

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**



**EL DECRETO NÚMERO 74-2008 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Y EL CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE SALUD**

BRENDA LETICIA LIMA BARRIOS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

EL DECRETO NÚMERO 74-2008 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Y EL CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE SALUD

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

BRENDA LETICIA LIMA BARRIOS

Previo a conferirsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Guatemala, septiembre de 2013



**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. Avidán Ortiz Orellana
VOCAL I: Lic. Mario Ismael Aguilar Elizardi
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV: Br. Víctor Andrés Marroquín Mijangos
VOCAL V: Br. Rocael López González
SECRETARIA: Licda. Rosario Gil Pérez

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis”. (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).



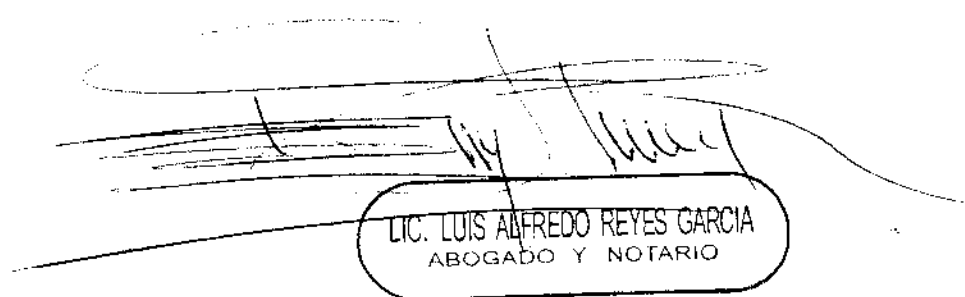
Guatemala, 16 de julio de 2012.

Lic. Carlos Manuel Castro Monroy
Jefe de la Unidad Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala

En cumplimiento de la resolución de fecha 18 de julio de 2011, procedí a asesorar a la estudiante **Brenda Leticia Lima Barrios**, en su trabajo de tesis intitulado: **"EL DECRETO NÚMERO 74-2008 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y EL CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE SALUD"**.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, me permito opinar sobre los siguientes aspectos:

- a) **Contenido científico y técnico de la tesis:** La sustentante abarcó tópicos de importancia en materia constitucional y de derechos humanos, enfocada a partir de la protección de la salud como mandato constitucional y derecho fundamental del ser humano. La investigación es realizada con trabajo de campo, informando al lector sobre los efectos que el tabaco produce en la salud, la importancia de la ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco, sus bases constitucionales y legales, así como la autoridad responsable de su cumplimiento.
- b) **Metodología y técnicas de investigación utilizadas:** En la investigación, la estudiante utilizó los métodos deductivo e inductivo, analítico y sintético, así como la técnica de la observación científica, como elemento fundamental de todo proceso investigativo para obtener la mayor cantidad de datos, obteniendo con ello un objetivo claro, definido y preciso.
- c) **La redacción:** En mi opinión, el trabajo de investigación contiene una acertada redacción, ya que la estructura formal de la tesis se realizó en una secuencia lógica, con temas que llevan al lector paso a paso, al desarrollo del tema central para el buen entendimiento del mismo.


LIC. LUIS ALFREDO REYES GARCÍA
ABOGADO Y NOTARIO



- d) **Contribución científica del tema:** El aporte científico de la investigación radica en que se demuestra la importancia que la ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco ha tenido sobre la salud, especialmente como una acción de prevención de enfermedades producidas por el consumo activo o pasivo de tabaco, así como la obligación del Estado de crear otras leyes, que logren primordialmente la protección de la salud como derecho fundamental, a fin de procurar a los habitantes del país, el más completo bienestar físico, mental y social.
- e) **Conclusiones y recomendaciones:** Tanto las conclusiones como las recomendaciones resultan ser congruentes y atinadas con la investigación realizada, ya que obedecen a una realidad social y jurídica, toda vez que para reducir y eliminar las muertes y enfermedades producidas por el consumo de tabaco, es necesario crear normas que tiendan a desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y todo lo pertinente a la salud de los guatemaltecos, tal es el caso del Decreto número 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala.
- f) **Bibliografía utilizada:** En mi opinión, el trabajo contiene bibliografía actualizada, tanto de autores como de tratadistas reconocidos, por lo que tanto la doctrina como las legislación utilizada en la investigación, resulta ser rica y abundante.

Por las razones indicadas anteriormente y atendiendo a lo regulado en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, **APRUEBO** la presente tesis y en consecuencia **EMITO DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de que el tema sea discutido en el respectivo examen público.

Sin otro particular, me suscribo de usted deferentemente,


Lic. Luis Alfredo Enrique Reyes García.
Abogado y Notario

Colegiado número 6,769

LIC. LUIS ALFREDO REYES GARCIA
ABOGADO Y NOTARIO



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

Edificio 5-7 Ciudad Universitaria
Guatemala, Guatemala

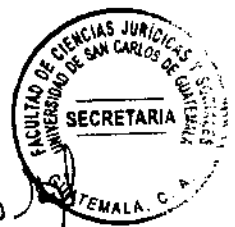


DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES Guatemala, 24 de julio de 2013.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis de la estudiante BRENDA LETICIA LIMA BARRIOS, titulado EL DECRETO NÚMERO 74-2008 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y EL CUMPLIMIENTO DEL MANDATO DE SALUD, Artículos, 31 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

CMCM/slh.

Lic. Avidán Ortiz Orellana
DECANO





DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme la vida y la sabiduría para alcanzar lo que he logrado. Luz divina que ilumino mi entendimiento. Ser supremo que guía mi camino y que nunca me abandona en la adversidad.

A MIS PADRES:

Agradecimientos eternos por sus múltiples esfuerzos y sacrificios, a quienes debo muy especialmente este triunfo, ya que gracias a ellos, logre alcanzar mis metas, y llegar a ser una profesional.

A MI HIJA:

Por ser el ángel que ha iluminado mi vida.

A MIS HERMANOS:

Por su ayuda incondicional. A quienes dedico con mucho cariño este triunfo. Gracias por su amor y comprensión.

A MIS SOBRINOS:

Por el cariño y la felicidad que me han brindado.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

En especial a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, formadora de grandes profesionales útiles a la patria.

A usted:

Por su presencia.



ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. La salud.....	1
1.1. Concepto doctrinario.....	1
1.2. Concepto legal.....	7
1.3. La Organización Mundial de la Salud.....	7
1.4. La Constitución Política de la República en materia de salud	9

CAPÍTULO II

2. El tabaquismo.....	11
2.1. Concepto.....	12
2.2. Consumidores de tabaco.....	14
2.3. El fumador pasivo.....	21
2.4. Efectos nocivos para la salud.....	26
2.5. Consecuencias.....	27
2.6. El tabaquismo en Guatemala.....	40

CAPÍTULO III

3. Bases constitucionales y legales del Decreto 74-2008.....	53
3.1. Constitución Política de la República de Guatemala.....	53
3.2. Análisis de los Artículos 93, 94 y 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala.....	54
3.3. Análisis de los Artículos 1, 2 y 4 del Código de Salud.....	64
3.4. Declaración Universal de Derechos Humanos.....	66
3.5. Convención Americana sobre Derechos Humanos.....	67



CAPÍTULO IV

	Pág.
4. La autoridad central.....	69
4.1 Consideraciones generales del Decreto 74-2008.....	69
4.2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	71
4.3. Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente.....	75
4.4. Estructura orgánica.....	78

CAPÍTULO V

5. La protección de la salud como base fundamental del Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala.....	83
5.1. El goce de la salud como derecho fundamental del ser humano.....	84
5.2. La salud y su relación con el derecho a la vida desde su concepción.....	90
5.3. La salud como bien público.....	97
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES.....	111
BIBLIOGRAFÍA.....	113



INTRODUCCIÓN

Nuestra Carta Magna establece que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, y la consagra como un bien público, por el que todas las personas individuales o jurídicas e instituciones del Estado, están obligadas a velar para su conservación y restablecimiento, a fin de procurar a los habitantes del país, el más completo bienestar físico, mental y social.

La justificación de la presente investigación radica en señalar que el Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala pretende garantizar la vida y la salud de todos los guatemaltecos, a través de la prevención de una serie de enfermedades que el consumo activo o pasivo del tabaco provoca.

En el presente trabajo, se comprobó la hipótesis de que el Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, contiene normas y mecanismos idóneos, para la protección de la salud, y que a través de dicha ley, el Estado de Guatemala cumple con los mandatos constitucionales de protección de la vida y la salud.

Los objetivos de esta tesis fueron: Realizar un estudio del tabaquismo y de los efectos que causa en la salud; demostrar que el Decreto 74-2008 contiene normas encaminadas a establecer ambientes libres de humo de tabaco; realizar un breve análisis de la Ley; dichos objetivos se cumplieron.

Dentro de los supuestos de la investigación se encontraban: La Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, está influenciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos y la Constitución Política de la República y el Código de Salud.

La investigación abarca cinco capítulos: el primero define la salud, tanto en su concepto doctrinario como legal; el segundo, desarrolla el tabaquismo, partiendo desde su



concepto, hasta sus efectos y consecuencias en la salud de los consumidores activos o pasivos; el tercer capítulo se refiere a las bases constitucionales y legales del Decreto 74-2008 del Congreso de la República, haciendo un análisis de los principales artículos en materia de salud; el capítulo cuatro abarca a la autoridad central responsable de cumplir la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco; el último capítulo, se refiere a la protección de la salud como base fundamental de dicha ley.

Se utilizaron los métodos inductivo, partiendo de las bases constitucionales hasta llegar a los aspectos específicos del Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala; el deductivo, que conoce los elementos que conforman el Decreto 74-2008, determinando la medida en que lo influencia positivamente la Constitución Política, el Código de Salud y normas internacionales en materia de derechos humanos; el dialéctico, el cual enfoca la realidad objetiva del consumo del tabaco y sus consecuencias; y los métodos sintético y analítico, que permitieron obtener resultados ordenados para la realización de las conclusiones; en cuanto a las técnicas empleadas fueron la bibliográfica y el trabajo de campo.

El goce de la salud es sin duda la base fundamental del Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, y uno de los pasos más importantes en la promoción, prevención y protección de la salud de las personas.

Sin embargo, dicho esfuerzo no debe quedarse allí, es necesario crear las herramientas legales que tiendan a lograr la erradicación total del consumo de tabaco en Guatemala, siempre pensando primero en el bien común y no únicamente en el particular.



CAPÍTULO I

1. La salud

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades.

1.1. Concepto doctrinario

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social”.¹

¹ <http://www.who.int/es/> (24 de noviembre de 2011).

Es decir, el concepto de salud no solo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio, pero al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos y asistenciales que se unen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales.

Para autores como Barro (1996), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.



Los desarrollos teóricos sobre crecimiento económico, han introducido al capital humano como una pieza clave, incluyendo a la salud como un insumo de capital para la producción económica de un país, ya que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión en estos servicios y proporcionarán un rendimiento continuo en el futuro. Por tal motivo consideran que el consumo de productos intermedios en salud, es una inversión en capital humano, cuyo principal fin es el desarrollo económico de los individuos y del conjunto social.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones, mientras enfermedad se refiere a la alteración más o menos grave de la salud.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. La persona con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiologista, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad.

Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. El estado de salud se define negativamente como ausencia de una entidad morbosa, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado.

También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la Organización Mundial de la Salud, conocida por sus siglas OMS, recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".²

² <http://www.who.int/es/> (24 de noviembre de 2011).

Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos normativa de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es la menor la que considera que equipara la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista.

Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición dada por la Organización Mundial de la Salud no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud.

Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado (incluso aunque no sea personalmente), por la tiranía, la injusticia, la desigualdad o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano.

Algunas voces críticas, como Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora dicha definición y han propuesto la eliminación de la palabra "completo" de la misma.

En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría un enunciado del tipo: La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que la define como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Un examen de las distintas concepciones prevalentes de la salud no debería dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el X Congreso de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana: La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa.

La palabra "autónoma" se puede entender como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término "solidaria", mientras "gozosa" recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.



1.2. Concepto legal

El Código de Salud de la República de Guatemala, en su Artículo 2, define la salud como “un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social”.

1.3. La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud, también conocida ampliamente por sus siglas OMS, es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo



Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948.

Los 197 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados miembros de la OMS. En el 2009 la institución fue galardonada con el premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional.

Los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud designan sus delegaciones a la Asamblea Mundial de la Salud, la cual se reúne generalmente en mayo de cada año, y tiene la capacidad de definir las políticas financieras de la organización, y revisa y aprueba el presupuesto por programas.

La asamblea elige a 34 miembros, técnicos en el campo de la salud, para un mandato de tres años, que forman el Consejo Ejecutivo. Las funciones principales del Consejo Ejecutivo son las de hacer efectivas las decisiones y las políticas de la asamblea, aconsejarla y facilitar su trabajo.

La Organización Mundial de la Salud tiene 193 Estados miembros, incluyendo todos los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), excepto Liechtenstein y 2 territorios no miembros de la ONU: Niue y las Islas Cook, los cuales funcionan bajo el estatuto de asociados, lo que significa que tienen acceso a la información completa pero con participación y derecho a voto limitados, actualmente, si



son aprobados por mayoría de la asamblea Puerto Rico y Tokelau se convertirán en miembros asociados.

Algunas entidades pueden también tener estatuto de observador, como lo es el Vaticano. Taiwán se propone como miembro observador, contando con la oposición de China que lo considera como parte de su territorio.

El trabajo cotidiano de la Organización Mundial de la Salud es realizado por la secretaría, que está formada por personal de entre sanitarios y otros expertos y personal de ayuda, trabajando en las jefaturas, en las seis oficinas regionales y en los países.

1.4. La Constitución Política de la República de Guatemala en materia de salud

Con relación al derecho fundamental de la salud, la Constitución Política de la República le ordena al Estado de Guatemala, que se organice para proteger a la persona y a la familia, dicha protección indudablemente abarca la salud de todos los guatemaltecos, ya que entre los deberes del Estado se encuentra el de garantizarle a los habitantes de la república, la vida, la integridad física y el desarrollo integral de la persona entre otros derechos inherentes a la persona humana, no está demás mencionar que la vida humana debe protegerse desde su concepción, lo anterior de conformidad con los Artículos 1, 2 y 3 de nuestra Carta Magna.



La misma Constitución Política de la República de Guatemala en su parte dogmática establece en su Artículo 93 el derecho a la salud, indicando que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Asimismo, nuestra ley fundamental en su Artículo 94 regula que el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, y le ordena desarrollar, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y todo lo pertinente a fin de procurar a los habitantes del país, el más completo bienestar físico, mental y social.

Además, en el Artículo 95 de nuestra Constitución, se define a la salud como un bien público, por el que todas las personas individuales o jurídicas e instituciones del Estado, están obligadas a velar para su conservación y restablecimiento.

Aunado a ello, el Estado de Guatemala está obligado constitucionalmente a controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes y velar por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.



CAPÍTULO II

2. El tabaquismo

Para comprender la problemática del tabaquismo es indispensable saber que no es un hábito como la sociedad lo considera, es una adicción que conlleva consecuencias mortales no solo para el fumador o fumadora, sino para la población que los rodea.

El tabaco es un artículo innecesario para la vida, que cuando se utiliza como la industria tabacalera lo recomienda, mata al 50 por ciento de los consumidores, también se le considera un sistema altamente efectivo de entrega de nicotina, una droga muy venenosa y adictiva, que contiene al menos otras 3 mil 999 sustancias altamente tóxicas para el organismo humano, además es un producto promovido por una industria muy poderosa, sin moral y ética, cuyo único interés es el lucro.

“El tabaquismo es causa directa e indirecta de 5 millones de muertes al año en el mundo, aproximadamente 1 millón ocurren en América latina y de continuar esa tendencia, para el 2020 habrá más de 10 millones de muertes al año por enfermedades relacionadas con ese tipo de consumo en el continente, 7 de cada 10 ocurrirán en los países más pobres”, según expone el Doctor Miguel Ángel Garcés del Consejo Nacional para la Prevención y Control de Tabaco en Guatemala.³

³ http://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/04-01mortalidad.htm (12 enero de 2012)

2.1 Concepto

“El tabaquismo es la adicción al tabaco y es provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor”.⁴

Es catalogada por la Asociación Americana de Psiquiatría como “una enfermedad crónica sistemática, perteneciente al grupo de las adicciones, la principal causa mundial de enfermedad y mortandad evitable, con posibilidades de tratamiento”.⁵

La nicotina es una de los estimulantes del sistema nervioso, sus efectos llegan con mucha rapidez al cerebro, usualmente en siete segundos. En cantidades pequeñas produce sensaciones placenteras en el sistema nervioso central y hace que la persona se sienta en alerta, en mayores cantidades, hace que el consumidor se sienta relajado, lo que incrementa los deseos de fumar.

