas más posibilidades de prosperar.

Para concluir quiero señalar una inquietud utópica, deseando que algún día la Comisión Nacional de los Derechos Humanos dé lugar a la creación de un organismo homólogo pero de *Obligaciones Humanas*, donde podamos perfeccionar nuestra condición y comportamiento a fin de poder brindarnos, recíprocamente, usuarios y prestadores, una mejor atención en todo lo que esté a nuestro alcance.

LA PERVERSIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE*

Francisco Ruiz Maza**

Cuando tuve el gusto de ser invitado a esta plática, se me pidió hablar sobre *derechos de usuarios de servicios médicos frente a los derechos de los médicos*, y esto me dio la impresión de un estado de confrontación, antagonismo o querrela entre unos y otros que yo jamás había considerado. Pero, después de analizar un poco el tema y recordar algunas de las cosas que me han interesado en el pasado, llegué a la conclusión de que efectivamente, sobre todo en tiempos recientes, existe una gran suspicacia entre los usuarios de servicios médicos y el gremio médico.

Por ello, la idea que quiero exponer a ustedes consiste en que tal hecho se deriva de la perversión de la más importante relación que puede haber en Medicina, me refiero a la relación médico-paciente, debida no a la responsabilidad de alguno de ellos sino a la ingerencia de un tercer elemento que transformó este binomio en un triángulo. ¿Cuál es ese tercer elemento?

Éste es diverso, dependiendo del lugar en donde el médico practique. Puede ser el Gobierno, las instituciones de seguros o las instituciones oficiales que, en la época moderna de la práctica médica y siguiendo los grandes alcances sociales de beneficio masivo, han enmarcado al médico dentro de un papel que nunca había tenido, el de empleado, y le han impuesto normas, reglamentos y restricciones que le impiden actuar como lo había hecho tradicionalmente.

* Ponencia impartida el 29 de marzo de 2001.

** Jefe del Servicio de Nefrología y de la División de Medicina del Hospital Español de México.

Esto, en nuestro país, ha llevado a que más de la mitad de los mexicanos, según encuestas del actual Secretario del ramo, considere mediocre o malo a nuestro sistema nacional de salud.

Para tratar de enfatizar esta conclusión, yo quisiera recordarles lo que significaba la relación médico-paciente antes de que se introdujera el tercer elemento en comento.

En primer lugar, esa relación nunca se establecía bajo términos legales, en virtud de que se sustentaba en la confianza que el enfermo depositaba en el médico para lograr superar una fase de enfermedad.

En segundo lugar, a pesar de que la posición del médico en esta relación siempre era de poder y de dominancia, dado que tenía la información, los conocimientos y podía influir en su enfermo de forma crítica, la realidad era que el médico estaba en un papel de total subordinación al enfermo. Pues, al aceptar hacerse cargo y responsable de la salud de un individuo, el médico, desde el Códice de Avicena y el Juramento Hipocrático, se comprometía a poner el bienestar de su enfermo como primer y más valioso elemento. Así, aunque no se firmaba ningún contrato, el médico quedaba atado al enfermo hasta que éste decidiera que podía terminar con esa relación. En cambio, el enfermo tenía la libertad de dejar a aquél en el momento y por los motivos que juzgara convenientes.

Es verdad, esa relación se practicó ancestralmente y hasta hace muy poco en nuestro país, cuando no teníamos más que hospitales de caridad, algunos de ellos de órdenes religiosas. Pero, cuando en 1943 se fundaron la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, el tercer elemento empezó a involucrarse en la relación médico-paciente.

A partir de ese momento, el médico ya no fue libre de actuar a su total albedrío para el beneficio de su enfermo, pues queda supeditado a normas, restricciones, conveniencias y organizaciones de instituciones que le imponían: prescribes esto; llévas aquello; lo refieres en este momento; recetas alguna de estas tres medicinas, esta cuarta no; los estudios que vas a ordenar los realizaremos hasta que lo vea este otro señor; etcétera.

Esto es lo que creo que ha ocurrido. Y aunque la intervención directa del Gobierno, el tercer elemento, en nuestro sistema nacional de salud derivó en grandes beneficios para la po-

blación mexicana en aquel entonces, hoy en día las compañías de seguros y de administradoras médicas están tomando al médico como a un empleado. Por ello, insisto, éste ya no es capaz de tomar la decisión que él considera más conveniente para su enfermo, y esta perversión de la relación es lo que ha llevado a la gran insatisfacción que tiene el pueblo de su sistema nacional de salud.

Ahora bien, ¿por qué se quejan los enfermos ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico?

De 1996 a 1998 se acumularon más de 3,600 quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuyas causas se agruparon en los siguientes tres grupos: impericia, complicaciones y problemas relacionados con la técnica de la Medicina; dificultades interpersonales entre el médico y su enfermo, tales como maltrato, insatisfacción e incomunicación, y cuestiones de tiempo relacionadas con estudios o tratamientos pospuestos o cancelados, los cuales en gran medida podían deberse a deficiencias de la institución.

Lo que quiero enfatizar aquí es que casi la mitad de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico fueron producto de las dificultades interpersonales entre el médico y su enfermo, lo que dio lugar a mala comunicación, nulo entendimiento y deficiente o nula información. Tan es así que se arreglaron simplemente con diálogo y concordia. En consecuencia, la insatisfacción que la gente tiene respecto de sus servicios de salud se deriva, en gran medida, de la pobre relación médico-paciente que se establece.

Pero, ¿cuáles son los derechos de los enfermos? Muy brevemente, mencionaré unos cuantos:

1. El derecho a la salud, de acuerdo con los artículos 4o. y 76, inciso 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El único problema es que en México, según las estadísticas de 1994 registradas por el doctor Julio Frenk en su trabajo de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, entre el 11 y el 21% de los mexicanos no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud. Cantidad que el mismo doctor, actual Secretario del ramo, considera que asciende hasta una tercera parte de todos

los mexicanos cuando se refiere a quienes, a pesar de tener teóricamente posibilidad de recibir este servicio, por estar asegurados, no lo obtiene por problemas económicos, geográficos o de transporte.

2. El derecho a la autonomía. Pero, ¿cómo vamos a tener derecho a la autonomía si se nos asigna a un residente de tercer año para que nos vea en consulta? La libertad para escoger a nuestro médico no existe. Es más, ni siquiera tenemos derecho a mantenernos con el mismo médico porque es muy posible que en la siguiente consulta nos toque otro que no nos ha visto. De tal manera que, a pesar de que está registrado como un derecho, esto no opera en la realidad.
3. El secreto de sus confidencias. Pero, ¿cómo se va a hacer valer este derecho si nuestros expedientes clínicos andan circulando de un lado para otro, de un médico a otro? Además, actualmente en sistemas cibernéticos pueden estar al acceso de prácticamente quien tenga el interés de meterse a un programa de éstos.