La nicotina es un poderoso veneno utilizado en la elaboración de múltiples pesticidas e insecticidas, al cual los bichos aún no han desarrollado resistencia. Es el elemento que causa la adicción en las fumadoras y fumadores y ataca principalmente el sistema cardiovascular.

⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>

⁵ **Diccionario Médico**, <http://www.viatusalud.com/diccionario.asp> (26 de junio de 2007).

Dicho componente provoca intoxicación aguda o crónica. Las intoxicaciones agudas se presentan en su mayoría la primera vez que una persona fuma un cigarrillo, como resultado tose inmediatamente, asimismo, los padres suelen provocar intoxicaciones crónicas a sus hijos cuando fuman cerca, en este caso las y los infantes se desmayan repentinamente.

El alquitrán, otro de los productos introducidos en los cigarrillos, es un compuesto cancerígeno que se impregna en los pulmones y otros tejidos de los fumadores activos y de los fumadores pasivos, dificultando la eliminación de las flemas, provoca otras enfermedades respiratorias graves.

La adicción al tabaco se sustenta en una triple dependencia. La primera es la física o fármaco-dependencia, que a su vez converge en tres condiciones:

- ✓ El producto psicoactivo, que provoca cambios en el humor o en la conducta.
- ✓ El comportamiento “búsqueda de droga”, una actitud de auto administración.
- ✓ El estímulo exterior, que son aquellas como los olores, los sabores, una llamada telefónica, la ira, el hambre o el miedo, que insta a la psique del consumidor a satisfacer la necesidad de fumar.

La segunda es la dependencia psicológica, en la que interviene la nicotina como sustancia psicoactiva, que produce al fumador o fumadora sensaciones de placer, relajación o vigilia, además de servir como analgésico y anorexígeno porque suprime o el apetito; esto significa que encender un cigarrillo representa un refuerzo positivo al

fumador ya que asocia el cigarro a ciertas sensaciones placenteras; la acumulación de esos refuerzos termina generando dependencia psíquica.

Es curioso observar los síntomas que representa a los fumadores con solo el hecho de imaginar que dejaran de fumar, las sensaciones de quien fuma un último cigarrillo van desde la intolerancia hasta el miedo y esos son los principales factores que demuestran la existencia de la dependencia psicológica, que incluso los llevan a cometer actos aberrantes, como salir de madrugada en búsqueda de un cigarro.

Por consiguiente, está la dependencia social, que se sustenta en la difusión masiva del consumo de productos de tabaco, utilizando estrategias de publicidad y mercadeo, fundamentadas en razones económicas que mueven intereses millonarios para empresas productoras y para los Estados que perciben recursos, también millonarios, en apoyo a múltiples actividades y por concepto de impuestos.

El tabaco es una planta solanácea originaria de América, cuyas hojas ya eran consumidas por la población nativa antes de la llegada de los españoles, pero no fue hasta comienzos del siglo XX cuando la producción industrial de cigarrillos provocó aumento del consumo y lo convirtió en una amenaza contra la salud pública.

2.2. Consumidores de tabaco

Después de los 20 años es difícil que una persona comience a fumar, es por eso que la industria tabacalera enfoca su publicidad hacia la población joven, para lograr sostener

sus ganancias millonarias, en Guatemala la tendencia de consumo del tabaco en los jóvenes es ascendente.

Existen cuatro etapas en la vida de un ser humano, en las cuales se determinan si será un posible consumidor de tabaco o no, estas fases estarán en gran medida influenciadas por la familia y las amistades, la personalidad jugará un papel importante para rechazar dicha práctica.

Desde el nacimiento hasta la pubertad se da la llamada preparación al consumo del tabaco, en la cual influyen fundamentalmente el tabaquismo por parte de los padres, los hermanos mayores y los maestros, sus opiniones sobre dicho hábito y publicidad, son factores que determinan un clima favorable en torno al consumo y la creación de futuras actitudes en la juventud frente al mismo.

En la fase de iniciación, las primeras amistades, en especial los amigos íntimos, la publicidad y el fácil acceso al tabaco, juegan un papel importante, ya que se da entre los 7 y 14 años, etapa en la que el joven manifiesta un mayor deseo de aceptación social y una natural curiosidad por experimentar las prácticas de los adultos.

En la fase de habituación, que se da a partir de los 12 y hasta los 18 años, es donde se refuerzan los supuestos beneficios de la práctica de fumar dadas las experiencias físicas, psicológicas y sociales positivas que se asocian a dicho hábito.



En esta etapa se consolidan creencias como: fumar calma los nervios, ayuda a trabajar, ayuda a no engordar, y entre amigos fumar crea un ambiente agradable. Esos poderosos mitos se adquieren al aprender los modelos de los adultos, por la transmisión de información entre amigos y por las propias experiencias.

La fase de mantenimiento, que se presenta de los 18 años en adelante, es el periodo en el que los jóvenes tienen mayor libertad de fumar, ya que el hábito se legaliza, es decir puede acceder a la compra de cigarrillos sin que sea perseguido por sus padres o el Estado, además, se consolida la dependencia a la nicotina.

Tanto los adolescentes, las mujeres y los adultos fumadores, sufrirán las mismas consecuencias y están expuestos a padecer las mismas enfermedades; los ambientes ventilados o con aire acondicionado no ayudan a eliminar las toxinas que afectan el organismo de los fumadores y de los fumadores pasivos, todos inhalan el mismo aire, por lo consiguiente son vulnerables a sus efectos negativos.

En el mundo la mayoría de la población inicia a fumar desde los 18 años, no existe una causa única, pero generalmente se combinan factores sociales, entre los que se mencionan los amigos, la influencia de los padres y la publicidad, y factores personales, como la baja autoestima, el estrés, la depresión y otras conductas de riesgo.

Otros estudios más recientes, señalan que “un 13% de los niños de 11 años son ya fumadores regulares y un 25% de los niños de 13 son también fumadores. Es interesante observar que hasta un 55% de estos fumadores de 11 a 13 años ha intentado dejar de fumar alguna vez. Sin embargo, aunque la proporción de fumadores

ha descendido la frecuencia media de cigarrillos ha aumentado en los últimos años, observándose que en 1986 la media de consumo era de 4.6 cigarrillos por día, mientras que en 1990 era ya de 7.4 cigarrillos por día”.⁶

En un reciente estudio, la Asociación Española contra el cáncer encontró que hasta un 26.2% de los jóvenes de 14 a 18 años fuma ya todos los días.

La publicidad juega un papel poderoso en los jóvenes, ya que la propaganda de cigarros muestra usualmente a gente joven, divirtiéndose al aire libre y pasando un buen momento. Los mensajes “vive tu vida”, “se libre”, y “se diferente”, hacen sentir identificados a la adolescencia y la juventud.

El tabaco cumple múltiples funciones en razón de la situación en la que se encuentra el fumador a lo largo del día. Se han determinado hasta 6 razones distintas para fumar, cada fumador participa de todas ellas en diferente medida:

- ✓ Por el placer asociado a las situaciones de rutina diaria: después de comer, tregua en el trabajo, etcétera.
- ✓ Por la reducción de los síntomas desagradables del síndrome de abstinencia.
- ✓ El efecto tranquilizante que tiene el fumar en situaciones de estrés, ansiedad o preocupación.
- ✓ La distracción que supone fumar cuando se está aburrido.

⁶ Poitevin R. y Guzmán G. **Encuesta sobre tabaco y alcohol, Guatemala**, DGSS. Depto. de Estadística 1982, Pág. 46 y 62.



- ✓ Las situaciones sociales como fiestas, reuniones, etcétera, son también poderosas inductoras del consumo de tabaco.
- ✓ El cigarrillo se utiliza además como premio para darse un gusto cuando el fumador cree que se lo merece.

Desde el punto de vista del comportamiento, el fumar es una conducta regulada por sus consecuencias inmediatas. Su elevada capacidad de repetición es el resultado del premio inherente a la conducta. Esto hace que cada cigarrillo sea reforzante y el continuo refuerzo a lo largo de meses o años, con la repetición de la conducta a lo largo de miles de veces y en variadas situaciones hace que su generalización sea acusada, convirtiéndose en un hábito bien asentado y duradero.

Los estudios que demuestran que fumar es mortal para las personas son relativamente jóvenes, los más antiguos se ubican en los años 50 del siglo pasado, cuando se descubrió que la adicción al tabaco provoca cáncer de pulmón, sin embargo, a medida que la ciencia y la tecnología avanzan se ha logrado determinar también que causa otros padecimientos mortales, no solo para los fumadores, sino también para los no fumadores o fumadores pasivos, como niños, niñas, adultos mayores y trabajadores.

La sociedad civil con el apoyo de la comunidad internacional, especialmente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región de las Américas, han visibilizado la temática e instado a los Estados a velar por la salud de la población, especialmente de los más jóvenes, a quienes la industria ve como un potencial grupo consumidor y al mismo tiempo



vulnerable ante las contradicciones que viven para en esa etapa de la vida, las cuales se pueden olvidar con tan solo fumar un cigarrillo, según los empresarios.

Las mujeres sufren complicaciones específicas en sus sistemas reproductivos, afecta gravemente en la vida de sus hijos e hijas, quienes están propensos a contraer enfermedades mortales al respirar el humo de segunda mano.

Se estima que un consumidor de tabaco pierde 9 minutos de su vida en cada cigarro que se fuma, el consumidor de tabaco activo o pasivo vive un promedio de 13 años menos en relación con una persona no consumidora de tabaco asegura la Organización Panamericana de la Salud. Uno de cada tres adultos es fumador, el 80 por ciento de ellos inició el hábito antes de los 18 años y cada 8 segundos muere un hombre o mujer a causa del tabaco.

Por otro lado, se ha demostrado mucho más eficaz para la toma de decisiones el que el fumador se centre en los aspectos positivos que conseguirá dejando de fumar y minimice sus sensaciones negativas de abstinencia mediante técnicas de relajación, técnicas distractoras o incluso farmacológicas. Buscar la motivación necesaria en el miedo solo paraliza y en el mejor de los casos, tiene un efecto muy breve en el mantenimiento de la abstinencia tabáquica.

Entre 1990 y 1992 se realizaron una serie de encuestas en empresas del ámbito nacional, los datos señalan que un 52.28% de las mujeres fumadoras encuestadas y el 56.28% de los varones fumadores han intentado dejar de fumar alguna vez.



El 47.79% de los no fumadores son ex fumadores y los motivos que los llevaron a la decisión de dejar de fumar son múltiples:

- ✓ La mejora de la salud propia y de los que le rodean.
- ✓ Prevención de determinadas enfermedades tales como el cáncer.
- ✓ Gastar el dinero en cosas útiles, sanas y divertidas.
- ✓ Dar un buen ejemplo a sus hijos.
- ✓ Liberarse de la dependencia, física y psicológica producida por el tabaco.
- ✓ Mejorar el estado físico general y el aspecto exterior.
- ✓ Conseguir un objetivo tantas veces formulado.

Los jóvenes que dejan de fumar regularmente señalan que sus principales razones fueron:

- ✓ Porque les cuesta mucho dinero.
- ✓ Porque les dé mal aliento.
- ✓ Porque es perjudicial para su salud.
- ✓ Porque disminuye su capacidad en el deporte.
- ✓ Porque alguien cercano a él no quiere que fume.
- ✓ Porque se lo han prohibido.

Toda persona que deja de fumar de forma exitosa genera de forma más o menos espontánea nuevas alternativas al tabaco que colmen las necesidades satisfechas antes por los cigarrillos (la relajación, el entretenimiento, la rutina, etcétera), lleva a cabo un control sistemático de los deseos de fumar que le surgen en momentos determinados y se siente orgulloso y satisfecho de ser un no fumador.

Entonces, como señalábamos antes, todo fumador, joven o adulto, debe plantearse el dejar de fumar como un proceso de toma de decisiones en el que deben darse los siguientes pasos fundamentales:

- ✓ Plantearse los beneficios que se conseguirán al dejar de fumar.
- ✓ Librarse de la acción de la nicotina.
- ✓ Cambiar numerosos hábitos de vida y/o romper su asociación con el tabaco.
- ✓ Generar una nueva autoimagen de no fumador.

2.3. El fumador pasivo

“Son aquellas personas que no fuman, pero que están en contacto constante con los fumadores e inhalan el humo del cigarro, quienes también pueden contraer problemas en las vías respiratorias y cualquier otra enfermedad que afecte al fumador activo”.⁶

El humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano, es la combinación del humo que se origina del cigarrillo encendido como por el humo exhalado por el fumador.

Cuando el aire se contamina por el humo del tabaco ajeno, especialmente en los espacios cerrados, todos lo respiran y tanto fumadores como no fumadores están expuestos a sus efectos perjudiciales.

Dado que es inhalado por personas que están fumando activamente, también se le refiere comúnmente como tabaquismo involuntario o pasivo, acción muy peligrosa para la salud, provocando enfermedades cardiacas, respiratorias y cáncer, entre otras, tanto a fumadores como no fumadores.

⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo#Fumadores_pasivos (19 de diciembre de 2011)

El humo de un cigarro emana dos veces más alquitrán y nicotina que lo inhalado por el fumador activo, por eso el monóxido de carbono en la sangre de los no fumadores se eleva al compartir una habitación con los fumadores activos.

Ni la ventilación ni la filtración, solas o combinadas, pueden reducir exposiciones al humo de tabaco en ambientes cerrados a niveles que se consideren respetables. Ni siquiera pueden eliminar el olor, mucho menos podrán desaparecer los elementos que afectan la salud, solo los ambientes 100 por ciento libres de humo de tabaco confieren una protección eficaz.

Los efectos inmediatos del humo del cigarro en los no fumadores son irritación en los ojos, tos, dolor de garganta, de cabeza, náusea y mareos, los efectos a largo plazo pueden conllevar a enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, apoplejía, asma y cáncer de mama entre otros.

Las mujeres embarazadas expuestas al humo secundario durante el primer año de gestación, tienen mayores probabilidades que sus niños o niñas nazcan con bajo peso, sufrir asma, bronquitis, neumonía, bronquiolitis, otros problemas respiratorios y muerte súbita, en comparación con las mujeres no expuestas. También los predispone a problemas circulatorios, alteraciones en la conducta y enfermedades olfativas. Aumenta su susceptibilidad al desarrollo del cáncer en la edad adulta.

El humo del tabaco en el ambiente no representa una simple molestia para los que no fuman, constituye un riesgo para la salud de la población en general. La exposición a



ese componente causa al menos 200 mil muertes por año, el 14 por ciento ocurren por haberse expuesto al humo del cigarro en lugares de trabajo.

El Estado de Guatemala no debe dar cabida a los fumadores y a los no fumadores en espacios públicos y privados, ya que esas metodologías no protegen la salud de la población. Además, inducir a acuerdos voluntarios entre ambas partes para convivir en una misma habitación, no evita que las personas contraigan las enfermedades ya citadas, incluso la muerte. Al dejar la solución de esa problemática en manos de los afectados, las autoridades están evadiendo su compromiso de adoptar medidas nacionales de protección a la salud.

En el mundo existen 1.1 billones de fumadores y no fumadores, el resto de habitantes, que constituye 5.2 billones, necesitan urgentemente que sus gobiernos implementen medidas que contrarresten los efectos negativos del tabaquismo, que velen por su salud, pero sobre todo que prevengan y disminuyan el número de personas con esa adicción.

Hasta hace relativamente poco tiempo se pensaba que el tabaco solo era nocivo para quien lo fumaba. Pero en 1974, el informe del comité de expertos sobre tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya concedía atención al fumador pasivo.

En 1981 se publicó un trabajo hecho en la República de Japón, en mujeres de más de 39 años, estudiadas durante 14 años, que demostraba que las mujeres no fumadoras

cuyos maridos fumaban tenían doble probabilidad de morir por causa de cáncer de pulmón, que aquellas casadas con hombres que no fumaban.

El concepto de fumador pasivo se aplica a aquellas personas que, si bien no fuman voluntariamente, tienen que aspirar el humo del tabaco por tener que permanecer durante un tiempo en contacto con fumadores activos. Dentro de este término queda englobada toda persona que conviva con fumadores activos, ya sea en el centro escolar, en el trabajo, en el hogar, reuniones sociales o cualquier lugar público.

Asimismo, cuando una mujer embarazada fuma, su futuro hijo es también un fumador involuntario porque los componentes del humo del tabaco atraviesan la barrera placentaria. Los no fumadores inhalan el humo del tabaco del ambiente, que es la combinación del flujo lateral del humo liberado por la porción final del cigarrillo y el flujo principal, que es exhalado por los fumadores activos.

Ambas corrientes se diluyen en el aire, por lo que las concentraciones inhaladas por el fumador involuntario son menores. Sin embargo es importante señalar que el flujo lateral contiene concentraciones más altas de sustancias tóxicas y cancerígenas que el flujo principal porque el humo de esta corriente no está filtrado, a diferencia del que inhala directamente el fumador.

Los riesgos para la salud en el fumador pasivo dentro del ámbito laboral, cuando se tiene que respirar un aire contaminado por el humo del tabaco, hay un riesgo mayor de irritación ocular, de nariz y garganta. El riesgo de contraer una enfermedad en el

fumador involuntario es 35 veces mayor que si esta persona no conviviera con fumadores activos.

El tabaquismo en la mujer embarazada constituye un grave problema debido a las consecuencias que el hábito de fumar puede acarrear en los órganos maternos que intervienen en el embarazo y parto, haciendo mención especial a las consecuencias que puede tener para el niño, tanto durante el periodo de vida intrauterina como después del nacimiento.

Lo anterior es debido a que la nicotina traspasa con facilidad la barrera placentaria, objetivándose lesiones en los vasos capilares fetales. Las patologías más frecuentes que pueden aparecer tanto en la mujer embarazada como en su hijo son las siguientes:

- ✓ Aumento de toxemias gravídicas y cuadros eclámpticos y de pre eclampsia.
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa e infartos placentarios son tres cuadros de presumible etiología tabáquica.
- ✓ Un parto de mayor duración, más doloroso y con un periodo de expulsión dificultado, también se observa que aparecen con mayor frecuencia en la mujer embarazada.
- ✓ Abortos espontáneos y mortalidad post parto.
- ✓ Recién nacidos con bajo peso al nacer (alrededor de 200 a 300 gramos menos).
- ✓ Disminución de la longitud corporal y de la circunferencia craneal en el recién nacido y un retraso del crecimiento hasta la edad de 11 años.
- ✓ Infecciones respiratorias y disminución del crecimiento del pulmón a lo largo de la niñez.



2.4. Efectos nocivos para la salud

Recientes encuestas señalan que los fumadores saben que el tabaco es nocivo para la salud, un 89.29% de los mismos creen que el fumar es perjudicial, pero solo un 64.75% quisiera dejarlo.

Estos datos señalan el hecho de que, aunque un gran porcentaje de fumadores es consciente del riesgo, este no constituye en muchos casos, una razón suficiente para abandonar el hábito.

El fumador es, en primer lugar, muchas veces ignorante de los efectos reales del tabaco en su organismo, es decir no conoce hasta qué punto este puede ser perjudicial y hasta letal, en su caso particular, y en segundo lugar, si ha sido informado sobre la nocividad real del tabaco, genera una especie de coraza mental que niega o minimiza el valor de la información médica y atiende selectivamente a aquellos aspectos de la realidad cotidiana que apoyarían su hábito.

Es común escuchar decir a un fumador: yo conozco a mucha gente mayor que ha fumado toda la vida y no ha estado nunca enferma, o bien: hay gente que no ha fumado nunca y está enferma, de algo hay que morir, algún vicio hay que tener y este no es el peor de todos, etcétera.

Estas excepciones a la regla o afirmaciones no niegan la evidencia científica ni epidemiológica, sin embargo, para el fumador sí. Este procedimiento selectivo de la

información reduce la tensión producida por las advertencias sanitarias y permite al fumador justificar su comportamiento ante sí mismo y los demás.

Algunas personas dejan de fumar cuando se encuentran de forma traumática frente a los efectos negativos del tabaco, tal como la enfermedad de un familiar o la suya propia o incluso algún testimonio. Sin embargo, para muchos fumadores este momento llega demasiado tarde, cuando el daño es ya irreparable, y para otros la enfermedad que les aqueja nunca llega a constituir una razón suficientemente poderosa para dejar de fumar.

2.5. Consecuencias

El consumo de tabaco ya sea en calidad de fumador activo o pasivo, puede traer consigo alguna de las siguientes consecuencias:

2.5.1. Enfermedades respiratorias

El aire que respiramos tiene en suspensión numerosas partículas que, aunque sean inertes, por el solo hecho de ser cuerpos extraños van a irritar el epitelio bronquial.

El humo procedente de la pirolisis tabáquica altera las células epiteliales antes mencionadas y, como consecuencia de una agresión continua, puede determinar a largo plazo la aparición de enfermedades como bronquitis, enfisema, asma, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y/o cáncer de pulmón.



2.5.2. Bronquitis crónica

“Las partículas irritantes alteran la función del epitelio pulmonar los cilios empiezan a moverse perezosamente, después se paralizan y serán destruidos; la producción de moco aumenta y las células basales inician un proceso de actividad celular con constantes multiplicaciones y emigraciones a otras partes de la mucosa epitelial.

Si la irritación continúa, la cantidad de moco acumulado será muy elevada y estará dificultada su eliminación porque al no existir los cilios no podrán arrastrarlo hacia afuera y será necesario el esfuerzo de un golpe de aire para expulsarlo violentamente. Así se inicia la tos del fumador.

Pero como toda la mucosidad no es eliminada, gran parte de ella queda retenida alterando cada vez más la luz de los bronquios y provocando un constante incremento de esa tos, apareciendo la característica triada bronquial crónica presente sobre todo en fumadores de un número elevado de cigarrillos: tos, expectoración mucopurulenta y agudizaciones bronquiales variables de carácter estacional. La patología bronquial puede llegar a ser con el tiempo una enfermedad invalidante, ya que el más mínimo esfuerzo puede originar una intensa fatiga y asfixia que obliguen al paciente a guardar reposo casi absoluto, afectando de forma importante su calidad de vida”.⁷

⁷ **Organización Mundial de la Salud.** El hábito de fumar y las enfermedades. Crónicas, 1985, 29 (434-441).



2.5.3. Enfisema pulmonar

“Los alveolos bronquiales también sufren las consecuencias de esta incapacidad pulmonar para limpiar sus conductos. Se les va a exigir un mayor esfuerzo para que sus delgadas paredes puedan renovar el aire que contienen, intercambiando el monóxido de carbono por el oxígeno. Este esfuerzo, que se va haciendo cada vez más intenso, dilata el alveolo extendiendo y engrosando sus paredes, cubriéndolas posteriormente de cicatrices y causando finalmente pérdida de elasticidad y destrucción alveolar.

Cuando estas circunstancias se repiten en un número elevado de alveolos, el enfisema pulmonar, enfermedad grave, aparece. Son enfermos que tienen el tórax dilatado, cilíndrico como un tonel, el movimiento de la respiración lo han perdido porque están en constante inspiración y el mínimo aire que les llega a los pulmones lo consiguen con pequeños movimientos del diafragma. Al igual que los enfermos bronquíticos, son personas incapaces de desarrollar cualquier tipo de actividad y acaban por no poder dar un paso debido a la dificultad respiratoria que les amenaza constantemente”.⁸

2.5.4. Asma

“El asma aparece como consecuencia de un estrechamiento difuso y reversible de las vías respiratorias. Este ocasionado por múltiples factores que se traducirán en un aumento de la resistencia al paso de aire, originando un mayor esfuerzo respiratorio en la persona que lo padece. El tabaquismo agudiza las crisis de asma y alarga su

⁸ Organización Mundial de la Salud. El hábito de fumar y las enfermedades. Crónicas. 1985, 29 (434-441).



duración, disminuyendo los periodos intercriticos, pero los estudios realizados hasta el momento no apoyan una causalidad directa entre el tabaco y asma”.¹⁰

2.5.5. Cáncer de pulmón

Hay otra forma de enfermarse que preocupa enormemente por su extraordinario incremento en estos últimos años: el cáncer. “En la actualidad, el 90% de los casos de cáncer de pulmón están ligados al tabaquismo. También los no fumadores o fumadores pasivos pueden verse afectados, ya que tienen un riesgo 35 veces mayor de contraer esta enfermedad.

Exceptuando el enfisema, si los efectos nocivos del tabaco se limitan a los descritos anteriormente, las lesiones producidas regresarán hasta la completa normalidad, pero, si la acción irritante continúa, la multiplicación de las células basales bronquiales prosigue incesantemente, la membrana basal se rompe, las células se escapan y aparecen las primeras atipias celulares.

Si la acción tabáquica no cesa en este momento, el cáncer se desarrolla y emprenderá un proceso de constante crecimiento, invadiendo y destruyendo los tejidos sanos circundantes. Y todo ello, sin despertar las sospechas del paciente, ya que los síntomas del cáncer de pulmón como tos, esputo con vetas de sangre, dolor costal, fatiga, solo aparecerán cuando el tumor tiene un tamaño considerable y, para entonces, la utilidad

¹⁰ Ibid.



el tratamiento es prácticamente nula, siendo el pronóstico de esta enfermedad, muy grave pues la supervivencia a los 5 años solo alcanza el 6% de los pacientes”.¹⁰

Únicamente eliminando el hábito de fumar esta mortalidad tan elevada puede evitarse.

Además del cáncer de pulmón, el tabaco es el responsable del 70% de cáncer en la laringe.

El hábito de fumar origina cambios tumorales en las células del epitelio laríngeo, sobre todo en las cuerdas vocales verdaderas, aunque también pueden aparecer en las cuerdas vocales falsas y en el área laríngea supra vocal. La aparición de estas alteraciones es directamente proporcional al número de cigarrillos fumados y aparece en mayor medida en fumadores de cigarrillos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), dice que no se debe dar mal uso a la palabra “epidemia”, sin embargo no hay mejor término para describir el incremento del 600 por ciento de la tasa de mortalidad de cáncer del pulmón, una enfermedad que afecto a las mujeres desde 1950, causada principalmente por el hábito de fumar cigarrillos.

Según registros del Instituto Nacional de Cancerología (INCAR), cada 28 casos de cáncer de pulmón que atienden en Guatemala, 15 son mujeres principalmente entre los 45 y 74 años y que fuman de seis a 15 cigarrillos diarios.

¹⁰ **Foro Mundial de la Salud.** Cáncer del pulmón en la actualidad, 1984, 5 (2) 178-185.

2.5.6. Cáncer en cavidad oral

En 1977 Wynder y Stellman demostraron que los fumadores de puros o pipas tienen un riesgo más elevado de padecer cáncer bucal que el consumidor de cigarrillos o de tabaco masticable. Además del efecto nocivo originado por los diversos componentes del tabaco, la aparición de estos procesos malignos, sobre todo en la lengua y el labio, está influido por el efecto traumático que supone el continuo roce del cigarrillo, puro o pipa en estas zonas. Esta enfermedad tiene mayor incidencia en la edad adulta, mayormente a partir de los 50 años, y es más frecuente entre varones que en la población femenina.

2.5.7. Cáncer en esófago

“La asociación alcohol-tabaco aumenta el riesgo de contraer cáncer en laringe, pulmón, cavidad oral, esófago y estomago. El alcohol actúa favoreciendo la penetración en el epitelio de sustancias cancerígenas del humo aumentando el tiempo que estos elementos permanecen en contacto con las células potenciando, por tanto, el efecto cancerígeno del tabaco”.¹²

2.5.8. Cáncer en vejiga

En 1950 Linfield estudió la relación entre el tabaco y la aparición de cáncer de vejiga y pudo comprobar que el riesgo es cuatro veces mayor entre los fumadores, existiendo una relación directa entre edad de inicio del hábito, números de cigarrillos, grado de inhalación y la posibilidad de que aparezca esta enfermedad.

¹² Farga V. **Tabaco o salud, un desafío médico social.** Revista Médica Chile 108 (8), 759-761.



La edad de presentación más frecuente es alrededor de los 60 años, aunque en la actualidad se ha observado que ha disminuido de 60 a 50 años en ambos sexos.

2.5.9. Cáncer de páncreas

Los estudios epidemiológicos efectuados han demostrado que las tumoraciones malignas en páncreas se ha incrementado en la población fumadora, sobre todo en aquellos que consumen de 30 a 40 cigarrillos al día.

2.5.10. El síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es una reacción temporal del organismo a la retirada de una droga. Cuando el fumador crónico abandona el hábito, los niveles de nicotina en la sangre disminuyen y, como consecuencia, aparecerán una serie de signos y síntomas que se agrupan bajo la denominación de síndrome de abstinencia tabáquica.

Puede presentarse irritabilidad, ansiedad, depresión reactiva, trastornos de sueño, irregularidad intestinal, dolor de garganta, de encías, tos, catarro, expectoraciones y sensación de pecho cogido entre otros síntomas. El aumento de peso normal esperado por la retirada del cigarrillo oscila entre 1 y 2 kilos, un aumento mayor es debido a una ingestión de calorías superior a la habitual.

Cuando las consecuencias negativas superan a las positivas, la persona se plantea por primera vez el dejar de fumar. La decisión de abandonar el tabaco debe hacerse tomando en cuenta los múltiples factores que mantienen esta conducta. El fumador debe sopesar, por un lado los beneficios inmediatos de seguir fumando, con los

obtenidos a mediano-largo plazo de dejar de hacerlo y, por otro, los inconvenientes mediano-largo plazo que se producen por seguir fumando con los que se producen a corto plazo al dejar de fumar.

2.5.11. Otras enfermedades

Fumar altera los sentidos del gusto y del olfato fundamentalmente por acción de la nicotina, la fonación también se afectara apareciendo disfonía sobre todo en la mujer. Además gingivitis, piorrea, coloración amarillenta de los dientes, cefaleas de predominio vespertino, hipertensión arterial, disminución de la libido, incluso la impotencia y esterilidad se han diagnosticado con mayor frecuencia en personas fumadoras.

El consumo del tabaco causa aproximadamente el 25 por ciento las enfermedades del corazón y los vasos, en su mayoría provocadas por la aterosclerosis, que es el endurecimiento y estrechamiento de las arterias.

Las personas que fuman tiene mayor riesgo de presentar complicaciones en las arterias coronarias del corazón, lo cual puede llegar a producir un infarto, además, afecta los vasos sanguíneos del cerebro, los que causan derrames.

El tabaquismo también hace que se formen placas en las paredes de los vasos sanguíneos, con la consiguiente reducción del oído interno, por ello, los fumadores pueden perder el sentido de audición a edades más tempranas y son vulnerables a complicaciones en el caso de infecciones del oído y exposiciones a ruidos intensos, esos padecimientos como meningitis y parálisis facial.



El monóxido de carbono, un compuesto altamente tóxico debido a su alta afinidad 220 veces mayor con la hemoglobina que el oxígeno, hace que la hemoglobina pierda su función de transportar oxígeno. Su combinación con la nicotina contribuye a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los humanos somos los responsables de aproximadamente el 10 por ciento del total existente.

Los fumadores tienen una mayor tendencia a sufrir problemas de espalda. Un estudio ha comprobado que tras una lesión, los dolores en la parte baja de la espalda son cinco veces más frecuentes en los trabajadores que fuman.

La adicción al tabaco reduce la resistencia a las bacterias que causan las úlceras en el estómago, de igual forma, reduce la capacidad de este para neutralizar el ácido después de las comidas, lo que propicia a la erosión de las paredes.

La enfermedad del Bugar, también conocida como tromboangitis obliterante, es la inflamación de las arterias, venas y nervios, principalmente de las piernas, que reduce la corriente sanguínea, si no se atiende a tiempo y con responsabilidad puede ocasionar gangrena y hacer necesaria la amputación de las zonas afectadas, tendencia común entre las personas fumadoras.