No debemos olvidar que también hay responsabilidades de los enfermos, y aquí es donde el médico puede tener derecho a pedir su cumplimiento. Entre estas responsabilidades se encuentran:

1. El decirle la verdad al médico. Resulta frecuente el siguiente diálogo al elaborar la historia clínica de un paciente:
 - ¿Consume usted tabaco?
 - No, no doctor.
 - Pero se acaba media cajetilla de cigarros todos los días.
 - Y, ¿bebe alcohol?
 - Sólo un tequilita en los fines de semana.
 - Y consume media botella todos los días.
2. La obligación de informarse. El enfermo debe aceptar su responsabilidad de informarse sobre su enfermedad; sin embargo, la mayor parte de la gente no tiene interés en hacerlo.
3. Seguir el programa. El tomar sus medicinas de acuerdo a las indicaciones del médico suele ser pasado por alto.

4. Dejar prácticas que dificultan la acción médica, como son: tomar el té, hierbas o seguir cualquier tratamiento en medicina alternativa.
5. Reconocer que su atención, especialmente en instituciones de salud pública, tiene un costo para la nación.

Ahora bien, ¿por qué la calidad de los servicios en Medicina de nuestro sistema de salud se encuentra muy deteriorada?

Nuestro actual Secretario de Salud, en su trabajo de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, antes mencionado, al calificar los diferentes servicios públicos consideró que los de policía son los más malos, seguidos por los servicios de salud; es decir, estamos mucho peor que las escuelas públicas, que el transporte, que los teléfonos, que los servicios de agua y saneamiento. No obstante, sólo el 56% de los mexicanos, según las estadísticas presentadas en dicho trabajo, considera que está recibiendo una mala o regular atención médica.

Aunado a lo anterior, el doctor Frenk esboza los problemas u obstáculos que nos impiden alcanzar un satisfactorio esquema de salud pública, entre éstos señala:

1. La inequidad o la aplicación de recursos a problemas no prioritarios, abandonando otros que sí lo son: es triste aceptar que México, dentro de los países latinoamericanos y del Caribe, está en último lugar en camas de hospitalización; tenemos 1.6 enfermeras por cada 1,000 habitantes, que es menos de la mitad de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud; los recursos que se emplean para nuestra sobrevivencia y mortalidad, por ejemplo, en Oaxaca son comparables a los utilizados en la India, mientras que la mortalidad infantil y la sobrevivencia de la población en el estado de Nuevo León es equiparable con cualquier Estado europeo de Primer Mundo.
2. Hay inequidad en la repartición de los recursos para la satisfacción de las necesidades, insuficiencia de recursos e ineficiencia: en 1994, la mitad de las camas de la Secretaría de Salud estaban desocupadas porque no era posible utilizarlas por falta tanto de insumos como de mantenimiento; los médicos contratados por la Secretaría de Salud

ven, en promedio, menos de un enfermo por hora; en gastos administrativos, el Seguro Social y el ISSSTE gastan el 19% y el 33%, respectivamente, de su presupuesto sin haber empezado a tratar un solo enfermo.

3. La calidad. Estudios realizados en consultorios de los centros de salud de la Secretaría de Salud identificaron que en el 75% de las consultas otorgadas hay graves deficiencias técnicas. La profunda insatisfacción de los usuarios se manifiesta en los tipos de quejas que se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
4. La inflación. No somos ajenos a ese problema.
5. La inseguridad. Más de una tercera parte de los mexicanos vive temerosa de no poder resolver un problema de salud de ellos o de sus familiares.
6. El traslape de servicios entre las instituciones. En 1994, por ejemplo, la Secretaría de Salud y el Seguro Social anunciaron que tenía una cobertura de 42 y 49 millones de habitantes, respectivamente. El problema era que la población no daba para tanto; es decir, había un exceso de cobertura de salud de varios millones de mexicanos. De hecho, más del 30% de la población asegurada no se atendían en el Seguro Social, sólo lo hacía el 70% en 1987 y este porcentaje bajó a 64% en 1994, el resto, en su gran mayoría, se atendió en la Medicina privada. En cambio, la Secretaría de Salud cubría alrededor del 25% de la población asegurada, mientras que la práctica privada de los no asegurados ascendió del 55% en 1987 al 65% en 1994; cabe decir que el 39% de la práctica privada en el México de entonces estaba dirigida a enfermos asegurados que por insatisfacción buscaban otras opciones de tratamiento.

Para resolver estos grandes problemas, insisto, generados por la perversión de la relación médico-paciente, nuestro actual Secretario de Salud ha propuesto ya la realización de un programa específico, sobre el cual no voy a ahondar en este momento.

Finalmente, les diré que existen varios sistemas de salud en el mundo, a saber:

1. El totalmente centralizado. Porque el Gobierno toma al 100% las riendas y lo dirige, como sucede en algunos estados socialistas y no socialistas, Canadá e Inglaterra, por ejemplo. Se trata de sistemas nacionales de salud de control total, pero en los cuales, a pesar de la equidad que pretenden lograr, hay muy poca satisfacción al respecto, pues constituye un sistema de proposiciones limitadas.
2. El privatizado. Implica la atomización completa de los sistemas de salud, cuya organización y administración queda en manos privadas, razón por la cual todo mundo vive con seguros privados. En éstos nos iría peor porque, aunque fueran satisfactorios, la equidad sería paupérrima.

De tal manera que requerimos un sistema mixto de participación estatal con libre juego de las empresas privadas, en el que se contara con el apoyo financiero de los grandes seguros sociales (ISSSTE, IMSS, la Defensa, etc.). Y ésta es la opción de reforma.

No obstante, estoy convencido de que el trasfondo de nuestros problemas de salud es la perversión de la relación médico-paciente, generada por la ingerencia de un tercer elemento.

DERECHOS HUMANOS
Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS*

Víctor Manuel Martínez Bullé Goyri**

Antes que nada deseo aclarar que la donación y el trasplante de órganos son dos temas con profundas implicaciones de carácter social, cultural y religioso que debe tomarse en cuenta, especialmente, cuando los analizamos desde la perspectiva de los Derechos Humanos, donde se encajan en las coordenadas que nos podrían plantear dos derechos fundamentales, a saber: el derecho a la protección de la salud y el derecho al respeto a la dignidad y a la libertad de las personas.

En este sentido, habría que plantear que, gracias al desarrollo de las ramas de la Medicina y de las ciencias afines a ésta, los trasplantes, que hasta hace unos años eran algo de ciencia ficción o noticias espectaculares en los periódicos, hoy en día son algo cotidiano; razón por la cual ninguno de los 15 trasplantes de corazón realizados el año pasado en México fue mencionado en la prensa.

En otras palabras, mientras que hace unos cuantos años los primeros trasplantes que se efectuaron en los Estados Unidos hicieron famosos tanto a los médicos que los realizaron como a los trasplantados, de quienes supimos cómo sobrevivieron al trasplante, cuántos días sobrevivieron a él, etc., hoy día se han convertido en un medio terapéutico común para el tratamiento de diversas enfermedades y afecciones.

Al lograrse esto, los trasplantes quedaron incluidos en el derecho a la protección de la salud. Es decir, son un servicio

* Ponencia impartida el 5 de julio de 2001.

** Primer Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

que los individuos podríamos reclamar al Estado como una prestación, evidentemente cuando el trasplante sea la terapia indicada para la situación de salud en que nos encontremos.

Y en este contexto, el Estado está obligado a desarrollar la infraestructura y la normatividad necesarias para poder hacer frente a esa demanda y brindar ese tratamiento a los particulares. Al respecto, es evidente que se han hecho esfuerzos importantes en los últimos años; no obstante, la actual infraestructura, quizá por desorganización, está subutilizada y poco vinculada entre sí, pues la falta de articulación entre las grandes instituciones de salud del país, IMSS, ISSSTE, institutos nacionales, etc., no han permitido la interrelación necesaria para el uso eficiente de esa estructura.