El tabaquismo afecta gravemente los aparatos reproductores tanto en hombres como en mujeres. En la población femenina, las que fuman tienen más dificultad para quedar embarazadas y tienen un mayor riesgo de nunca procrear. Además durante esas etapas aumenta el riesgo de aborto, produce abortos espontáneos, malformaciones en

los fetos, muerte prenatal, anomalías en la placenta, niños de bajo peso y complicaciones durante los partos asimismo infertilidad en ambos sexos.

En los hombres, el tabaco puede alterar la morfología de los espermatozoides y dañar su ADN, lo que aumenta el riesgo de abortos espontáneos y defectos congénitos. En los varones fumadores se disminuye la producción de espermias y dificulta el riesgo sanguíneo en el pene, lo que puede conllevar a la impotencia y a la esterilidad.

El tabaquismo también provoca enfisema, que es la distensión y ruptura de los alveolos del pulmón y reduce la capacidad pulmonar de captar oxígeno y expulsar dióxido de carbono, en casos extremos, para que las y los afectados puedan respirar, se les somete a una traqueotomía, una incisión en la tráquea donde se coloca un tubo que conducirá mayor oxígeno a los pulmones. Ese padecimiento también causa bronquitis crónica y tos dolorosa.

El riesgo de contraer cáncer es 22 veces mayor en los y las fumadores. Una persona que tiene 16 años con dicho hábito puede fácilmente padecer cáncer en la laringe, faringe, garganta o esófago, dos años más y puede contraer cáncer de estómago o en los riñones; de tres a cinco más, cáncer en la vejiga o en el páncreas y dos años más, en el colon o en el recto.

El consumo del tabaco en las mujeres merece un análisis distintivo, ya que cada vez es más frecuente y conlleva problemas de salud específicos para las fumadoras y sus

hijos. Se estima que en el mundo hay aproximadamente 250 millones de mujeres que padecen dicha adicción, diariamente mueren una 2 mil 100 mujeres.

En la población femenina, las que fuman tiene más dificultad para quedar embarazadas y tiene un mayor riesgo de nunca procrear. Además durante esas etapas aumenta el riesgo de aborto, produce abortos espontáneos, malformaciones en los fetos, muerte prenatal, anomalías en la placenta, niños de bajo peso y complicaciones durante los partos, asimismo infertilidad en ambos sexos

En la actualidad las muertes en ese grupo poblacional se concentran en los países más desarrollados, sin embargo, el aumento del consumo en las naciones más pobres y la disminución en los estados ricos debido a la adopción de medidas efectivas para el control del tabaco, como cobro de impuestos, advertencias sanitarias, prohibición de la venta a menores, ambientes libres de humo de tabaco y a las campañas de sensibilización sobre las consecuencias, afectará en un mediano plazo a las mujeres más vulnerables ante la pobreza.

Las mujeres sufren las mismas complicaciones que los hombres en cuanto a consumo de tabaco se refiere: enfermedades cardiovasculares, cáncer en los pulmones, enfisema y complicaciones respiratorias crónicas y agudas entre otras ya mencionadas, sin embargo algunas atacan severamente sus organismos.



La nicotina disminuye los estrógenos que son una hormona esencial para el buen funcionamiento de los ovarios. La alteración en el ciclo menstrual, tensión premenstrual, menstruaciones muy dolorosas, ciclos irregulares o falta de menstruación.

Las mujeres fumadoras suelen tener menor fertilidad y más problemas para quedar embarazadas, asimismo son más propensas al aborto, partos prematuros, desprendimientos de placenta, también la menopausia les llega entre dos y cuatro años más temprano.

Existe otro factor por el cual el tema del tabaquismo y las mujeres merecen una mención especial, los movimientos feministas han denunciado durante décadas que los estereotipos machistas y los factores que rigen las sociedades de consumo, provocan que las mujeres padezcan de serias complicaciones, entre ellas la anorexia, la bulimia y fumar, para ser aceptadas en la sociedad.

Las adolescentes, las jóvenes y las adultas que están preocupadas por su peso, han descubierto que fumar adelgaza, por lo que inician el hábito a muy temprana edad o aumentan continuamente el número de cigarrillos que fuman, factores mortales para la salud ya que tiene 40 veces más probabilidades de morir prematuramente.

La población femenina que fuma por esas razones, tiene mayores problemas para renunciar al consumo del tabaco y si la hacen, es común que retomen la adicción al poco tiempo, el miedo a engordar uno de los factores que no contribuyen a que las mujeres y los hombres tomen la determinación de dejar de fumar.



Es cierto, algunas jóvenes aumentan de peso al dejar de fumar, ya que la nicotina estimula los centros cerebrales del placer y al renunciar a la adicción esa sensación se transforma en ansiedad y angustia, que puede traducirse en el deseo de comer más.

La nicotina por otra parte, aumenta la velocidad del metabolismo, por tanto, al dejar de fumar esta se vuelve más lento. Asimismo, al dejar de fumar se perciben mejor los olores y los sabores, por lo que dan más ganas de comer.

El mejor tratamiento para dejar de fumar y no engordar al mismo tiempo, es tener una alimentación sana y equilibrada, evitar las bebidas alcohólicas y los estimulantes como el café y el té, entre otros, tomar mucho agua y jugos naturales, aumentar la actividad física con regularidad, mantenerse ocupado e invertir tiempo en actividades de recreación sana.

Entre las enfermedades menos peligrosas provocadas por el tabaco se encuentran la caída del cabello, el apareamiento prematuro de arrugas y el deterioro en la dentadura.

El tabaco interfiere en los procesos químicos que tienen lugar en la boca, provoca exceso de sarro, tiñe los dientes de amarillo y acelera el deterioro de la dentadura, el riesgo de perder los dientes se multiplica 1.5 veces más en los fumadores.

También puede provocar la aparición de cataratas por dos mecanismos: la irritación directa en los ojos y la liberación en los pulmones de las sustancias químicas que llegan a los ojos a través del torrente sanguíneo; causa también el deterioro de la retina, zona

en la que se enfocan las imágenes, permite la lectura, la conducción de los automóviles, diferenciar colores y apreciar los detalles de los objetos.

2.6. El tabaquismo en Guatemala

“Según cifras oficiales en Guatemala fuma el 22 por ciento de los habitantes, los que se inician en ese vicio motivados principalmente por la curiosidad, la tensión o por imitar a padres o amigos, indica una encuesta sobre el tema de la Asociación Nacional contra el Tabaquismo (ANCT).

Estadísticas médicas refieren que en esta nación nueve de cada 10 personas que *sufren un infarto, con menos de 50 años de edad, han fumado, a lo cual se añade que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo suponen la cuarta causa de muerte en hospitales. Las investigaciones realizadas en el país reflejan que como promedio los guatemaltecos encienden un cigarro por primera vez antes de cumplir 13 años*”.¹²

En la actualidad Guatemala es uno de los países que promueve diversas acciones que buscan fortalecer, promover y prevenir las enfermedades que produce el consumo del tabaco.

Con relación a la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, el objetivo de la ley es prohibir fumar en casi la totalidad de lugares, bajo la premisa de que los espacios libres de humo han probado ser una medida efectiva para disminuir la prevalencia y el consumo de tabaco.

¹² <http://tabaco-tabaquismo.blogspot.com/2006/06/en-guatemala.html> (01 de diciembre de 2012)



Si los establecimientos incluidos en la disposición, no se sujetan a la prohibición, se propone el cierre del negocio por un plazo estipulado, en caso de reincidencia, el lapso será el doble. Igual monto es la multa por no establecer áreas destinadas específicamente para fumadores.

Por faltar a la señalización en los centros incluidos, con los símbolos indicados en el reglamento, se sancionará con una multa y por reincidencia se duplica la cantidad.

El Consejo Nacional para la prevención y control del tabaco en Guatemala, integrada por diferentes organizaciones estatales, no gubernamentales, universidades, organizaciones profesionales y otras entidades, inicio una campaña para conocer el convenio marco de la Organización Mundial de la Salud, firmado en 190 países.

El Hospital Roosevelt inauguró las clínicas de cesación de fumado, para ejercer mayor control de las actividades y proyectos para minimizar el impacto del consumo de tabaco en la población. Participan autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Asociación Nacional contra el tabaquismo en Guatemala y la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).

La Asociación Nacional Contra el Tabaquismo ha realizado dos encuestas a nivel nacional para conocer el porcentaje de tabaquismo y alguna de las actitudes que tiene la población hacia el tabaco (1998 y 2003).



En el año 2003 se hizo la segunda encuesta a nivel nacional, la que incluye a la ciudad de Guatemala, Antigua Guatemala, Quetzaltenango y Zacapa.

De 6,770 personas encuestadas, 3,774 (55.7%) son de sexo masculino y 2,996 (44.3%) de sexo femenino. El porcentaje de fumadores fue el 22.0%, de ex fumadores 10.2%, y sujetos no fumadores 67.8%. De los sujetos fumadores 28.5% eran hombres y 13.9% mujeres. Entre los grupos encuestados el mayoritario fue de los que asisten a las discotecas, 58.0% (masculino 62.5%, femenino 53.08%). De acuerdo a esa encuesta, la mayoría se inicia con el cigarro antes de los 20 años. El 3.2% son niños que tienen menos de 10 años y el 25.6% son niños de entre 11 y 15 años.

Entre los médicos que fueron encuestados (480) la prevalencia de fumadores es el 20.4% (masculino 22.6% y femenino 15.7%), siendo los cirujanos y los pediatras, los que presentaron la prevalencia más alta de tabaquismo; cirujanos 31.0% y pediatras 29.0%.

La Asociación Nacional Contra el Tabaquismo ha venido trabajando desde hace 16 años en diferentes actividades con el objeto de instruir a la población, especialmente a los niños y jóvenes, de las funestas consecuencias que produce el cigarrillo. Dentro de las actividades a realizar están las siguientes:

- ✓ Programas de instrucción al público de diversos aspectos relacionados al tabaco, que por supuesto, incluyen las numerosas enfermedades que el fumar produce, así como la adicción que causa la nicotina.



- ✓ Protección de la salud. Esta consiste en evaluar las siguientes pruebas: a) Toma de presión arterial; b) Oximetría, que es la medición que se hace para detectar la cantidad de oxígeno que tiene uno en su cuerpo, y c) La medición de flujo de pico que consiste en las pruebas de la función de los pulmones. También se evalúa el grado de dependencia o adicción a la nicotina que tiene el fumador por medio de cuestionarios.

- ✓ Ambientes libres de humo: Este programa consiste en declarar a las instituciones públicas y privadas como restaurantes, colegios, escuelas, hospitales, sanatorios, bancos y otras empresas libres de humo de tabaco. Resulta inaudito que en los restaurantes, cafeterías, etcétera, haya distinción entre área de fumar y área de no fumar (este es un programa de la Phillip Morris que se llama programa de convivencia), cuando todos sabemos que el humo corre y llega a las personas que no fuman. Definitivamente todos los lugares públicos debieran prohibir el uso del tabaco.

- ✓ Escuela saludable libre de humo por un desarrollo sano: Es un Instrumento didáctico diseñado para difundir mensajes verdaderos y claros relacionados con el tabaco. Este instrumento está dirigido a personal administrativo y docente de centros educativos, con el propósito de disminuir los factores de riesgo y las posibilidades de que los niños y jóvenes se inicien en el fumar.

La importancia de la prevención, el reconocimiento del centro docente como marco de subdesarrollo de acciones para la prevención del consumo del tabaco es debido a:



- ✓ Una necesidad imperiosa de solucionar los problemas que dicho hábito ocasiona.
- ✓ A la necesidad de intervenir en un colectivo bastante importante niños, niñas y jóvenes adolescentes, ya que la edad escolar es la etapa en la vida de una persona más propicia para la adquisición y establecimiento de conocimientos, actitudes y hábitos de comportamiento difícilmente modificables en la etapa posterior a la adolescencia.
- ✓ Aproximadamente un 50% de los alumnos que se declaran fumadores lo son en edades de entre 10 y 15 años, de ahí la necesidad de educar en prevención, la escuela puede proporcionar conocimiento, habilidades, recursos y marcos de referencia a partir de los cuales los jóvenes pueden afianzar o modificar los hábitos que tienen con relación a su salud.

La Asociación Española contra el Cáncer consciente de que los comportamientos y los estilos de vida que nos caracterizan, los ambientes en los que vivimos, los alimentos que consumimos y otros muchos factores influyen en nuestra salud y conscientes de que es más efectivo prevenir la aparición del hábito que contribuir a su erradicación una vez que se ha adquirido, pretende evidenciar la importante labor que puede realizarse en este sentido en los colegios.

En los antiguos sistemas educativos siempre ha estado presente la preocupación por la salud de los escolares pero dicha preocupación ha sido generalmente esporádica y ha venido coincidiendo con la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas como vacunaciones o exámenes de salud bucodental.



También es cierto que estos planes de enseñanza ofrecían información sobre la salud, pero a juzgar por los contenidos que se impartían como la higiene personal, enfermedades infecciosas, prevención de accidentes laborales, etcétera, el concepto de salud con el que se trabajaba se ceñía exclusivamente al componente físico y no consideraba el componente social y psicológico. Salud era la ausencia de enfermedad o invalidez.

Con el actual plan de enseñanza, se parte de un concepto de salud que engloba todos sus componentes. La salud es entendida como:

- ✓ La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y de responder de forma positiva a los retos del ambiente y la consideramos como un recurso para la vida y no el objeto de la vida.
- ✓ La capacidad de adaptación al entorno cambiante, la capacidad de envejecer, curarse, la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz.
- ✓ Es un modo de vida, un comportamiento positivo y consciente, es conseguir la mayor calidad de vida posible.
- ✓ Es una cualidad dinámica que está presente en la vida del hombre por el hecho de que este desea crecer y progresar.
- ✓ Cualquiera de estas definiciones son válidas y se apartan del exclusivo hecho biológico, destacando los tres aspectos, físico, mental y social con el mismo grado de importancia y destacando también el carácter dinámico y positivo de poder



alcanzarla e incrementarla, haciendo hincapié en que se ha de hacer de manera constante.

Partiendo de cualquiera de las definiciones dadas es perfectamente posible considerar una existencia saludable como la de algunas personas con taras y discapacidades, capaces de compensarlas de algún modo o de adaptarse a su entorno.

El proceso de educación permanente basado en un conjunto de informaciones, conocimientos y acciones dirigidos a adquirir hábitos saludables que potencien la calidad de vida y nos capaciten para un afrontamiento correcto de las situaciones que nos presente la vida.

La creación de oportunidades de aprendizaje con el objeto de facilitar cambios de conducta encaminadas a fomentar estilos de vida saludables. El desarrollo de habilidades que ayuden a las personas a utilizar sus conocimientos de forma que se favorezca su salud.

En definitiva cualquiera de estas definiciones resaltan el hecho de que la educación para la salud es una acción que debe realizarse de forma sostenida y con una metodología de acción, participación y experimentación.

Existen más razones para introducir la educación para la salud en las escuelas. Entre ellos están los factores que han contribuido a desplazar parte de la tarea de educación

que tradicionalmente correspondía a los padres hacia el profesor. Lo que se traduce en un aumento de la responsabilidad por parte de éste:

- ✓ La escolarización del niño a una edad temprana.
- ✓ La cantidad importante de tiempo que el niño permanece en la escuela.
- ✓ Y el corto intervalo diario de tiempo que el niño permanece en contacto con sus padres como consecuencia del horario que estos invierten en sus respectivos trabajos.

Que la familia se vea obligada por estos factores a transferir algunas de sus funciones a las instituciones sociales, y haya delegado bastantes aspectos educativos en la escuela, no supone que pierda la responsabilidad de la educación de sus hijos. Las familias influyen en sus hijos con sus propios conceptos de valor, en ocasiones refuerzan la acción de la escuela, pero otras veces actúan de forma contraria.

Por ello ahora más que nunca, existe la necesidad de una coordinación entre ambas instituciones, con el objeto de contribuir a que las familias desempeñen un papel activo en la prevención del consumo del tabaco, complementando y apoyando firmemente la tarea que se inicia en el colegio y continuándola en casa, siempre a partir del asesoramiento de los profesores por medio de entrevistas personales o reuniones periódicas en las que se informe sobre el programa de prevención que se imparte en el colegio y la forma en que pueden contribuir a apoyarlo.