El año pasado se dio un cambio muy importante en el desarrollo de la normatividad respectiva, en la Ley General de Salud, pero falta todavía el complemento de la misma: su reglamentación. Cabe decir que el reglamento que continúa vigente es el que se expidió bajo el gobierno de Miguel de la Madrid, el cual se aplica en todo aquello que no afecte las transformaciones o cambios de la nueva ley.

En consecuencia, el Estado tiene un número importante de tareas pendientes respecto a los trasplantes, como un derecho del particular frente al Estado respecto de su protección de la salud, a saber: desarrollar la infraestructura necesaria, lo cual conlleva un costo que, mientras los recursos sean escasos o insuficientes, tendrá que irse cubriendo paulatinamente de forma programada, y completar la normatividad para que pueda operar el sistema como está diseñado y previsto en la ley.

Por otro lado, para que haya trasplantes se requiere forzosamente la disposición de órganos; pues, por decirlo de alguna manera, si no hay oferta es imposible satisfacer la demanda de los mismos, máxime que con las reformas a la ley del año pasado se introdujo el concepto de consentimiento tácito, respecto de la expresión de la voluntad del donador.

Ustedes recordarán un caso que trascendió a la opinión pública, me refiero al de una menor que aparentemente por engaños y a escondidas de su familia donó un riñón a otra persona. Esto propició la aparición en los medios del médico que realizó el trasplante, de la clínica en donde éste se realizó, etc.,

en virtud de una denuncia. Pero el aspecto negativo, además de que no se informó cómo se resolvió este caso ni quiénes fueron los culpables si es que los hubo, porque eso ya no era noticia, fue el escándalo iniciado, el cual contribuyó al incremento del temor y desconfianza en la sociedad respecto a la donación de órganos, por considerar que hay corrupción detrás de un sistema que pretende que éstos se obtengan en mayor número y de manera más fácil o, incluso, por el temor frente a la suposición de actuaciones que podrían constituir delitos, como, por ejemplo, acelerar o declarar la muerte de personas que pudieran haberse salvado, para utilizar sus órganos.

Resulta pertinente subrayar en esta materia, por desgracia, que los medios masivos de comunicación, en lo general, no cumplen con su obligación de brindar información veraz y objetiva, ya que más bien suelen difundir información incompleta y/o incorrecta, que genera perspectivas sociales equivocadas, cuyas consecuencias hacen, en el caso de la donación, que la gente no acepte realizarla con facilidad.

Otro aspecto a destacar es que la disposición de órganos humanos, ya sea por donación entre vivos o cadavérica, debe operar en un marco legal estricto de respeto a la dignidad, a la autonomía y a los derechos de las personas.

Pero volvamos al consentimiento tácito en la donación cadavérica que introdujo la ley. Se refiere al hecho de que se presume la voluntad para la donación de los órganos de toda persona fallecida que en vida no se haya manifestado en contra de dicha donación. Esto fue muy criticado por distintos componentes sociales, algunos de ellos vinculados con creencias religiosas, razón por la cual la ley estableció la salvaguarda de un orden de prelación, que sería: la esposa, concubinos, hijos, ascendientes, descendientes, etc., para recabar el consentimiento y obtener los órganos. Con ello se garantiza no sólo el trato digno al cadáver de un ser humano sino el respeto a la dignidad y a las creencias de quienes quedan como sus deudos.

Considero que fue importante que esto se incluyera en la ley, porque no es lo mismo sólo cotejar si el fallecido alguna vez se opuso a donar sus órganos, que pedir el consentimiento a sus deudos.

Así, en México la ley prevé que se pida el consentimiento o la autorización a los deudos y no que ellos transmitan si había

voluntad del fallecido de donar o no sus órganos. Y con esta salvaguardia se tutelan derechos, como la libertad de creencias, que, en el ámbito de la autonomía y de la dignidad, el Derecho y la sociedad deben respetarle a todas las personas.

Otras salvaguardias que se establecieron en la ley fueron:

1. Que la donación de órganos siempre se dé a título gratuito o altruista. Cabe decir que esta garantía se ha puesto a discusión, ya que para algunos debe ser revisada cuidadosamente porque, a pesar de que en principio elimina una serie de riesgos de utilización y cosificación de la persona, así como de atentados a su dignidad, crea la posibilidad de que se manejen a espaldas de la ley los ofrecimientos económicos, lo que podría aplicarse tanto a la donación entre vivos o a la cadavérica.
2. Además, respecto a las donaciones entre vivos:
 - a) Que éstas sólo se pueden plantear cuando hay una relación de parentesco entre el receptor y el donante. Medida que puede ser discutible desde algunas perspectivas y aceptable desde otras, pero que tiene la finalidad de evitar que la donación de órganos pueda convertirse de manera fácil en un comercio extralegal.
 - b) Que se prohíbe la donación en menores de 18 años;
 - c) Que ningún consentimiento de un menor de edad o de un incapaz tiene valor.
 - d) Que en ningún caso la donación pueda implicar un riesgo no aceptable para la salud del donador.

Repito, todas estas salvaguardias tratan de garantizar el respeto a la dignidad de las personas.

Evidentemente existen aspectos que aún no contempla la ley pero que tendrán que incorporársele más adelante. Por ejemplo, no hay nada relacionado con los internos en reclusorios, con los presos, quienes muy probablemente no podrán donar sus órganos, a pesar de tener una relación familiar con el receptor, por la condición especial en que se encuentran. Es verdad, se trata de detalles que hay que pulir en la ley pero, como la reforma a la que me he referido tiene más o menos un año de haberse realizado, irán surgiendo otras salvaguardias con-

forme el sistema vaya operando a fin de proteger las condiciones de salud de las personas con un método terapéutico que hoy día es posible.

No obstante, debemos empezar a considerar otro tipo de metodologías y/o de técnicas que en un futuro próximo van a complementar a las que ya existen, las cuales en su momento tendrán que ser parte del derecho a la protección de la salud del que hemos venido hablando. Por ejemplo, la obtención de órganos de animales con o por medio de modificaciones genéticas. Yo recuerdo que hace más o menos un año el doctor Castellanos, quien es una de las personas que más sabe en México sobre el tema que nos ocupa, afirmaba que no era el momento de hablar de este tipo de órganos. Esto quizá lo decía porque estábamos en el contexto de la posibilidad de aprobación o no de las reformas a la *Ley General de Salud* e iba a causar controversia. Sin embargo, considero que es un tema sobre el cual deberemos de exigir que se haga la investigación necesaria para que, en el corto plazo, haya la posibilidad de que órganos no humanos, mediante tratamiento genético, puedan satisfacer la demanda de órganos que siempre es mayor que la oferta de los mismos. Tenemos el derecho de exigirle al Estado que desarrolle esas líneas de investigación y que impulse otras, como la clonación de tejidos u órganos para complementar las terapias que nos puedan servir para proteger la salud en este contexto.