A parte de las orientaciones que los padres pueden recibir de los profesores es necesario que tengan buenas relaciones con sus hijos, hablen con ellos, los escuchen, ya que si lo hacen sus hijos les harán partícipes de sus experiencias en todo momento.

Fomentar el desarrollo de valores firmes y adecuados, de tal forma que consigan la suficiente fuerza y entereza para decir no ante el ofrecimiento de un cigarrillo o cualquier sustancia nociva, en vez de dejarse llevar.

Dar un buen ejemplo, pues los hábitos y actitudes que tengan con respecto al consumo de tabaco, van a influir en las ideas que los hijos pueden desarrollar en relación a ello. Han de ser conscientes de que tienen mayor probabilidad de ser fumadores los niños, niñas y jóvenes de padres fumadores.

En las acciones de prevención del consumo del tabaco el joven es el protagonista, pero la eficacia del programa va a depender en gran parte de la labor del profesor. De ahí su importancia como principal promotor de salud.

Para que un profesor lleve a cabo acciones de prevención es necesario que posea un grado elevado de motivación por la tarea, que le permita crear situaciones de aprendizaje en las que los alumnos tomen en consideración la importancia de su salud.

Por otra parte el éxito del programa de prevención dependerá de la coherencia que exista entre sus argumentaciones y sus acciones. Si el profesor es fumador es necesario que evite hacerlo dentro del recinto del colegio o lo haga en espacios



reservados para tal fin, pues al hacerlo delante de sus alumnos restaría importancia a los datos científicos que nos evidencian la amenaza que representa este hábito para la salud.

Para desarrollar el programa es necesario que posea una información científica y clara que haga hincapié en las ventajas de dejar de fumar, y, solo en las consecuencias negativas ya conocidas por los jóvenes, en vez de ofrecer una información exhaustiva de los peligros que comporta.

Es necesario que utilice una metodología basada en la acción, la participación y la experimentación de forma que el alumno se sienta el protagonista de la construcción de sus propios conocimientos.

Deberán desarrollar en sus alumnos habilidades para resistir las presiones sociales, desvelando su existencia, y mecanismo, anticipando situaciones y ensayando posibles respuestas. De igual forma deberán desarrollar en el joven el espíritu crítico ante los mensajes publicitarios.

Todas estas orientaciones solo tendrán sentido si se trabaja con ellas de forma continua, una intervención puntual en prevención puede resultar contra preventiva, en cambio una acción sostenida puede contrarrestar la enorme presión social a la que los jóvenes se encuentran sometidos.



La información, por si sola, no contribuye a la adquisición o erradicación de hábitos pero es necesaria y debe ser la base de cualquier acción educativa. Para que la información sea eficaz, ha de ser proporcionada repetidamente y a través del mayor número de fuentes posibles.

Inducir miedo a través de resaltar las amenazas para la salud no es recomendable, puede resultar contraproducente porque de pie a que el individuo desarrolle mecanismos de defensa contra la comunicación recibida, como consecuencia de la angustia creada por el miedo.

Para concluir y resumiendo, las acciones ideadas para la prevención del consumo del tabaco responden a una necesidad de urgencia para disminuir este comportamiento insano fuertemente enraizado en nuestra sociedad, continuamente revalorizado y reforzado ambiente, por ello cualquier intervención no debe coincidir solo sobre el individuo, sino también sobre el medio ambiente para evitar los factores que influyen en la adquisición de conductas que se querían erradicar.

No obstante y aunque el marco ideal para el desarrollo de estas acciones sea el colegio por las razones que anteriormente han sido expuestas, es preciso que cada uno de nosotros, independientemente de que nuestra condición sea o no la de joven, padre, madre o docente, tomemos conciencia de la responsabilidad que tenemos hacia nuestra salud, analicemos nuestra propia realidad, reconozcamos las pautas de conducta saludables de las que no lo son y que están potenciadas por intereses o costumbres arraigadas.



Conociendo estos factores externos que influyen en nuestro comportamiento y, que repercuten directamente sobre nuestra salud, nos encontramos en mejor disposición de controlar los aspectos negativos, potenciar los positivos, y, a partir de ahí asumir un compromiso de rechazo al consumo de tabaco o cualquier otra sustancia nociva que pueda mermar nuestras capacidades e impedir el desarrollo armónico de nuestra existencia.





CAPÍTULO III

3. Bases constitucionales y legales del Decreto 74-2008

El Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, tiene su asidero tanto en nuestra Carta Magna, como en normas de carácter internacional y leyes ordinarias. Podemos mencionar particularmente los Artículos 1, 2, 3, 4, 93, 94, 95 y 96 de la Constitución Política de la República de Guatemala; el Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; los Artículos 4, 5 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el Artículo 4 de nuestro Código de Salud vigente, Decreto número 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, los cuales se desarrollarán en adelante.

3.1. Constitución Política de la República de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala es la base fundamental del Decreto 74-2008 del Congreso de la República, Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, pues nuestra Carta Magna ordena al Estado de Guatemala para que se organice con el objetivo de proteger a la persona y a la familia y garantizarles la vida, la integridad física y desarrollo integral.

La protección a la vida, la integridad física y el desarrollo integral del ser humano, se consigue entre otras formas, por medio de la salud de la persona, entendida ésta como la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.



Según nuestra Constitución, la salud debe garantizarse desde el momento de la concepción, pues como se dijo antes, la salud es tan sólo una de las muchas formas de garantizar y proteger la vida humana, así como la integridad de todas las personas sin distinción alguna, ya que todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. Lo anterior está regulado en los Artículos 1, 2, 3 y 4 Constitucionales.

El derecho a la salud se encuentra específicamente desarrollado dentro del capítulo que desarrolla todo lo referente a los derechos sociales, especialmente en los Artículos 93, 94, 95 y 96 de nuestra Ley Fundamental, estableciendo claramente el derecho a la salud, la obligación que tiene el Estado de velar por ella, la salud como bien público y el control de los productos que puedan afectarla.

3.2. Análisis de los Artículos 93, 94 y 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala

El Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala estipula lo referente al derecho que tiene todo ser humano, sin discriminación alguna al goce de la salud. Lo anterior es un derecho fundamental, es decir, que el derecho a la salud, comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y el derecho que tiene todo ser humano a evitar por cualquier medio poner en riesgo su salud.



“Los derechos fundamentales son los que corresponden al ser humano en cuanto tal, es decir, como poseedor de una identidad inimitable caracterizada por su racionalidad que le permite ejercer sus deseos y apetencias libremente”.¹³

Los derechos fundamentales son inherentes a la persona humana y por nada le pueden ser arrebatados, es obligación de todos respetar los derechos de cada uno de los individuos.

En ese sentido, el derecho a la salud debe ser respetado y protegido por las entidades e instituciones responsables de asegurar y prestar servicios de salud, como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hospitales públicos del país, por ejemplo, además, los órganos de regulación y vigilancia del sistema tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud. No obstante lo anterior, toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución ha definido la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

¹³ **Derechos Humanos**, <http://www.es.wikipedia.org> (15/01/2006).



El derecho a la salud es indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos. Sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como el social y el político.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos este derecho se encuentra consagrado de la siguiente forma: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

Por su parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, el Artículo 12 se describe así: "1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños. b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente. c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas. d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Siempre a nivel internacional, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece explícitamente que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

En general, todas estas normas, comenzando desde las de rango superior para ir incidiendo en las de rango nacional y local, tienen como objeto conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, mediante la promoción y protección de este derecho, a lo largo de toda la vida, y tratando de reducir la incidencia de las principales enfermedades, así como el sufrimiento que las origina.

Esto puede resumirse en tres valores fundamentales:

- ✓ La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- ✓ La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción entre todos los países.
- ✓ La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades, en el desarrollo continuo de la salud.

Visto esto, todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades.

En la actualidad se intenta que los poderes públicos compartan su responsabilidad en la custodia de la salud con los titulares de los derechos de la salud, los propios ciudadanos, promoviendo la salud pública, estilos de vida sanos y un medio ambiente



saludable. Esto es, actuar antes de que se produzcan patologías que con una adecuada información podrían evitarse.

Es por ello que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo han de cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener constante una calidad en la asistencia.

Los ciudadanos, por su parte, han de aprovechar los programas de salud destinados a proporcionarles información adecuada tanto para la prevención de enfermedades como para comprender mejor su tratamiento y ser responsables en el cumplimiento terapéutico.

Los poderes públicos, sin descuido de lo anterior, también han de proporcionarle al ciudadano canales adecuados para hacer saber al sistema sanitario cuáles son sus fallos y de ese modo reaccionar y resolver tales problemas. La figura del defensor del paciente es tan importante como la de las distintas asociaciones de pacientes, que conocen en qué puntos el sistema falla o ha de reforzar su atención. Un adecuado funcionamiento de ambos canales de comunicación entre pacientes y sistemas sanitarios ahorraría, tanto a unos como a otros, trámites judiciales que en ocasiones llegan demasiado tarde a la hora de resolver problemas de salud.

El ciudadano o el titular del derecho de salud, por tanto, no sólo ha de manejar información adecuada sobre asistencia y prevención, sino también sobre su derecho a

recurrir al defensor del paciente o a las distintas asociaciones de pacientes para mejorar con ello el sistema sanitario tanto a nivel local como regional, autonómico o nacional.

Tomar conciencia de todos estos aspectos derivados del derecho de la salud procuran un adecuado rendimiento de los recursos, permitiendo que el sistema de salud pueda a mediano plazo reducir sus presupuestos asistenciales con una adecuada política de información preventiva y de derechos del paciente, y proporcionando así al ciudadano un sistema de bienestar que se acerque a los objetivos marcados por todas las normativas relacionadas anteriormente.

Entre los elementos esenciales del derecho a la salud se encuentra los siguientes:

- **Disponibilidad de la salud:** La disponibilidad como principio fundamental del derecho a la salud hace referencia a la disposición de establecimientos, bienes y a la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional. La disponibilidad se relaciona con la infraestructura necesaria para darle un soporte concreto al derecho a la salud. Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención y programas de salud. Lo que se busca con este principio es satisfacer la demanda de las necesidades de salud de la población.

Según la Constitución Política de la República corresponde al Estado de Guatemala, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y en consecuencia mantener el acceso de estos a disposición de todos los habitantes. En Guatemala esa función se desarrolla a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- **Acceso a la Salud:** La accesibilidad hace referencia a la posibilidad que tiene la persona de obtener la prestación de los servicios de salud dentro del territorio nacional sin discriminación de ninguna índole, sin limitaciones económicas y sin obstaculización de la información.

En todo momento y circunstancia, todas las personas deben tener acceso físico, social y económico a servicios adecuados de prevención, atención y rehabilitación, disponibilidad de exámenes y medicamentos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento y terapia adecuada. De igual manera las posibilidades de acceso a una vivienda, un saneamiento adecuados y una alimentación suficiente y saludable.

La Constitución Política de la República establece que se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ofrece dos sistemas para garantizar el acceso a los servicios de salud:

- ✓ El régimen contributivo, al cual pertenecen todas las personas vinculadas laboralmente y los independientes con capacidad de pago.
- ✓ El régimen de salud pública, el cual se ofrece a la población sin capacidad de pago. El acceso a los servicios de salud tiene una estrecha relación con los principios de universalidad y equidad, mediante los cuales se busca la prestación a todos los habitantes sin discriminación alguna y la igual calidad de los servicios a todos los beneficiarios.

- **Aceptabilidad de la salud:** La aceptabilidad hace referencia a la posibilidad que tiene cada persona de elegir la forma de manejar su propia salud. Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la aceptabilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica, la cultura de las personas, las minorías, los pueblos, las comunidades y la confidencialidad. De igual manera se debe ser sensible a los requisitos del género y al ciclo de vida.

La aceptabilidad tiene una estrecha relación con las libertades fundamentales que se tienen en el derecho a la salud, como el derecho a controlar la salud y el cuerpo, la libertad sexual, la genésica (relativo a las generaciones), derecho a no padecer injerencias, derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos.

- **Calidad de la salud:** La calidad como elemento esencial del derecho a la salud, hace referencia a las condiciones que deben reunir los establecimientos y el personal que en él labora, los bienes y los servicios. Estos deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. El personal médico debe ser capacitado, los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Como consecuencia de la prestación de los servicios de salud con calidad, deben crearse mecanismos que permitan efectuar un control y una evaluación de los servicios que se prestan. También el Estado de Guatemala está obligado constitucionalmente a "controlar la calidad de los productos alimenticios,



farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes”.

Establece nuestra Carta Magna que el Estado “velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas”.

El Artículo 94 de la Constitución Política de la República establece la obligación que tiene el Estado de Guatemala de velar por la salud y la asistencia social de todos sus habitantes, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación, entre otras, a fin de procurar a sus habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado de Guatemala, éste debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.



El Artículo Constitucional precitado, regula lo relativo a la obligación del Estado sobre la salud y la asistencia social, obligando al Estado de Guatemala a velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes de la República, para lo cual debe desarrollar a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las demás pertinentes, a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social.

En la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio notable en la opinión de las sociedades y en su práctica económica que fue bautizado como el estado del bienestar, como consecuencia de ese cambio las administraciones públicas asumieron gran parte de los gastos sanitarios. En la actualidad la salud y la asistencia social son consideradas unas de las obligaciones más importantes que asume el Estado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la Constitución Política de la República de Guatemala, es el encargado del despacho de los negocios del Organismo Ejecutivo en cuanto a la salud, esto de conformidad con su Artículo 193, ello implica el velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes y por lo tanto deberá desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las demás pertinentes, a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social.

De conformidad con el Artículo 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala, la salud de los habitantes de la nación es un bien público, por lo que todas

las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

“Bien público es aquel bien cuya titularidad es del pueblo, puede comprender tanto bienes de uso público, como bienes gratuitos o colectivos de uso no público. En términos económicos un bien público se define como un servicio u objeto que puede ser consumido por algún o algunos individuos sin reducir las oportunidades de otros en cuanto a consumo o disfrute. El único rasgo distintivo de lo público es la inclusión de todos en tanto que único rasgo característico de lo privado es su posibilidad de excluir a alguien”.¹⁴

En principio un bien público solo puede ser provisto por una entidad cuya naturaleza haga imposible la exclusión de individuos. Por consiguiente los bienes públicos son provistos por el Estado.

En consecuencia, siendo la salud un bien público, corresponde al Estado de Guatemala velar por la conservación y su restablecimiento.

3.3. Análisis de los Artículos 1, 2 y 4 del Código de Salud

El Artículo 1 del Código de Salud, Decreto número 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, tiene íntima relación con los Artículos 93 y 94 de nuestra Constitución Política, ya que recoge el mandamiento constitucional de que todos los habitantes de la

¹⁴ Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, <http://www.rae.org.es> (19 de febrero de 2006).



República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Como se ha dicho antes, según el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la definición más acertada de salud es: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

A diferencia de la definición legal dada por el Código de Salud vigente, "la salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel del desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social".

Lo anterior podría resumirse en que la salud es un producto social, dicho producto se refiere al más completo bienestar físico, mental y social de una persona, bienestar que resulta de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social a nivel individual y colectivo.

El Artículo 4 del Código de Salud, Decreto número 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, tiene íntima relación con el Artículo 94 de nuestra Constitución Política, ya que este recoge el mandamiento constitucional de que el Estado debe velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud pública y en coordinación



con las instituciones estatales y entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.

En ese sentido, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

Derivado de los Artículos citados, el Código de Salud, Decreto número 90-97 del Congreso de la República, tiene como propósito asegurar la viabilidad y la implementación del proceso de cambio iniciado con la reforma del sector salud, integra aspectos novedosos, como el propio concepto y definición del sector salud, y crea la figura del Consejo Nacional de Salud, ente asesor del gobierno y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuyo objetivo es regular el desarrollo en los servicios de salud y su infraestructura, relacionada con la formación de recursos humanos y las redes de servicios. El Código incorpora la promoción y la protección de la salud como aspectos específicos y prioritarios.

3.4. Declaración Universal de Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos consagra en su Artículo 3, que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y la seguridad de su persona, postulados estos que indudablemente abarcan el derecho a la salud de las personas.



El mismo cuerpo legal internacional consagra en su Artículo 25 numeral 1, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdidas de su medio de subsistencia por causas independientes de su voluntad. Lo anterior nos confirma que la salud es un derecho fundamental, protegido además por normas de carácter internacional y de derechos humanos, como los es la norma citada.

No está demás mencionar que a raíz de estas normas de carácter internacionales sobre la protección de derechos humanos, se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuyo preámbulo de su Constitución, dice lo siguiente: "El goce de grado máximo de salud que se pueda dar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud será el logro máximo de salud que se pueda lograr para todos los pueblos".¹⁵

3.5. Convención Americana sobre Derechos Humanos

La Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce en general del derecho a la vida de toda persona, disponiendo en su Artículo 4 numeral 1 que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción.

¹⁵ <http://www.who.int/es/> (24 de noviembre de 2011)



Aún más amplio es el derecho que la misma norma reconoce en su Artículo 5 numeral 1, al establecer que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.



CAPÍTULO IV

4. La autoridad central

De conformidad con el Artículo 7 de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, Decreto número 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social velar por el cumplimiento de las normas de dicha ley, por conducto del Departamento de Regulación de los programas de Salud y Ambiente, así como presentar las denuncias correspondientes y la aplicación de las multas que establezca la ley y el reglamento en coordinación con el Ministerio de Gobernación y sus dependencias, bajo su más estricta responsabilidad.

4.1. Consideraciones generales del Decreto 74-2008

El Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, se crea principalmente por mandato constitucional, ya que como ya se ha dicho, es la Constitución Política de la República quien a través de sus normas relativas a la salud, ordena al Estado de Guatemala a velar por la salud de todos sus habitantes.

Sin embargo, para su creación, también se ha tomado en consideración a la Organización Mundial de la Salud –OMS-, ya que esta ha estimado al tabaquismo como una epidemia que constituye un problema mundial por las graves consecuencias que acarrea para la salud pública y que el aumento del consumo y de la producción de cigarrillos y de otros productos que contienen tabaco en el mundo entero, particularmente en países como Guatemala y en general de los países en desarrollo,



constituyen un grave riesgo para la salud y las economías familiares por la carga que impone a las familias más pobres y los sistemas nacionales de salud.

A lo anterior hay que agregar que numerosos estudios científicos han demostrado que el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, son causas de morbilidad y discapacidad y que los efectos de éstos sobre la salud ocurren con breves y pequeñas dosis al estar expuesto al humo del tabaco, por lo que es necesario tomar las medidas preventivas y prohibitivas para alejar a la población del consumo o exposición al humo del tabaco, especialmente de segunda mano que es lo que da origen al fumador pasivo.

Además, importantes y concluyentes estudios relacionados con el consumo del tabaco y la exposición al humo de segunda mano, revelan que este es un importante contribuyente a la polución en ambientes cerrados, causando graves daños a la salud de los no fumadores, fumadores pasivos o fumadores de segunda mano, quienes pueden sufrir enfermedades graves como ataques del corazón, derrames cerebrales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han determinado que es de vital importancia proteger a los no fumadores de los daños del humo de segunda mano y que los espacios cien por ciento libres de humo de tabaco han probado ser una medida costo efectiva para disminuir la prevalencia y el consumo de tabaco, la mortalidad por enfermedad cardíaca y la incidencia de cáncer de pulmón, el Estado de Guatemala, a través del Congreso de la República, crea la Ley de



Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, contenida en el Decreto número 74-2008, con el fin de dar cumplimiento al mandato constitucional de la salud.

4.2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es uno de los ministerios que conforman el Organismo Ejecutivo del Gobierno de Guatemala, bajo la dirección del Presidente de la República de Guatemala.

Su misión principal es garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas”.¹⁶

El Artículo 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece que la salud es un bien público. La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica

¹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s.f.). Recuperado el 20 de marzo de 2011, de http://portal.mspas.gob.gt/vision_y_mision_general.html

y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales, y a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las siguientes funciones:

- ✓ Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y administrar descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.
- ✓ Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Transporte, Obras Públicas y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector.
- ✓ Proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación.
- ✓ Realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico.
- ✓ Administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud.
- ✓ Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales.

Las políticas sociales de Estado en la salud pública, se han ejercitado por medio de instituciones estatales, como es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por sus siglas MSPAS, a través de los llamados puestos de salud en el área rural, en los



que se da servicio de vacunación, atención y orientación a las futuras madres y consulta general.

En este campo ha sido la enfermera auxiliar o el técnico en salud rural, quienes tienen toda la responsabilidad, con la asistencia en algunos casos de una persona que realiza su examen práctico supervisado en medicina, que no atiende todos los días el puesto de salud, pues regularmente tiene a su cargo dos o tres puestos.

Es necesario que entre las políticas sociales de Estado en el campo de la salud, se de mayor atención a la salud preventiva, ya que entre las principales causas de las actuales condiciones de salud de nuestra población, debe mencionarse la inadecuada orientación de las políticas y acciones de salud, tradicionalmente dirigidas al individuo, más que a la población de mayor riesgo, desde el punto de vista económico y social, y por ende, con énfasis en acciones de tipo curativo o asistencial y en menor grado preventivas.

Las políticas y programas de salud, han basado sus acciones por ejemplo en el aumento de la cantidad de consultas, es decir, las políticas de extensión de cobertura, aparentemente para justificar la inversión presupuestaria. Pero este tipo de políticas no ha modificado significativamente los indicadores de salud, especialmente la tasa de mortalidad por consumo de tabaco.

Por lo tanto, los recursos han sido asignados en mayor grado hacia programas y acciones de tipo individual y asistencial, y las políticas de salud, así como los problemas

que se derivan de esas políticas, no han sido dirigidas hacia objetivos concretos y metas bien definidas, que permitan incidir positivamente sobre las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad.

También, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus políticas son:

- ✓ Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública, para fortalecer el Estado de Guatemala.
- ✓ Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados.
- ✓ Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos. Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional.
- ✓ Promover la investigación y desarrollo tecnológico en salud.
- ✓ Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
- ✓ Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.
- ✓ Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.
- ✓ Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales.

“La misión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad”.¹⁷

4.3. Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente

A partir de la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a principios de la década de los 60, se creó la División de Saneamiento Ambiental, la cual estuvo conformada por los departamentos de Ingeniería Sanitaria, Saneamiento General y de Control de Alimentos.

Con la creación del Acuerdo Gubernativo número 741-84, se crea la División de Saneamiento del Medio como una dependencia de la Dirección General de Servicios de salud, con los departamentos de Abastecimiento de Agua Rural, de Control y Disposición de Desechos, de Control del Ambiente y de Registro y Control de Instalaciones y obras, teniendo entre otras las funciones de preparar y ejecutar los programas para mejorar y conservar las condiciones sanitarias del ambiente.

A raíz de la creación del Acuerdo Gubernativo número 115-99, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la División de Saneamiento

¹⁷ http://portal.mspas.gob.gt/vision_y_mision_general.html (17 de enero de 2013)



del Medio, pasó a ser el Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente, por sus siglas DRPSA, como una dependencia de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.

Este departamento tiene dentro de sus funciones realizar acciones técnico normativas, de prevención, promoción, vigilancia, autorización y recuperación de la salud ambiental, ser un ente regulador eficiente y eficaz, que a través de la acción normativa y reguladora, contribuya a la prevención y mitigación de riesgos ambientales a la salud humana, contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitario ambientales que prevenga y mejore la calidad de la salud humana.

El Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente es una dependencia del nivel central de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, creada mediante Acuerdo Gubernativo número 115-99, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, confiriéndosele las funciones siguientes:

- ✓ Diseñar, emitir, actualizar y reajustar periódicamente las normas técnicas de atención de los diferentes programas dirigidos a la protección de la salud y ambiente, que incluyan saneamiento básico, calidad ambiental y control de vectores.
- ✓ Participar en el diseño, emisión, actualización y reajuste periódico de las normas técnicas para la vigilancia, control y supervisión de los programas de salud y ambiente.
- ✓ Participar en la difusión y comunicación social de las normas de carácter técnico que se establezcan en los diferentes niveles de atención.



- ✓ Participar en el proceso de capacitación a los recursos humanos en la norma técnica que se desarrollen.
- ✓ Participar en el proceso de investigación, con énfasis en las de carácter operacional que se implementen.
- ✓ Participar en el análisis permanente de la situación de salud y en la identificación de prioridades de salud.
- ✓ Dictar las medidas inmediatas necesarias y aplicar el régimen de sanciones por infracciones sanitarias en las áreas de saneamiento básico y calidad ambiental, así como vigilar el cumplimiento de los procesos sancionatorios cuando sean aplicados por las dependencias del nivel ejecutor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- ✓ Definir, revisar y actualizar periódicamente las normas de calidad requeridos para el buen funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados relacionados con servicios básicos de saneamiento del medio y calidad ambiental.
- ✓ Participar en la difusión de las normas de calidad exigidas a los servicios de salud públicos y privados para su adecuado funcionamiento.
- ✓ Establecer las normas para acreditar, registrar o autorizar el funcionamiento de servicios de saneamiento básico en el ámbito nacional.

Una de las últimas funciones asignadas al Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente, es velar por el cumplimiento de las normas de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, Decreto número 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, así como presentar las denuncias correspondientes y la aplicación de las multas que establezca la ley y el reglamento en



coordinación con el Ministerio de Gobernación y sus dependencias, bajo su más estricta responsabilidad, esto de conformidad con el Artículo 7 del mencionado Decreto.

Entre los objetivos del Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente, están los siguientes:

- ✓ Diseñar, emitir y actualizar la legislación sanitaria para la protección de la salud y ambiente, socializando, auditando y supervisando la vigilancia de su cumplimiento.
- ✓ Regular normas y procedimientos para la protección de la salud y el ambiente.
- ✓ Socializar y capacitar al nivel operativo del Ministerio de Salud en las normas y procedimientos.
- ✓ Supervisar la vigilancia del cumplimiento de la normativa.
- ✓ Cumplir y hacer cumplir las normas de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco.

4.4. Estructura orgánica

Es necesario mencionar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es una institución estatal a cargo del Organismo Ejecutivo, de conformidad con el Artículo 193 de la Constitución Política de la República de Guatemala.

La estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene su máxima jerarquía en el Despacho Ministerial, al que se subordinan las siguientes dependencias:

- ✓ Consejo Técnico.
- ✓ Consejo Nacional de Salud.



- ✓ Planificación Estratégica.
- ✓ Secretaría Ejecutiva del Despacho Ministerial.
- ✓ Auditoría Interna.
- ✓ Sistema de Información Gerencial en Salud.
- ✓ Asesorías Específicas.
- ✓ Asesoría Jurídica.
- ✓ Unidades Especiales de Ejecución.
- ✓ Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.
- ✓ Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud.
- ✓ Gerencia General Administrativo Financiera.
- ✓ Dirección General de Recursos Humanos en Salud.

De estas 13 dependencias la que nos interesa conocer es la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, la que a su vez se conforma de las siguientes dependencias:

- ✓ Secretaría General.
- ✓ Unidad de Centro de Documentación.
- ✓ Unidad de apoyo administrativo.
- ✓ Unidad de Asesoría jurídica.
- ✓ Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP).
- ✓ Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente (DRPSA).
- ✓ Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud (DRACES).



- ✓ Departamento de Regulación, y Control de Alimentos (DRCA).
- ✓ Departamento de Regulación, y Control de Productos Farmacéuticos y Afines (DRCPFA).
- ✓ Laboratorio Nacional de Salud (LNS).

De las 10 dependencias anteriores conoceremos la estructura del Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente (DRPSA). Este departamento de compone de las dependencias siguientes:

- ✓ Jefatura.
- ✓ Unidad administrativa.
- ✓ Unidad técnico normativa.
- ✓ Unidad de autorizaciones sanitarias.
- ✓ Unidad de vigilancia y control.
- ✓ Unidad de investigación y estudio.
- ✓ Comisión de tabaco.
- ✓ Comisión de plaguicidas.
- ✓ Programa nacional de vigilancia del agua para consumo humano.
- ✓ Comisión de desechos sólidos hospitalarios.

El Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente (DRPSA), es responsable de coordinar las comisiones siguientes:

- ✓ Comisión de asistencia técnica para la aprobación de la publicidad de los productos de tabaco.



- ✓ Comisión de plaguicidas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- ✓ Comisión multisectorial de coordinación y apoyo para el manejo de desechos sólidos hospitalarios.

La Comisión de Asistencia Técnica para la Aprobación de la Publicidad de los Productos de Tabaco, fue creada mediante Acuerdo Ministerial número SP-M-731-2002 de fecha 10 de julio de 2002. La Comisión es coordinada por el representante del Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente.





CAPÍTULO V

5.1. La protección de la salud como base fundamental del Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala

Sin duda uno de los pasos más importantes en la promoción y protección de la salud de las personas, es la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, contenida en el Decreto número 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, la cual fue publicada en el Diario Oficial el 22 de diciembre de 2008 y entró en vigencia 60 días después de su publicación, tal como lo establece el Artículo 9 de la normativa relacionada.

Un suceso que sin duda alguna demuestra un gran avance en el campo de la salud y que pone a Guatemala como ejemplo a seguir para muchos países, principalmente latinoamericanos. El gobierno ya hizo su parte y merece nuestro reconocimiento, ahora nos toca a la sociedad civil promover el buen cumplimiento de esta ley, que busca ante todo, la promoción de una cultura por la salud.

Si bien, la industria tabacalera ha sido la principal oponente, al grado que algunos grupos han solicitado amparos y realizado diversas artimañas para defender con argumentos por completo insostenibles desde el punto de vista legal y médico, lo cierto es que esta ley beneficia a todos.



Basta saber que en Guatemala, las enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, ocupan uno de los primeros lugares, siendo también dichas enfermedades una de las principales causas de muerte en nuestro país.

5.2. El goce de la salud como derecho fundamental del ser humano

Ya sea que una persona fume o tan sólo inhale el humo que otros producen, fumar activa o pasivamente es una adicción muy costosa, además, y lo más riesgoso, es que reduce su promedio de vida al ocasionar diversas enfermedades como efectos adversos inmediatos en el sistema cardiovascular; enfermedad coronaria y cáncer de pulmón en adultos; aumento en frecuencias cardíaca y presión arterial; constricción de arterias coronarias; activación de plaquetas y elevación de ácidos grasos promoviendo aterosclerosis. Incluso, se tienen estudios donde se demuestra que los sujetos no fumadores expuestos a humo de segunda mano, tuvieron una progresión de aterosclerosis 20% mayor que los sujetos en un ambiente libre de humo de tabaco.

Si esto no es motivo suficiente para apoyar esta ley, hay que recordar que el tabaquismo también provoca disfunción eréctil; disminución y deformación de los espermatozoides; disminución de los sentidos del olfato y del gusto; interfiere con el metabolismo del Zinc y las vitaminas B y C e incrementa la producción de radicales libres.

Diversos estudios han revelado que la exposición al humo de tabaco de segunda mano causa enfermedad y muerte prematura en niños y adultos no fumadores. Si sumamos todos estos aspectos, nos podremos dar cuenta que el tabaquismo es un vicio muy caro



para quienes lo practican y también para quienes no lo practican, por lo que las consecuencias de esta ley van mucho más allá de reclamos de costos económicos para la industria como la restaurantera o tabacalera. Son costos invaluable como la vida misma.

En conclusión, fumar es una adicción muy costosa, tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto. En consecuencia es necesario apoyar la promulgación y cumplimiento de esta ley para controlar el consumo de tabaco.

En ese sentido, no está demás insistir en que el tabaquismo afecta no solo a la persona que fuma, sino principalmente a todas las personas que se encuentran a su alrededor (fumadores pasivos). También hay que tomar en cuenta que a causa de esta adicción, muchas personas invierten cantidades razonables de sus ingresos en cigarros, afectando así el presupuesto disponible para alimentación, o bien, para cualquier otra necesidad básica de cada individuo y de su familia. Esta medida podría ayudar a disminuir el consumo de cigarros y por lo tanto disminuir ésta adicción.

La creación del Decreto número 74-2008 del Congreso de la República, es otro paso más para Guatemala hacia el respeto y el goce de la salud como derecho fundamental del ser humano. La Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, tiene como finalidad preservar la salud y la protección de la población no fumadora y no consumidora del tabaco.