Para concluir, creo necesario insistir que para la donación y trasplante de órganos debemos tomar en cuenta la heterogeneidad cultural y el respeto a las creencias de las personas. Es verdad, muchos quizá consideran que deberían utilizarse los órganos necesarios de los cadáveres antes de que dejen de ser viables; sin embargo, otros pensarán que los cadáveres no deben ser tocados, ya que cualquier alteración en ellos resultaría una agresión a la dignidad y a las creencias de sus deudos. Y aunque esto último es algo que el Estado debe respetar, tampoco puede constituirse en un freno para que éste deje de desarrollar e impulsar la realización de trasplantes de acuerdo a las necesidades que la atención de la salud plantee.

Un caso límite lo tenemos en los Testigos de Jehová, que no permiten los trasplantes de órganos ni las transfusiones sanguí-

neas en sus tratamientos médicos. Por ello, han desarrollado toda una tecnología sobre cirugías sin sangre que presentarán en el Congreso que están por realizar aquí, en México. Todo lo cual debemos respetar porque también éstos son contenidos de Derechos Humanos que no podemos dejar de ver.

Además, quiero decirles que la existencia del Registro Nacional de Trasplantes, el cual lleva el control del destino de los órganos que se pueden trasplantar, garantiza que el desarrollo e implemento de este servicio se dé mediante un proceso de equidad y de democracia para la población en general, independientemente de los recursos económicos de cada uno de los mexicanos que la conforman.

Por último, considero especialmente relevante afirmar que si hay algo que reclamarle al Estado y a las autoridades de salud es la falta de información respecto de estos temas. Razón por la cual la sociedad desconoce, entre otros, los criterios con los cuales se lleva a cabo la distribución de los órganos donados y la salvaguardia del anonimato en la donación de los mismos.

Debemos tener presente que una sociedad bien informada puede tomar mejores decisiones y que el derecho a la información es un derecho fundamental que cada vez está teniendo más peso en el mundo entero.

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRASPLANTES EN MÉXICO*

Luis Ángel Terán Ortiz**

Desconocemos cuándo se iniciaron los primeros intentos de realizar trasplantes, pero existen leyendas y milagros que nos dan cuenta de ello. Por ejemplo, el milagro de San Cosme y San Damián, dos hermanos gemelos médicos que por el año 260 después de Cristo realizaron el trasplante milagroso de una pierna en lo que ahora se conoce como Turquía. Este milagro ha llegado a nuestra época gracias a que fue un tema pictórico muy socorrido. Actualmente existe una basílica en Roma dedicada a estos médicos mártires.

De lo que sí tenemos evidencia escrita es de los trasplantes de piel realizados en Francia a fines del siglo XIX. Claro, este tipo de trasplante es muy sencillo, pues con solo poner pequeños fragmentos de piel sobre una úlcera, un problema bastante frecuente en esa época, el tejido se nutría con sólo la difusión del exudado, al poco tiempo se formaban capilares y el injerto se incorporaba.

En cambio, es bastante más complicado trasplantar un órgano como el riñón, el corazón o el hígado porque es necesario conectar las arterias y venas correspondientes. Esto, que ahora nos parece sencillo, se inventó gracias tanto al trabajo inicial de Mathieu Jaboulay como de Alexis Carrel, quien lo culminó en Francia a principios del siglo XX. Cabe decir que este último recibió uno de los primeros Premios Nobel de Medicina y que la mayor parte de estos galardones los han recibido médicos relacionados con la actividad de trasplantes.

* Ponencia impartida el 5 de julio de 2001.

** Director General del Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud.

Ahora bien, durante la década de los cuarenta en el siglo pasado, es decir, en plena Segunda Guerra Mundial, preocupados por la gran cantidad de quemaduras que sufrían algunos pilotos, los ingleses le pidieron a Peter Medawar, quien era un biólogo brasileño de origen libanés que había destacado mucho como investigador en la Universidad de Cambridge, que tratara de encontrar alguna curación para estas personas. Obviamente, lo primero que pensó fue hacer el trasplante de piel, sólo que como eran grandes extensiones difícilmente se podía tomar la piel del mismo individuo y cuando otra persona la donaba, sobrevenía la destrucción del injerto, fenómeno que se denominó *rechazo*.

Medawar, con un modelo experimental en ratones, descubrió que el rechazo era de naturaleza inmunológica al darse cuenta de las diferencias que existían entre las personas eran detectadas por el aparato inmune. Recordemos que éste es el principal mecanismo de defensa que tienen los organismos y que su papel consiste en detectar lo ajeno y destruirlo; de ahí que diera al traste con los intentos de trasplante. Este descubrimiento fue de gran importancia, pues determinó lo que se debía modificar. Por cierto, gracias a esto obtuvo también el Premio Nobel.

Entonces, el problema inmunológico es fundamental para el trasplante. Pero, ¿cómo se podía resolver este contratiempo para hacer posible el trasplante? Se plantearon dos caminos: uno fue el identificar las diferencias que provocaban el rechazo, es decir, los ahora denominados *antígenos de histocompatibilidad*, y el otro fue descubrir medicamentos que *frenaran* al aparato inmunocompetente para que, por un lado, evitaran el rechazo de injerto y por el otro, le permitieran llevar a cabo su trabajo de defensa ante las infecciones cotidianas.

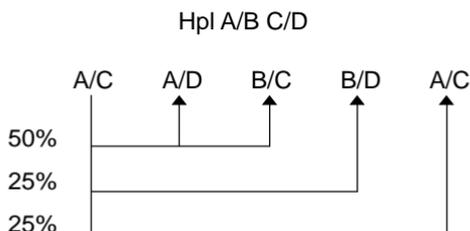
Los antígenos de histocompatibilidad fueron descubiertos, en el ratón, por Peter Gorer y en el humano, por Jean Dausset, otro Premio Nobel. En el humano consisten de seis sistemas, semejantes a los grupos sanguíneos pero con muchas más variantes cada uno, denominadas *alelos*. Las combinaciones de estos alelos son del orden de varios millones, lo que hace que cada combinación sea casi una *huella digital*, razón por la cual, si nos tipificáramos los aquí presentes, ninguno nos pareceríamos. Entonces, ¿dónde buscar un individuo parecido a otro? La respuesta es: entre parientes directos.

Para ver las posibilidades de parecido en los antígenos de histocompatibilidad que hay entre familiares directos, utilizaré una familia hipotética y le asignaré una letra a cada juego de antígenos de histocompatibilidad. Como cada uno de nosotros tiene dos juegos de antígenos, unos que heredamos del padre y otro de la madre: al papá de dicha familia lo podemos representar con las letras A y B; a la mamá, con las letras C y D, y a cada uno de los cuatro hijos, con las combinaciones AC, AD, BC y BD, respectivamente. En consecuencia, si tuvieran un quinto hijo, se tendría que repetir alguna de estas combinaciones; supongamos entonces que este último fuera AC, que además estuviera enfermo y requiriera de un trasplante. ¿Qué posibilidades de parecido tendría con su familia? Al compararlo con el primer hermano, notaremos que han heredado exactamente la misma combinación; pero si lo comparamos con el cuarto hermano, notaremos que han heredado los contrarios, es decir, que son totalmente diferentes, y si lo comparamos con los dos de en medio, notaremos que comparte una de las dos letras con cada uno de ellos. Por lo tanto, las probabilidades de parecido son de: un 25% de parecido absoluto; un 25% de diferencia completa, y un 50% de parecido parcial, igual que el que existe entre padres e hijos. Cabe decir que con un parecido al 50% se obtendrían buenos resultados (véase esquema 1).

ESQUEMA 1 Herencia HLA

Cromosoma 6 paterno: A1, B7, C1, DR1, DQ5
 Cromosoma 6 paterno: A28, B8, C3, DR2, DQ6
 Cromosoma 6 materno: A2, B13, C2, DR15, DQ7
 Cromosoma 6 materno: A23, B14, C4, DR8, DQ5

Haplotipo A
 Haplotipo B
 Haplotipo C
 Haplotipo D



¿Qué riesgos sufre un donador vivo de riñón? En 1963 Murray, Merrill y Harrison, en la ciudad de Boston, tuvieron que obtener por primera vez la autorización para extirparle un riñón a un individuo sano a fin de trasplantarlo. Para ello, se revisó la sobrevivencia de personas que habían perdido un riñón por diversas causas, como traumatismos, tumores, etc., y se vio que no existía una disminución significativa en la expectativa de sobrevivencia. Ahora, después de cuarenta años, existen miles de sujetos que han donado. Es más, en un estudio de seguimiento de 20 años, se ha visto que las consecuencias de la donación son prácticamente nulas, aunque algunos desarrollaron insuficiencia renal, pero esto fue independiente de su donación.

Otra preocupación que tienen los posibles donantes masculinos es si se verá comprometida su potencia sexual. Resulta curiosa esta preocupación, muy común por cierto, pues el riñón no tienen nada que ver con las funciones eréctiles.

¿Cuántos pacientes han recibido trasplantes de sus parientes? Cuando mucho entre el 05 y el 07%, debido a: incompatibilidades de grupo sanguíneo entre receptor y donador; sensibilización del receptor generada frecuentemente por alguna transfusión, la que se traduce en una prueba cruzada positiva; que el posible donador estuviera también enfermo o que no accediera a donar, hay que recordar que la decisión de donar debe ser totalmente libre y voluntaria, y finalmente, que no hubiera parientes, situación que cada vez se ve con mas frecuencia, ya que el número de integrantes familiares es cada vez menor.

El requerimiento de este parecido en los antígenos de histocompatibilidad se hacía porque los medicamentos inmunosupresores no eran muy eficaces; entonces, el esquema consistía en esteroides y azatioprina, así empezó la historia del trasplante, el cual fue propuesto por el doctor Roy Calne, otro premio Nobel. Afortunadamente, por los años setenta del siglo pasado, apareció un nuevo medicamento denominado Ciclosporina A, el cual ha sido un parte aguas en esta actividad ya que permitió buenas sobrevivencias de los trasplantes aún ante malas compatibilidades.

Dicho de otra manera, ya no era necesario recurrir a los familiares buscando el parecido antigénico, lo que abrió la puerta al donador no emparentado y en este caso, al sujeto en pro-

ceso de muerte, es decir, al donador cadavérico. Y esto último ha permitido: tomar los órganos sin mayor perjuicio por parte del donador; diversificar los órganos a trasplantar, incluyéndose ahora los que no se pueden tomar de un ser vivo, o sea: el corazón, los pulmones, el hígado, etc., y resolver el problema de los sujetos que no tenían donador.

Por supuesto que la apertura referida implica una imprescindible participación de la sociedad. En varias ocasiones lo he comentado: la Secretaría de Salud proporciona el personal capacitado, la infraestructura hospitalaria, los medicamentos, la normatividad correspondiente, etc.; pero los órganos los tiene que dar la sociedad. No hay alternativa. Por eso es imperioso que se informe a ésta para que se comprometa a crear una *cultura de la donación*. Ahora bien, para crear esta cultura es importante hacer un programa perfectamente diseñado y dirigido a nuestra población, considerando sus tradiciones, sus temores, sus aspiraciones, etc. En otras palabras, no podemos utilizar programas de otros países sino que debemos crear los nuestros, fundamentados en estudios, encuestas, etc., que hagamos para hacerlo a nuestra medida.

Actualmente, para evaluar un programa de trasplante se considera no sólo el número total de las operaciones sino el origen de los órganos que se trasplantan: cuántos vienen de donador vivo y cuántos de donador cadavérico. En las siguientes gráficas podemos apreciar como estamos en este terreno (véase gráfica 1).

Los dos países con las más alta tasas de trasplantes por millón de habitantes son: España y los Estados Unidos de América; sin embargo, la donación cadavérica es superior en España. Respecto a Latinoamérica, destaca México en cuanto al número total; pero si consideramos nuestra enorme población, de alrededor de 100 millones, la tasa baja, y si además observamos la proporción de donación cadavérica, nos rebasan: Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Puerto Rico. Es conveniente señalar que Colombia tiene un programa de donación de córneas muy antiguo y exitoso, inclusive la donación tácita para las córneas es del tipo duro; en cambio, es del tipo suave para los órganos como riñón, corazón, hígado, etc. Éste es un ejemplo único en el mundo.

GRÁFICA 1
Tipo de donador en trasplante renal

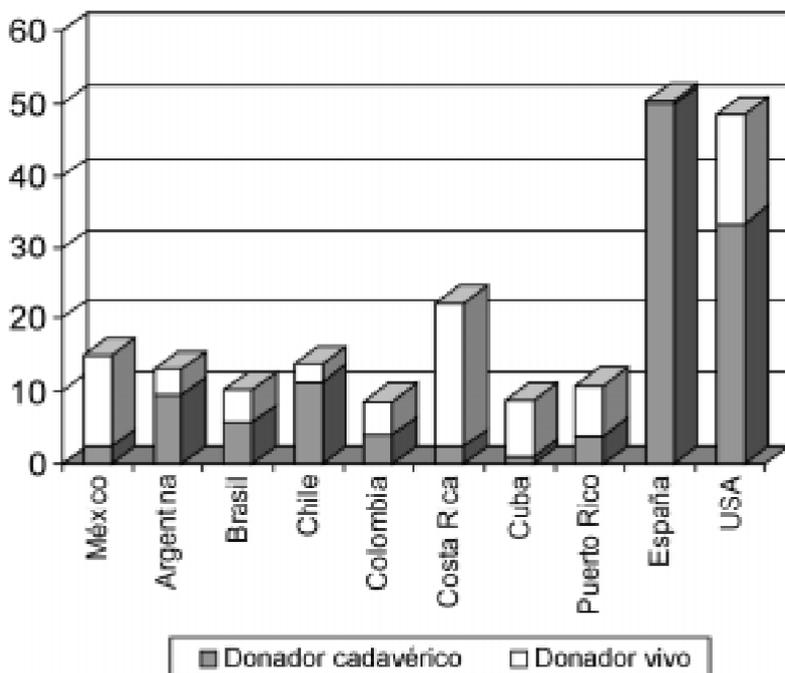


TABLA 1
Necesidades

	<i>España prop.</i>	<i>EUA prop.</i>	<i>México Tx 2000</i>
Corazón	855	873	15
Páncreas	70	457	0
Hígado	2,247	2,160	29
Pulmón	302	316	0
Riñón	4,987	4,833	1,481
Córnea	6,115	1,327	1,997
M. Osea	5,570		138

Ahora bien, ¿de qué magnitud son las necesidades de trasplante en nuestro país? Es difícil contestar a esta pregunta porque desafortunadamente no tenemos datos acerca de los enfermos que los requieren; sin embargo, voy a tratar de responder por medio de dos extrapolaciones. En primer lugar, la mortalidad anual por padecimiento aparece en la tabla 1.