El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, pero especialmente la prevención de cualquier clase de enfermedades.

El derecho a la salud está consagrado en nuestra Constitución Política de la República de Guatemala, tratados internacionales sobre derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

El derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, prevención de las enfermedades y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

En la mitad del siglo pasado, en torno a 1950, surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los derechos fundamentales del ser humano, inherentes a



la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y que todos los seres humanos debían gozar.

El derecho a la salud fue indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos. Sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como es el social y el político.

Es por ello que no sólo en las declaraciones universales el derecho a la salud aparece entre los primeros derechos fundamentales, sino también en las constituciones o cartas magnas que vertebran las distintas normativas nacionales y que finalmente acaban asumiendo las distintas estructuras de gobiernos regionales y locales, más cercanas al usuario de todo servicio de salud.

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

Por su parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su Artículo 12, se describe así: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

- ✓ La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.



- ✓ El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- ✓ La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
- ✓ La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece explícitamente que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esto puede resumirse en tres valores fundamentales:

- ✓ La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- ✓ La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción entre todos los países.
- ✓ La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades, en el desarrollo continuo de la salud.

Visto esto, todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades.

En la actualidad se intenta que los poderes públicos compartan su responsabilidad en la custodia de la buena salud con los titulares de los derechos de la salud, los propios ciudadanos, promoviendo la salud pública, estilos de vida sanos y un medio ambiente saludable. Esto es, actuar antes de que se produzcan patologías que con una adecuada información podrían evitarse.



Es por ello que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo han de cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener constante una calidad en la asistencia.

Los ciudadanos, por su parte, han de aprovechar los programas de salud destinados a proporcionarles información adecuada tanto para la prevención de enfermedades como para comprender mejor su tratamiento y ser responsables en el cumplimiento terapéutico.

Los poderes públicos, sin descuido de lo anterior, también han de proporcionarle al ciudadano canales adecuados para hacer saber al sistema sanitario cuáles son sus fallos, y de ese modo reaccionar y resolver tales problemas. La figura del Defensor del Paciente es tan importante como la de las distintas asociaciones de pacientes, que conocen en qué puntos el sistema falla o ha de reforzar su atención. Un adecuado funcionamiento de ambos canales de comunicación entre pacientes y sistemas sanitarios ahorraría, tanto a unos como a otros, trámites judiciales que en ocasiones llegan demasiado tarde a la hora de resolver problemas de salud.

El ciudadano, o el titular del derecho de salud, por tanto, no sólo ha de manejar información adecuada sobre asistencia y prevención, sino también sobre su derecho a recurrir al defensor del paciente o a las distintas asociaciones de pacientes para mejorar con ello el sistema sanitario tanto a nivel local como regional, autonómico o nacional.



Tomar conciencia de todos estos aspectos derivados del derecho de la salud procuran un adecuado rendimiento de los recursos, permitiendo que el sistema de salud pueda a medio plazo reducir sus presupuestos asistenciales con una adecuada política de información preventiva y de derechos del paciente, y proporcionando así al ciudadano un sistema de bienestar que se acerque a los objetivos marcados por todas las normativas mencionadas al principio.

5.3. La salud y su relación con el derecho a la vida desde su concepción

“El tabaquismo durante el embarazo ha sido relacionado a muchas patologías obstétricas y neonatales, como desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto, parto prematuro, síndrome de distress respiratorio del recién nacido, bajo peso de nacimiento, muerte súbita, síndromes neurocognitivos, entre otros”.¹⁸

En relación a la patología respiratoria el tabaquismo durante el embarazo produce alteraciones en la función de la vía aérea, traducido por flujos respiratorios disminuidos, sibilancias recurrentes y asma bronquial, hiper reactividad bronquial, mayor frecuencia de hospitalizaciones e infecciones respiratorias bajas.

Finalmente es fundamental aplicar medidas tendientes a evitar el tabaquismo en las mujeres embarazadas y en el producto de la concepción.

¹⁸ **Organización Mundial de la Salud.** El hábito de Fumar y las enfermedades. Crónicas,1985, (440).



“El tabaquismo durante el embarazo ha sido implicado en un gran número de patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo. La exposición al cigarrillo in útero es considerada como una forma diferente de exposición pasiva, el feto no está directamente expuesto al humo.

Las concentraciones de nicotina y cotinina en mujeres fumadoras durante el embarazo y en sus hijos al nacer, indican que estos últimos tienen exposición sistémica a las toxinas del tabaco desde el momento de la concepción, presentando los mismos niveles de nicotina que el fumador activo. Aunque la nicotina ha sido el compuesto del cigarrillo más estudiado, en el humo se encuentran presentes otros cientos.

Los efectos del tabaco durante el embarazo son diversos, lo más importantes son el desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro y mortinato. Se estima que el tabaquismo sería el responsable de cerca del 18% de los casos de bajo peso de nacimiento, de un riesgo aumentado de muerte súbita del lactante y mortalidad perinatal”.¹⁹

Además de alteraciones neurocognitivas, cáncer y malformaciones congénitas, el cigarrillo provoca transitoriamente descensos en el flujo sanguíneo uterino, reduciendo el aporte de oxígeno desde el útero a la placenta. Los elevados niveles de carboxihemoglobina que se encuentran en la sangre materna y fetal pueden llevar a hipoxia fetal crónica, evidenciada por aumento del hematocrito en el recién nacido.

¹⁹ Salud Reproductiva, <http://www.fhi.org> (2 de abril de 2006)

El retardo en el crecimiento intrauterino se puede atribuir a diversos factores incluyendo propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, elevación de los niveles de la carboxi hemoglobina y de catecolaminas, hipoxia tisular fetal, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. En el caso de lactantes víctimas de muerte súbita se ha observado un aumento en el grosor de la vía aérea.

Elliot y colaboradores han descrito una mayor distancia entre los puntos de unión alveolar de la vía aérea intraparenquimatosa en lactantes expuestos in útero, comparados con los no expuestos y con los lactante expuestos solamente en el período postnatal, sugiriendo que esto podría ser el resultado de un desarrollo disminuido de los alvéolos in útero, expresándose en una reducción en la retracción elástica pulmonar, lo que concuerda con el hecho que el riesgo de muerte súbita es mayor en lactantes expuestos a tabaco en el embarazo y en el período postnatal que en los expuestos solamente en el período postnatal.

En relación a la mayor sintomatología respiratoria en hijos de madres fumadoras, se ha demostrado en ratones que la exposición del feto a la nicotina se asocia con anomalías morfológicas significativas del pulmón: bronquios tortuosos y dilatados, anomalía de la superficie de la mucosa de los bronquios pequeños, aumento en el tamaño celular de los cuerpos neuroepiteliales, disminución de peso del pulmón fetal, volumen pulmonar disminuido, reducción en el número y tamaño de los alvéolos y disminución del volumen total del tejido elástico.



Esta información indica que el tabaquismo materno afecta especialmente el desarrollo de la vía aérea intratorácica, pero el efecto general es una alteración intrauterina del crecimiento y maduración pulmonar, además se altera el crecimiento somático, pero la reducción en el flujo aéreo no se explicaría solamente por este hecho.

Con respecto al asma los mecanismos involucrados no están del todo aclarados, el daño precoz inducido por el tabaquismo materno en la vía aérea pequeña del feto en un período crítico de su desarrollo, altera permanentemente tanto la función de la vía aérea pequeña como la retracción elástica y la función inmune.

El tabaquismo materno durante el embarazo representa una injuria importante al producto de la concepción. Es el período neonatal y durante los primeros años de vida donde se manifiestan los mayores efectos deletéreos derivados de la exposición in útero al tabaco, con mayor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria neonatal, muerte súbita, sibilancias recurrentes, hiper reactividad bronquial, aumento del riesgo de hospitalizaciones, infecciones respiratorias bajas y mayor incidencia de asma en la niñez y adolescencia, especialmente cuando existe antecedente familiar.

La salud antes de la concepción es la salud de la mujer antes de quedar embarazada. El término se refiere a conocer de qué manera las condiciones médicas y los factores de riesgo podrían afectar a una mujer o a su bebé por nacer si queda embarazada. Por ejemplo, algunos alimentos, hábitos y medicamentos pueden dañar a su bebé, incluso antes de concebirlo. Algunos problemas de salud, como la diabetes, también pueden afectar el embarazo.



Todas las mujeres deben pensar en su salud, ya sea que estén planificando un embarazo o no. Una razón es que aproximadamente la mitad de los embarazos no son planificados. Con los embarazos no planificados, hay un mayor riesgo de parto prematuro y de que el bebé nazca con bajo peso.

Otra razón es que, a pesar de los importantes avances en la medicina y en la atención prenatal, aproximadamente uno de cada ocho bebés nace antes de tiempo.

Los investigadores están tratando de averiguar por qué se producen los partos prematuros y cómo prevenirlos. Sin embargo, los expertos coinciden en que las mujeres deben estar más saludables antes de quedar embarazadas.

Tomar medidas sobre riesgos y cuestiones de salud antes del embarazo puede prevenir problemas que podrían afectarle a usted o a su bebé en el futuro.

Las mujeres y los hombres deben prepararse para el embarazo antes de pasar a ser sexualmente activos, o por lo menos tres meses antes del embarazo. Algunas medidas, como dejar de fumar, alcanzar un peso saludable o ajustar los medicamentos que toma, deben tomarse incluso antes del embarazo.

El fumar es un problema mayor de salud pública. Todos los fumadores corren un riesgo mayor para el cáncer del pulmón, otras enfermedades del pulmón, problemas cardiovasculares y otros problemas de salud. El fumar durante el embarazo puede poner en peligro la salud de la mujer y la de su bebé aún por nacer.

El 8% de las mujeres en los países en desarrollo fuma. Muchas de estas mujeres fuman *mientras están embarazadas*.



El humo del cigarrillo contiene más de 2,500 productos químicos. No se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo del bebé, pero se cree que tanto la nicotina como el monóxido de carbono pueden hacer que el embarazo no tenga el resultado deseado.

“El fumar prácticamente duplica el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso. El bajo peso al nacer puede ser resultado del desarrollo insuficiente del bebé en el útero, un parto prematuro o ambas cosas. Se sabe desde hace tiempo que el fumar retarda el crecimiento del feto y los estudios sugieren que además aumenta el riesgo de parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayores riesgos de sufrir problemas graves de salud durante los primeros meses de vida, incapacidades permanentes como parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje e incluso la muerte”.²⁰

Cuanto más fume una mujer embarazada, mayor será el riesgo para su bebé de nacer con bajo peso. Además, si deja de fumar al final del primer trimestre del embarazo, tendrá prácticamente las mismas probabilidades de que su bebé nazca con bajo peso que una mujer que nunca fumó. Aun cuando la mujer no consiga dejar de fumar en el primer o segundo trimestre, si lo hace durante el tercero el desarrollo de su bebé puede mejorar.

Un estudio reciente sugiere que las mujeres que fuman en cualquier momento entre el mes antes del embarazo hacia el final del primer trimestre tienen más probabilidades de tener un bebé con defectos de nacimiento, en particular defectos cardíacos congénitos.

²⁰ **Salud Reproductiva**, <http://www.fhi.org> (02/04/2006).



El riesgo de los defectos del corazón parece aumentar con el número de cigarrillos que la mujer fuma.

El fumar se ha asociado con una serie de complicaciones durante el embarazo. Al parecer, el cigarrillo duplica el riesgo de que la mujer desarrolle complicaciones en la placenta. Entre estas complicaciones se cuentan la placenta previa, una condición en la que la placenta se ubica en una posición muy baja en el útero y cubre la totalidad o parte del cuello del útero, y el desprendimiento de la placenta, en que la placenta se separa de la pared uterina antes del parto. En ambos casos, la vida de la madre y del niño corre peligro durante el parto debido a la hemorragia excesiva, aunque en la mayoría de los casos es posible evitar las muertes con un parto por cesárea. Los problemas en la placenta determinan un riesgo ligeramente mayor de que el bebé nazca muerto cuando la madre fuma durante el embarazo.

El fumar durante el embarazo también aumenta aparentemente el riesgo de rotura prematura de la bolsa (el saco que contiene al bebé dentro del útero se rompe antes de que comiencen el trabajo de parto). En estos casos, la mujer puede experimentar un goteo o la expulsión de abundante líquido de su vagina. Por lo general, comenzará con los dolores de parto después de algunas horas. Cuando la bolsa se rompe antes de las 37 semanas de embarazo se denomina rotura de bolsa prematura y, por lo general, da como resultado el nacimiento de un bebé prematuro.



5.4. La salud como bien público

“El concepto de bien público admite varios posibles significados. Tradicionalmente, un bien público es aquel que pertenece o es provisto por el Estado a cualquier nivel: Gobierno central, municipal o local, por ejemplo, a través de empresas estatales, municipales, etcétera. En general, todos aquellos organismos que forman parte del sector público”.²¹

Esta concepción se remonta al derecho romano, en el cual la cosa pública hacía referencias a las propiedades de la antigua Roma o sus ciudadanos en conjunto, tales como las fuentes de agua de la ciudad, las calles, etcétera.

La influencia de esta acepción se ha extendido con algunas modificaciones hasta el presente, por ejemplo, Andrés Bello escribe en relación a los bienes nacionales: Si además su uso pertenece a todos los habitantes de la nación, como el de las calles, plazas, puentes y caminos, el mar adyacente y sus playas, se llaman bienes nacionales de uso público o bienes públicos.

Nótese que en esa definición Bello utiliza dos criterios: la propiedad es estatal, el usufructo es general a los habitantes.

En el presente esta concepción perdura principalmente en la tradición legal, la de la ciencia política y la de la economía política. Así, en esas áreas en general se entiende por dominio público el conjunto de bienes y derechos de titularidad pública, destinados al uso público.

²¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Bien_p%C3%BAblico (23 de abril de 2012)



De conformidad con el Artículo 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala, la salud de los habitantes de la nación es un bien público, por lo que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Bien público es aquel bien cuya titularidad es del pueblo, puede comprender tanto bienes de uso público, como bienes gratuitos o colectivos de uso no público. En términos económicos un bien público se define como un servicio u objeto que puede ser consumido por algún o algunos individuos sin reducir las oportunidades de otros en cuanto a consumo o disfrute. El único rasgo distintivo de lo público es la inclusión de todos en tanto que único rasgo característico de lo privado es su posibilidad de excluir a alguien.

En principio un bien público solo puede ser provisto por una entidad cuya naturaleza haga imposible la exclusión de individuos. Por consiguiente los bienes públicos son provistos por el Estado.

En consecuencia, siendo la salud un bien público, corresponde al Estado de Guatemala velar por la conservación y su restablecimiento.

Además de un derecho humano, la salud es un condicionante y un indicador del crecimiento social y económico y del nivel de desarrollo individual y de un país, un reto para la planificación, la gestión y la investigación, un bien de consumo.



Pero, esencialmente, según la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1946, "es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Por otro lado, el Congreso de Médicos y Biólogos en lengua catalana de 1978 afirmaba que la salud es aquella manera de vivir que es jubilosa, autónoma y solidaria.

Lamentablemente, sin embargo, mientras que en el reducido número de países beneficiarios del Estado del bienestar la salud es considerada como un bien y un derecho al alcance de toda la población, en la mayor parte del planeta la enfermedad o la falta de salud implica a menudo la pérdida del puesto de trabajo, el hecho de tener que hipotecar los escasos recursos disponibles para pagar a los médicos y los tratamientos y quedar condenado a la marginación por un problema de salud que limita o inhabilita las capacidades laborales y sociales.

A pesar de que los datos internacionales muestran una mejora del estado de salud en el mundo, la esperanza de vida al nacer se incrementó en veinticinco años durante el siglo pasado y se consiguió el control e incluso la erradicación de algunas de las principales enfermedades infecciosas como la viruela, la salud y la calidad de vida de gran parte de los 2.500 millones de personas que viven en países de renta baja sigue situándose por debajo de los límites aceptables para cualquier ser humano.

Esto refleja el profundo nivel de desigualdad que existe entre personas, países y zonas del planeta, que incrementa las diferencias entre quienes pueden disfrutar de buena

salud y disponen de los medios para mantenerla y aquellos que no tienen acceso a los recursos básicos para superar enfermedades que cuentan con tratamientos eficaces y, a menudo, de un costo no muy elevado.