Al respecto, podríamos pensar que las cifras de muertos coincidieron con la de potenciales receptores; sin embargo, esto no fue así, pues no todas las enfermedades ni los enfermos eran trasplantables. La otra extrapolación se ha hecho de la siguiente manera: como conocemos las tasas/millón/órgano en España y en Estados Unidos de América, donde casi son del 100%, las hemos aplicado a nuestra población total de aproximadamente 100 millones, generando así las cifras que aparecen al respecto en la tabla 1, donde vemos que en muchos casos son bastante coincidentes, excepto en cuanto a páncreas, que es el trasplante que menos se realiza aquí debido a sus pobres resultados, y a córneas, que dependen fundamentalmente de las políticas de cada país.

Precisamente, en virtud de la pobre actividad en trasplantes comparada con las grandes necesidades de éstos en nuestro país, cuando el doctor Javier Castellanos Coutiño fungía como Subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y un servidor, como Coordinador General de Trasplante del ISSSTE, empezamos un movimiento al respecto debido a que: la Secretaría de Salud tenía como única estructura dedicada a la actividad en comento al Registro Nacional de Trasplante, consistente en una Dirección de Área enclavada dentro de la Dirección de Regulación de Servicios de Salud; la Ley General de Salud no se había actualizado en varios años; se carecía de un programa cuyo objetivo fuera el fomentar una cultura de la donación en la población en general, pues sólo existían algunos esfuerzos aislados y mal planeados; la difusión de temas de trasplante en los medios era inexistente, con excepción de las noticias amarillistas sobre tráfico de órganos, lo cual no dejaban de crear confusión y desconfianza en la gente, y la infraestructura hospitalaria estaba inactiva y desarticulada.

Producto de nuestro esfuerzo fue la creación del Consejo Nacional de Trasplante (CONATRA) como una comisión inter-

secretarial, constituida por todas las instancias que de alguna manera tienen que ver con la actividad de los trasplantes: IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, la Procuraduría General de la República, las universidades, las academias, los hospitales privados, etc. Su función consiste en organizar y proponer políticas y un programa maestro sobre los trasplantes. Además, cuenta con: un patronato; los comités de trasplante de cada órgano o tejido; un comité académico que se dedica a planificar e instrumentar la capacitación de personal, principalmente de los coordinadores, la investigación y la difusión, y los consejos estatales de trasplantes.

Una de las primeras acciones del CONATRA fue promover la actualización de la Ley General de Salud, la cual se publicó el 26 de mayo del 2000, y aunque su Reglamento está ya muy adelantado, hasta que éste quede terminado se elaborará la Norma respectiva. Dicha Ley pretende facilitar la donación en muerte cerebral: disminuyendo burocracia, estableciendo el estatus del mexicano como donador tácito y actualizando los recursos para el diagnóstico de la muerte cerebral.

Hoy, para tranquilidad de todos, la muerte cerebral se puede determinar con gran seguridad sin peligro a equivocaciones. A fin de responder a una inquietud que se formula frecuentemente, cabe aclarar que la muerte cerebral y el coma son dos cosas totalmente diferentes, pues en el coma la persona está viva a pesar de que se encuentre muy mal, lo cual es fácil de comprobar por medio de la tecnología actual. Por ello, los médicos deben avisar de todo caso que caiga en muerte cerebral porque de no hacerlo necesitaríamos tener ojos por todos lados y una gran infraestructura que no poseemos.

En relación con la situación del mexicano como donador hubo dos posibilidades que se discutieron antes de modificarse la ley, provocando una gran polémica entre diversas personalidades, y que se transmitieron en los diferentes medios de comunicación masiva. Como veremos más tarde, esto fue muy importante para que la gente se enterara de diferentes facetas del trasplante y asumiera una posición al respecto.

Es verdad, anteriormente el donador en México tenía que manifestar su anuencia para poderle tomar un órgano o tejido, ya en vida o cuando muriese. Pero ahora se propuso una fórmula

inventada en Bélgica hace varios años, denominada *Donación Presunta* o *Tácita*, la cual consiste en que todo mexicano nace siendo donador mientras no manifieste lo contrario. Y aunque la gente tiene todo su derecho para negarse, esta fórmula es incluyente de principio. Cabe decir que en todos los países en donde se ha implantado ha habido un incremento en la donación. No obstante, se le han tenido que comunicar a la gente los motivos y necesidades de la misma a fin de evitar que se pudiera sentir agredida. En otras palabras, resulta importante concienciar a la población del drama que viven muchos mexicanos de todas las edades, de que éstos dependen de la generosidad de la población y de que la apatía de ésta hacia los problemas de aquéllos también es criminal.

De la donación presunta existen dos variedades: la *suave*, utilizada en España y en México, que consiste en dar la oportunidad a la familia de que nos comunique la postura del muerto, aunque no exista documento alguno al respecto, y la *dura*, en la cual no se recurre a los familiares, pues, si no hay negociación documentada, simplemente se toman los órganos o tejidos útiles. En esta última la gente no se ve sometida al estrés de tener que tomar decisiones, los médicos simplemente les avisan a los familiares que en dos o tres horas le entregaran el cadáver de su familiar, y ellos lo aceptan con mucha naturalidad.

No se puede ni se debe implantar leyes en contra de la opinión de la población a la que se le aplicarán; el avance tiene que ser paulatino, respetuoso, de otra forma terminaría en un choque que a la postre nos llevaría a un retroceso en nuestros propósitos. Por ello, es muy importante inducir la reflexión hacia: las necesidades de trasplante, los pacientes que lo necesitan y la responsabilidad que como sociedad tenemos al respecto. Es más, hacer la difusión de estos temas es sumamente importante, aunque también costosa, por los dividendos que rinde. De hecho, nosotros palpamos su impacto por medio de dos indicadores: el número de solicitudes de tarjeta de *donador en vida*, que prácticamente se quintuplicó, y el aumento de comunicaciones telefónicas al Registro Nacional de Trasplantes por parte de familiares de personas fallecidas para avisarnos el lugar en el que éstas se encontraban y el hecho de que habían manifestado su deseo de donar sus córneas, lo cual nunca había ocurrido.

Desafortunadamente nos mostramos sumamente apáticos ante problemas que no nos afectan. En relación con esto, les platicaré la experiencia que tuvimos haciendo una encuesta en dos centros hospitalarios del ISSSTE. En cada uno de ellos nos colocamos en la Sala de Espera de las terapias intensivas, donde la gente, por lo general, está esperando las noticias de la evolución de un allegado que posiblemente esté grave. Nosotros, además de pedirle el permiso para platicar, primero explorábamos qué tanto sabía de los trasplantes. Nos dimos cuenta que prácticamente el 99% de las personas sabían en qué consistían, para qué servía, qué órganos o tejidos se podrían trasplantar, y no pocas conocían algún vecino, compañero de trabajo o familiar que necesitaba un trasplante o estaba trasplantado.