Un ejemplo de ello es el hecho de que las enfermedades transmisibles explican la diferencia de mortalidad entre el 20% de la población más rica del planeta y el 20% de la más pobre, es decir, las enfermedades relacionadas con la pobreza.

En el mismo sentido, se evidencia el enorme desequilibrio entre la importancia de las enfermedades y el esfuerzo que se realiza a este respecto en el ámbito de la investigación, como lo demuestra la existencia del conocido gap 10/90, que ilustra que sólo un 10% de los recursos mundiales en investigación se dedican a las enfermedades que generan el 90% de la carga mundial de enfermedad.

Es bien sabido que el estado de la salud de las personas viene determinado por factores que se sitúan mucho más allá de los propios recursos y sistemas sanitarios de un país. De esta manera, en 1976 el entonces ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde, planteaba que el nivel de salud de una comunidad estaba influido por cuatro grandes grupos de determinantes:

- ✓ La biología humana, es decir, la constitución, la carga genética, el desarrollo y el envejecimiento.
- ✓ El medio ambiente, incluidos desde los elementos vinculados al impacto sobre la naturaleza, como la contaminación física, química y biológica, hasta los aspectos psicosociales y sociocultural.

- ✓ Los estilos de vida y las conductas de salud: el consumo de sustancias adictivas institucionalizadas (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, heroína, pastillas, etcétera), el sedentarismo y la falta de ejercicio físico, el tipo de dieta y la alimentación, el estrés, la violencia, la conducción y los accidentes de tráfico, y la mala utilización de los servicios socio sanitarios.
- ✓ El sistema de asistencia sanitaria: la mala utilización de los recursos, los efectos adversos producidos por la asistencia sanitaria, las listas de espera demasiado largas, la burocratización de la asistencia.

Estos principios han sido ratificados, con algunos matices y especificidades, por diversos autores (Dever, Tarlov) y son considerados como marco de referencia conceptual de los determinantes de salud.

Pese a ello, el análisis de la situación desde una perspectiva de salud internacional requiere hacer hincapié en el análisis de la transición demográfica y las igualdades y diferencias entre países de renta baja y elevada. Es necesario analizar las principales características sociales y económicas, los cambios de valores que provocan la reestructuración de las sociedades, los beneficios y perjuicios de los sistemas de salud públicos y privados y las consecuencias de la globalización (inmigración, enfermedades nuevas y emergentes, aislamiento progresivo de algunos países, colapso de sistemas económicos, etcétera).

Es fundamental replantearse las estrategias del mundo occidental a la hora de afrontar los diversos retos en materia de salud analizando la importancia de la medicina

tradicional, la implicación de las comunidades en el análisis de su estado de salud, los retos bioéticos de los nuevos tratamientos y el desarrollo de medicinas y productos sanitarios en países de renta baja.

Entre los aspectos vinculados a los sistemas de salud de los países destacan los relacionados con su accesibilidad por parte de la población en todos los aspectos geográfico, informativo, administrativo y económico.

En el transcurso del tiempo y en diferentes contextos, sistemas de salud nacionales han puesto en práctica múltiples experiencias, de manera que hoy disponemos de ejemplos sobre modalidades que cubren las necesidades en salud en los países de renta baja, como gestión de recursos sanitarios para los municipios y las comunidades, incentivación de programas de prevención y control diseñados e implantados con la participación de la población, formación de agentes de salud, producción local de fármacos, etcétera.

Una vez más, hay que destacar la importancia de la educación para la salud y la capacidad de poner en marcha y mantener las líneas de actuación necesarias en materia de promoción, prevención y protección de la salud. De entre todas ellas, adquiere una relevancia especial el reto de proporcionar acceso a vacunas, a fármacos esenciales y a tratamientos contra la malaria, el sida y la tuberculosis, como enfermedades paradigmáticas de la desigualdad y la pobreza.



Las intervenciones vinculadas con la salud materna e infantil representan, también, un mirador y un indicador de la medida y la garantía del estado de salud de la población.

La precariedad económica de los países de renta baja, las consecuencias derivadas de los sistemas coloniales, el neocolonialismo y las políticas nacionales e internacionales han aportado una larga tradición a los sistemas de ayuda externa y de cooperación por parte de organismos bilaterales y multilaterales, agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales.

En este sentido, se identifican intervenciones fundamentadas en los intereses de los países y los organismos donantes, actuaciones esporádicas no consensuadas con las políticas de salud nacionales y situaciones históricas de intervenciones de todo tipo.

Partiendo de esta realidad, se imponen la racionalización y los criterios de la ayuda externa a los países de renta baja como elementos centrales en el debate sobre los retos sanitarios que hay que afrontar durante el presente siglo, desde todos los ámbitos, en el que hay que dar un protagonismo especial a los beneficiarios de este apoyo.

Como experiencias concretas, hay que subrayar el análisis de la utilidad de redes comunitarias (sida, malaria y tuberculosis), las experiencias de asociaciones públicas y privadas, las asociaciones con agencias multilaterales e internacionales y el papel de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la salud.



La consideración de la salud como derecho humano y como bien público global y la elaboración de un código de salud a escala internacional basado en principios bioéticos son fundamentos que han de ser dinamizados por los estados y por la sociedad en su conjunto, y deben promover el individuo como principal protagonista en la mejora de su salud individual y colectiva.

A fin de evitar las grandes declaraciones de intenciones, resulta esencial estructurar y definir las responsabilidades básicas de los Estados y de la comunidad internacional en materia de salud construyendo nuevos paradigmas que redirijan las tendencias actuales.

La continuidad de las directrices y propuestas planteadas desde el diálogo de salud se plantea a partir de la elaboración de proyectos tanto en el ámbito de la investigación biomédica como en el de la planificación de intervenciones efectivas, el acceso a estas intervenciones y el análisis de las políticas de salud que hacen viable su existencia y accesibilidad.

Una vez establecido el diagnóstico crítico e identificadas muchas de las intervenciones efectivas en materia de salud, aún falta hacer efectivos buena parte de los compromisos de científicos, planificadores, financiadores y políticos, y de este modo contrarrestar los efectos perversos de un mundo global que hasta hoy se ha demostrado, también en el ámbito de la salud, que actúa esencialmente en beneficio de una minoría y en detrimento de la mayor parte de la población mundial.



La salud es un bien público, un derecho humano y social. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), es el canal más equitativo para invertir en la salud de la población guatemalteca.

La salud favorece el desarrollo económico, la productividad laboral, el rendimiento escolar y la integración social.

La salud es una estrategia contra la pobreza y un ingrediente necesario para la estabilidad social y gobernabilidad política del país.

Partiendo de entender a la prestación de salud como uno de los principales bienes públicos que debe aportar el Estado, debemos ser cuidadosos para no caer en el engaño de una mirada puramente economista. Si bien la insuficiencia en la provisión de bienes públicos es uno de los problemas estructurales de las crisis que nuestro país ha transitado, en el caso de la salud y la educación se transforma también en el termómetro con el cual se juzgan las políticas sociales de los distintos gobiernos.

Está claro para nosotros que la salud es un bien social y, en consecuencia, un derecho para todos y cada uno de los habitantes de nuestro territorio.

Esta visión se contrapone con el concepto instalado en los años regidos por el pensamiento neoliberal, según el cual la salud pública era un gasto y la eficiencia en su prestación era juzgada con parámetros puramente fiscales. Asimismo, bajo esta concepción, la salud era entendida como una mercancía más, a la cual las personas accedían de acuerdo con su capacidad para adquirirla.



Hoy en día, si bien es otra la noción que se enuncia desde el gobierno, aún persisten muchos de los rasgos característicos del modelo alumbrado en las últimas décadas.

Queda entonces por delante el análisis de un sistema que busca el bienestar del hombre y la salud de la comunidad, pero tiene fuertes continuidades con el pasado reciente.

La complejidad del sistema actualmente en funcionamiento en nuestro país, plasmada en la convivencia de un subsistema público junto a un subsistema de obras sociales y otro de empresas de medicina prepaga con un claro objetivo de lucro, dificulta la elaboración de un proyecto que instale la vigencia real de la salud como un derecho de cada persona.

Sabemos que la salud de la población está condicionada por la atención que reciba en forma preventiva desde su gestación, y es allí donde entran también, entre otras cuestiones, la alimentación, el trabajo, el abrigo, la vivienda, la educación.

Estos temas nos señalan los estrechos vínculos que tiene la política sanitaria no sólo con la atención de la salud, sino también con todas las dimensiones que hacen a la vida de las personas, dimensiones que se deben abordar desde la medicina, pero también desde el conjunto de las ciencias sociales y la economía.

Por último, queremos destacar que a medida que progresa el desarrollo científico y tecnológico mejoran las posibilidades de ofrecer condiciones de vida más dignas, de ahí que no es un tema ajeno disponer de un sistema endógeno y no sujeto a los intereses de las multinacionales que utilizan nuestro territorio como laboratorio de pruebas de



muchos de sus productos y, en muchos casos, como un mercado disponible para liberarse de aquellos medicamentos perniciosos u obsoletos.

Un sistema de salud integral que albergue a todos y todas va de la mano, de manera insustituible, del desarrollo y la participación equitativa en la distribución social.

El Decreto número 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, es sin lugar a dudas, una herramienta legal para el cuidado de la salud de todos los habitantes de la república, es sin lugar a duda una herramienta legal que coadyuva a la prevención de un sinfin de enfermedades mortales que en años anteriores han afectado a la población; inclusive desde su concepción.



CONCLUSIONES

1. El Estado de Guatemala no ha tomado acciones suficientes para proteger el derecho fundamental de la salud de todos sus habitantes, y si bien es cierto que ha desarrollado mecanismos legales de prevención contra el consumo del tabaco, también es cierto que su objetivo primordial debe ser la erradicación del tabaquismo, para cumplir con los deberes constitucionales de protección a la persona humana, la familia y procurar el más completo bienestar físico, mental y social de sus habitantes.
2. El tabaquismo es un hábito que afecta principalmente a la juventud, nocivo para la salud, causante de enfermedades y muerte, que le genera gastos exuberantes al Estado de Guatemala, desintegra hogares, afecta tanto a fumadores activos como pasivos, y que incluso pone en riesgo la vida humana desde su concepción, en virtud de que afecta la salud de la mujer embarazada.
3. El Departamento de Regulación de los programas de Salud y Ambiente, no vela a cabalidad por el cumplimiento de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco y su reglamento, siendo evidente que no ejerce la vigilancia debida, en virtud de que a la fecha existen muchos establecimientos que no poseen la señalización adecuada y que permiten el consumo de tabaco dentro de sus instalaciones.





RECOMENDACIONES

1. El Congreso de la República de Guatemala, debe crear otras leyes que tiendan, no solo a prevenir las enfermedades causadas por el consumo de tabaco, si no a erradicarlas por completo, prohibiendo en definitiva la producción, venta y consumo del tabaco, y con eso cumplir los mandatos constitucional de protección de la vida humana, integridad física y salud de los guatemaltecos.
2. El Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Educación y las Universidades del país, debe impulsar programas informativos y educativos, que permitan la difusión de las enfermedades que provoca el consumo activo o pasivo del tabaco, en virtud de que son los adolescentes la población más vulnerable para su consumo, y por consiguiente ignoran los perjuicios que ese nefasto hábito causa a la salud.
3. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Departamento de Regulación de los programas de Salud y Ambiente, debe velar por el cumplimiento del Decreto 74-2008 del Congreso de la República de Guatemala, estableciendo permanentemente vigilancia y control en los ambientes considerados libres de consumo de tabaco, presentando las denuncias respectivas e implementando otras acciones con el apoyo del Ministerio de Gobernación, que busquen erradicar el tabaquismo en los lugares prohibidos.





BIBLIOGRAFÍA

- CABANELLAS, Guillermo. **Diccionario de derecho usual**. 8t.; vol.8; Argentina: Editorial Ameba, 1968.
- CARLDWELL, Ernest, **Cómo dejar de fumar permanentemente**. Organización Editorial Novarro, S.A., 1974.
- FARGA, V. **Tabaco o salud, un desafío médico social**. Revista médica. Chile, 2008.
- FERNANDEZ CRUZ, A. **El libro de la salud**. Tomos 1 y 11. Barcelona, España: Editorial Danae, S.A., Mountaner 81.
- Foro Mundial de la Salud. **Cáncer del pulmón en la actualidad**. 1984.
- GARCIA LAGUARDIA, Jorge Mario, Edmundo Vásquez Martínez. **Constitución y orden democrático**. Guatemala: Ed. Universitaria de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 1984.
- GARCIA ROJAS, Miguel Cecilio. **Acción social de los centros de salud proyectada hacia la Comunidad**. Trabajo de Tesis, 2006.
- GEHLERT MATA, Carlos. **Vida, enfermedad y muerte en Guatemala**. Colección Monografías. 2 ed.; Vol. 9; Guatemala: Editorial Universitaria de Guatemala, septiembre 2004.
- HERNANDEZ SAENZ, Mario Stuardo. **Tabaquismo en médicos de la ciudad de Guatemala**. Tesis Facultad de Medicina, USAC, 1987.
- JIMENEZ VARGAS, Juan Guillermo. **Aborto y contraceptivos**. 2 ed.; España: Ed. Universidad de Navarra, 1979.
- KOOP, Everett. **Una sociedad sin tabaquismo**. Foro mundial de la salud. 1988.
- MAHLER HALFDAN. **Tabaco o salud: Elija la Salud**. Foro mundial de la salud, vol. 9; 1988.
- Oficina Sanitaria Panamericana. **Cómo ayudar a los fumadores a dejar el hábito**. Boletín vol. 104; 1988.
- Oficina Sanitaria Panamericana. **Taller sobre el control del hábito de fumar**. Boletín vol. 100; junio 1986.
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. **Salud y población**. Publicación Científica No. 232, 1971.



Organización Mundial de la Salud. **El hábito de fumar en el mundo**. Crónicas, 1979.

Organización Mundial de la Salud. **El hábito de fumar y las enfermedades**. Crónicas, 1985.

OSSORIO, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales**. Argentina: Ed. Heliasta, 1994.

PALACIOS DAVILA, Sara Lucía. Trabajo de Tesis: **Integración de la comunidad en programas de salud**. Escuela de Trabajo Social USAC.

POITEVIN R. y GUZMAN G. **Encuesta sobre tabaco y alcohol Guatemala**. DGSS, Depto. de Estadística, 1982.

Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala. **Derecho a la vida**. Guatemala: Ed. Talleres PDH, 1991.

Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala. **Derechos Humanos y derecho a la vida, legislación nacional e internacional**. Guatemala: Ed. Talleres PDH, 1990.

SCALA, Jorge. **Género y derechos humanos**. Guatemala: Ed. UNIS, 2005.

ZAMORANO, Tomás. **Tabaco o salud? Elija**. Revista Medicina de Chile.

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Convención Americana de Derechos Humanos. (Pacto de San José), San José de Costa Rica: 22 de noviembre de 1969.

Convención sobre los derechos del niño. Asamblea General de la ONU, 2 de septiembre de 1990.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de la ONU, 10 de diciembre de 1948.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966.



Fuentes electrónicas:

Derechos Humanos, <http://www.es.wikipedia.org> (15 de enero de 2006).

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, <http://www.rae.es> (19 de febrero de 2006).

Diccionario Médico, <http://www.viatusalud.com/diccionario.asp> (26 de junio de 2007).

Salud Reproductiva, <http://www.fhi.org> (2 de abril de 2006)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s.f.). Recuperado el 20 de marzo de 2011, de http://portal.mspas.gob.gt/vision_y_mision_general.html

<http://ecodiario.economista.es/internacional/noticias/658953/07/08/Alvaro-Colom-reacomoda-su-gabinete-y-cambia-a-dos-ministros-en-Guatemala.html>

Sistema de Salud del país en Estado de Emergencia. *Prensa Libre*. Recuperado el 16 de enero de 2012 de http://www.prensalibre.com/noticias/Salud-emergencia_0_628737135.html.

Jorge Villavicencio asume como Ministro de Salud. *Prensa Libre*. Recuperado el 2 de mayo de 2012 de http://www.prensalibre.com.gt/noticias/politica/Jorge-Villavicencio-asume-Ministro-Salud_0_692930833.html