Acto seguido les preguntábamos a quién estaban atendiendo en la terapia, había padres, hijos, hermanos, cónyuges, e inmediatamente les cuestionábamos si donarían lo órganos en el caso de que falleciera esta persona; la contestación casi automática era un rotundo *no*. Preguntábamos los motivos y argumentaban causas religiosas, de tráfico de órganos o simplemente un porque no.

Después cambiábamos la pregunta: si esta persona solamente pudiera sobrevivir mediante un trasplante, ¿qué harían? Todas contestaban que pedirían el órgano al Banco de Órganos. Les comentábamos que si los demás contestaban como ellas lo habían hecho al principio, el Banco estaría vacío, que es como de hecho está. Entonces, les preguntábamos: ¿cómo tratarían de convencer a la gente para que donara órganos? Y nos dieron un argumento que no se nos había ocurrido: A la gente, después de haber perdido un ser querido, le hace mucha ilusión que algo de éste, sus córneas, su corazón o lo que sea, continúe vivo, aunque sea en otra persona.

Para despedirnos, les volvíamos a preguntar: ¿donarían los órganos? Ahora ya no respondieron con el *no* automático, prácticamente todos nos replicaron que lo pensarían.

La ley alienta el establecimiento en nuestro país de la figura del Coordinador Hospitalario de Trasplantes, que es una de las piezas clave en el éxito del programa español, pues la interacción con la familia de un fallecido, potencialmente donante, es algo muy complicado. Quizá sea fácil imaginar que la muer-

te siempre nos toma por sorpresa; no obstante, la gente no sale del golpe de la noticia cuando nosotros ya le estamos pidiendo la anuencia para tomar los órganos porque, como éstos se deterioran rápidamente, no contamos con el tiempo para que la gente digiera los hechos. Y este pedimento requiere de mucho tacto, delicadeza, conocimientos y entrenamiento, todo lo cual es imposible lograr improvisando.

En España se dieron cuenta de esto y decidieron profesionalizar al sujeto que debía hacer tal petición. Por eso el Coordinador Hospitalario de Trasplantes es un sujeto preparado para: aclarar cualquier duda que tenga el familiar; mostrar los documentos necesarios, los cuales tiene al alcance de la mano; prestar toda la ayuda que requieran los familiares; diagnosticar la etapa del proceso de duelo en la que éstos se encuentren, gracias a su conocimiento del mismo, para poder actuar con mayor eficiencia.

Cuando en la muerte del potencial donador existe alguna averiguación previa, es decir, alguna complicación de tipo legal, el cadáver automáticamente cae bajo la responsabilidad del Ministerio Público, así es que, además de la anuencia familiar, deberemos buscar y conseguir la anuencia de la autoridad. Este punto ha sido motivo de numerosas quejas, ya que el Ministerio Público ha imposibilitado gran cantidad de donaciones aún después de haberse conseguido la autorización de los familiares respectivos. En la gran mayoría de los casos, esto está relacionado con el temor de los agentes a involucrarse en algo riesgoso para su trabajo, dada la falta de información que éstos tienen en este tipo de actividad y el indebido manejo periódico sobre el trasplante,

¿Cómo revertir esto? Con tres acciones:

1. Aprovechando las modificaciones de la Ley General de Salud, se pretende actualizar el Convenio de Cooperación entre el Ministerio Público y la Secretaría de Salud para tratar de simplificar estas acciones y evitar darle molestias a los deudos, ya que hasta la fecha tienen que acudir en persona a declarar.
2. Creando una identificación especial para los coordinadores de Trasplante ante este tipo de autoridades,

3. Dando cursos de capacitación a los agentes tanto acerca del programa de trasplantes como de la normatividad que regula esta actividad.

Cuando un individuo cae en muerte cerebral, diagnosticada clínicamente, es necesario, de acuerdo con la ley, corroborar el diagnóstico mediante diferentes recursos, el más común de los cuales es la electroencefalografía. De hecho, la ley exige obtener dos encefalogramas isoeléctricos, es decir, sin actividad cerebral, con cuando menos cinco horas de intervalo, pues es necesario descartar cualquier causa farmacológica que pudiera inducir situaciones semejantes al fallecimiento. El diagnóstico lo tiene que realizar un neurólogo, neurocirujano o intensivista y para evitar sesgos en el diagnóstico, tiene que ser ajeno al equipo de trasplantes. Posteriormente se levanta un *Acta de pérdida de vida* y sólo hasta este momento el Coordinador de Trasplantes puede solicitar la anuencia ante la familia y llevar a cabo su trabajo.

Hay que recordar que el paciente con muerte cerebral efectivamente está muerto, por lo que empieza su proceso de descomposición y, aunque con la asistencia tecnológica éste es muy lento, se cuenta cuando mucho con dos o tres días, después de los cuales sería muy riesgoso para los receptores ser trasplantado con uno de estos órganos. Esto determina la prisa con la que debe de actuar el equipo médico y de la cual tienen que estar conscientes las autoridades para su adecuada colaboración con aquél.

El tiempo que proporciona la muerte cerebral es sumamente valioso y sirve para: realizar diversos análisis con el fin de descartar alguna enfermedad infecciosa o cancerosa que pudiéramos transmitir al receptor; valorar los órganos que se pretenden emplear, y establecer la histocompatibilidad entre dichos órganos y los potenciales receptores para determinar la designación de aquéllos, tomando en cuenta la lista de pacientes en espera de trasplante. Pues, el objetivo es lograr que, cuando se esté llevando a cabo la extirpación de los órganos, éstos no sólo ya estén completamente designados sino que hasta sus receptores se encuentren internados y preparados para la operación.

Es verdad, lo que buscamos es lograr la confianza de la sociedad para que se incremente el número de trasplantes, pero sin que esto sea un desorden o se preste a abusos. Pues, como en nuestro país la demanda de órganos supera con mucho a la oferta, es posible que se den malos manejos o que haya privilegios por cuestiones económicas, religiosas, políticas, étnicas o de cualquier otro tipo diferente a los criterios médicos y de justicia.

Para evitarlo, hemos implementado un sistema informático, al igual que en los países desarrollados, donde tenemos la lista de las personas en espera de órgano de cada una de las instituciones del país. La distribución de los órganos o tejidos que se vayan obteniendo deberán distribuirse con equidad y transparencia, siguiendo el orden cronológico en el que los pacientes se anotaron en la lista, así como otros criterios, a saber: el grupo sanguíneo ABO; la talla en el caso del corazón; el tamaño del tórax en el caso de los pulmones; la prueba cruzada; la distancia geográfica entre el donador y el receptor; etcétera.

Resulta pertinente mencionar que está prohibido trasplantar con un donador cadavérico a sujetos que no se hayan inscrito en la lista de espera; el hacerlo es un delito grave. Además, de acuerdo con la ley, todos los sitios donde se realicen trasplantes deben contar con: la licencia respetiva, un responsable sanitario, un comité y un coordinador.

Aunque no hemos encontrado irregularidades graves en la práctica de los trasplantes, por petición de la sociedad, las sanciones a los ilícitos que en dicha práctica se pudieran dar se endurecieron: en lo económico, van de cuatro mil a 10 mil salarios mínimos, y en lo corporal, de cuatro a diez años de prisión, sin la posibilidad de salir bajo fianza. Dichas sanciones no sólo prevén el castigo a los médicos sino a todos los que se pudieran involucrar, incluyendo al receptor.

Por otro lado, la actividad de los trasplantes está sumamente dispareja en nuestro país: mientras que en el sur es casi nula, del centro hacia el norte de la República mejora notablemente. Esto es también una preocupación permanente porque resulta sumamente complejo y caro estar movilizando pacientes para su atención. Por eso se está diseñando la forma en la cual se incorporarán los estados que no realizan esta actividad,

debido a que debemos dotarlos de la infraestructura necesaria. En general, para riñón puede ser hospitales de segundo nivel en adelante, pero para órganos como el corazón, el hígado y el pulmón la infraestructura es más compleja. Ahora bien, para la búsqueda de donadores cadavéricos se requiere de electroencefalógrafos, ambulancias, etc. Los coordinadores capacitados y los médicos y paramédicos especializados, así como la constante actualización de los mismos, se hará mediante acuerdos interinstitucionales y búsqueda de financiamiento, el cual puede salir del ahorro que permite el trasplante en comparación con los tratamientos alternativos.

Frecuentemente nos han preguntado que cuánto podría incrementarse la actividad de los trasplantes con la infraestructura actual si hubiera un aumento importante en la donación. Desafortunadamente, los sitios donde se realizan trasplantes, cuyo número es en la actualidad de alrededor de 170, están subutilizados, por lo cual, sin implementar nada nuevo, podríamos incrementar los trasplantes dos o tres veces.

Cabe decir que como resultado de la modificación en la Ley General de Salud se ha implementado un registro por internet de listas de pacientes en espera de trasplante, donde los números que se están colectando se parecen a las cifras mencionadas con anterioridad, por eso ya no manejamos las de 1999 que resultaban bastante catastróficas.

Quisiera aclarar que en el caso del donador vivo existían el relacionado o emparentado y el no relacionado, no porque éste último estuviera permitido sino porque no estaba prohibido. Recordemos que el donador vivo se daba por la necesidad del parecido en los antígenos de histocompatibilidad, pero con el progreso en los medicamentos inmunosupresores se dio lugar a esta extensión del tipo de donadores vivos, es decir, a la de los no relacionados. Aunque no dudamos que en ocasiones estos donadores eran motivados por el afán de ayudar a una persona afín a ellos, teníamos las denuncias de que en muchos de estos casos se trataba de verdaderas transacciones económicas, pues, las condiciones eran propicias, ya que, por un lado, había una gran demanda de riñones y por el otro, una gran cantidad de desempleados. De hecho, no es raro ver en los anuncios de ocasión de los periódicos o en Internet diversas ofertas de riñones.

Otra contribución de la modificación a la Ley General de Salud fue la creación del Centro Nacional de Trasplante (CENATRA), que es una Dirección General de la Secretaría de Salud con mayor jerarquía administrativa y recursos, tanto de infraestructura como de presupuesto, acordes con la importancia que tiene el trasplante. El Registro Nacional de Trasplantes quedó incluido en esta Dirección.

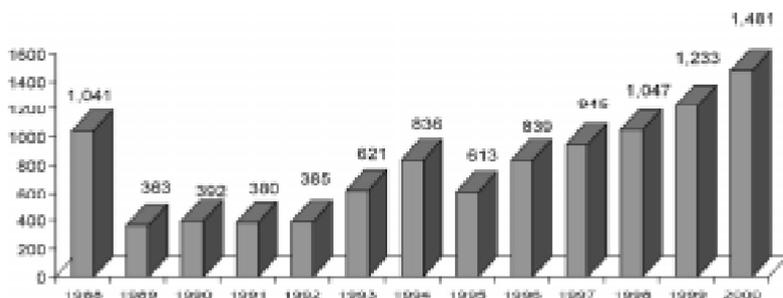
Las funciones del CENATRA son: la vigilancia del control sanitario; la expedición de autorizaciones para los centros donde se practiquen los trasplantes, los médicos especialistas, los responsables y los coordinadores); la supervisión de los centros y de las acciones, como la donación, la distribución y el trasplante; la realización de verificaciones; la imposición de sanciones; la integración y mantenimiento de toda la información estadística, y el fomentar y promover la cultura de la donación.

Para concluir, quiero mencionar que, según las estadísticas de trasplantes existentes, podemos apreciar cómo esta actividad es sensible a los traspies económicos:

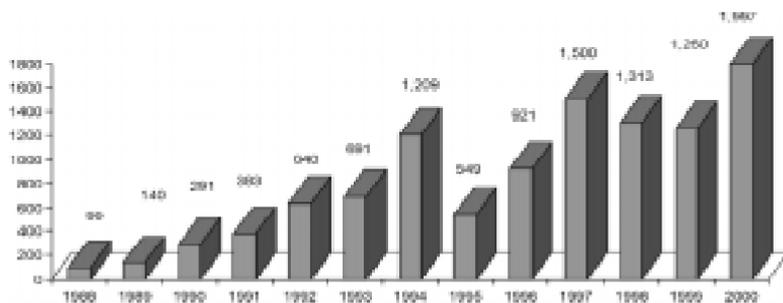
1. Los trasplantes de riñón que, junto con los de córnea, es uno de los más abundantes en México y en todo el mundo, disminuyeron en número durante 1994 y tardó algunos años en recuperarse (véase gráfica 2a).
2. El incremento de los trasplantes de córnea realizados en el 2000 fue todo un récord, a pesar del grado de dificultad y el costo (véase gráfica 2b).
3. También fue espectacular el aumento de trasplantes hepáticos, consiguiéndose en 1997, 1998 y 1999 la duplicación sucesiva. Esto resultó importante porque desgraciadamente también hubo una tendencia a que los pacientes que requerían este tipo de trasplantes creció debido a la hepatitis C (véase gráfica 2c).

Los demás trasplantes tienen también repuntes, pero no tan espectaculares como los anteriores.

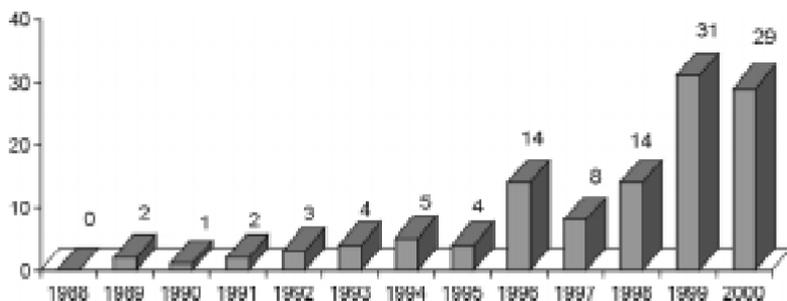
GRÁFICA 2a
Estadísticas de trasplante de riñón



GRÁFICA 2b
Estadísticas de trasplante de córnea



GRÁFICA 2c
Estadísticas de trasplante de hígado



Transición democrática y protección a los Derechos Humanos. Fascículo 7: Derechos Humanos y servicios médicos, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en marzo de 2004 en los talleres de OFFSET UNIVERSAL, S. A., Calle 2, núm. 113, col. Granjas San Antonio, C. P. 09070, México, D. F. El tiraje consta de 3,000 ejemplares.

