



Derecho a la Salud en México

Coordinadores

Oliva López Arellano
Sergio López Moreno

Derecho a la Salud en México

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Salvador Vega y León

Rector General

Mtro. Norberto Manjarrez Álvarez

Secretario General

UNIDAD XOCHIMILCO

Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma

Rectora

Lic. Guillermo Joaquín Jiménez Mercado

Secretario

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Mtro. Rafael Díaz García

Director

Dra. Teresa Leonor Sánchez Pérez

Secretaria Académica

Dr. Luis Ortiz Hernández

Departamento de Atención de la Salud



Derecho a la Salud en México

Coordinadores

Oliva López Arellano
Sergio López Moreno

Derecho a la Salud en México

Primera edición, 2015

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana
Prolongación Canal de Miramontes 3855
Colonia Ex-Hacienda San Juan de Dios
14387, México, Distrito Federal

ISBN 978-607-28-0534-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Portada: composición a partir de las obras "Ternura", "Maternidad", "Flores", "Las manos de la protesta" y "El violinista", de Oswaldo Guayasamín.

La preparación y publicación de este libro contó con el apoyo financiero de la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (SEP/PRODEP) a través de la Red "Salud, Condiciones de vida y políticas sociales".

A José Blanco Gil,
con cariño imborrable.

Índice

Presentación	11
Aspectos generales del derecho a la salud	15
Origen y naturaleza de los derechos humanos	17
El derecho a la salud en México	51
Bioética y derecho a la salud	83
Aspectos específicos del derecho a la salud	109
El derecho a la alimentación en México	111
Derecho a la salud y clases sociales	153
Género y derecho a la salud	175
El derecho de las mujeres a la salud	187
Derecho a la salud de la población joven	209
Derecho a la salud de niños y niñas	231
Perspectivas y recomendaciones	257
Los alcances del derecho a la salud en México	259
Reforma sanitaria y derecho a la salud	287

Presentación

Oliva López Arellano, Sergio López Moreno

A pesar de que hace setenta años la salud fue reconocida como un derecho humano, la aspiración de tener un nivel de salud aceptable es todavía una meta inalcanzable para millones de personas en el mundo. Ni la meta de Salud para Todos en el año 2000 (SPT-2000) ni los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 fueron alcanzados por la mayoría de los países, y en muchos casos las condiciones de salud no sólo no mejoraron, sino que se deterioraron marcadamente.

La salud es un asunto que atañe a todos, que depende del desarrollo social y económico de las naciones pero que es, por encima de todo, un derecho humano fundamental. No obstante, la protección integral de la vida, la eliminación de la mortalidad evitable, la erradicación absoluta del hambre y la mejora permanente de las condiciones de salud son metas sólo alcanzables si se acompañan de la desaparición de la desigualdad económica y la falta de justicia. Como señala la Declaración para la Salud de los Pueblos, “la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia son las raíces de la mala salud y de las muertes de los pobres y los marginados” (Asamblea de la Salud de los Pueblos, 2000). En este contexto —caracterizado por una crisis económica que permanentemente amplía las brechas sociales entre pobres y ricos— los esfuerzos genuinos por poner a los derechos humanos en el centro de los planes y programas de gobierno serán siempre bienvenidos, pero no tendrán ningún éxito si no se acompañan de un ajuste sustantivo de la forma en que se distribuye la riqueza mundial y la transformación de un patrón civilizatorio basado en la explotación de los seres humanos y la naturaleza.

Ante el notable fracaso de las estrategias de SPT-2000 y ODM, la Organización de las Naciones Unidas ha tenido que proponerse nuevos objetivos, esta vez bajo el nombre de Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esta Agenda se propone, para el año 2030, erradicar la pobreza, eliminar la desigualdad, fortalecer la paz y alcanzar el acceso universal a la justicia. En esta nueva oportunidad la ONU ha decidido colocar como eje de su estrategia a la protección de los derechos humanos.

Tenemos la convicción de que es posible eliminar la pobreza y la desigualdad, y extender universalmente el acceso a la justicia en un ambiente de paz, pero estamos seguros de que estas aspiraciones no pueden alcanzarse separadamente. Esta no es sólo una posición ideológica, sino la evidencia de la historia: nunca un pueblo mejoró sus condiciones de vida sin antes ensanchar su democracia; obtener más y mejores libertades, y ampliar su acceso al trabajo decente, la seguridad social, la vivienda digna, la vida cultural, la alimentación adecuada, el agua potable, la atención de la salud y la educación; es decir, sin recibir la parte que merece del desarrollo social. En este contexto los derechos sociales pueden ser un arma formidable de los pueblos.

El punto de partida para aproximarse al derecho a la salud como un derecho social es el concepto de salud que subyace y da contenido a este derecho. La salud-enfermedad es parte indisoluble del proceso vital humano y expresión concreta de las formas en que una sociedad se apropia y transforma la naturaleza, se relaciona y se organiza. Es un proceso que transita permanentemente entre la salud y la no-salud y su comprensión debe considerar tanto sus expresiones individuales —que incluyen desde malestares físicos o psíquicos hasta enfermedades y muertes, como daño extremo— como las condiciones y respuestas sociales que hacen posible que en cada colectividad predomine uno u otro polo. Estas condiciones son conocidas como determinantes sociales de la salud y coinciden con los elementos que, en general, conforman el núcleo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales; en particular el derecho a la salud. En las sociedades capitalistas como la mexicana las formas de producción, consumo y distribución de la riqueza social determinan los perfiles de

salud-enfermedad y muerte de los grupos sociales. Asimismo, el Estado tiene una tarea esencial en la distribución de los recursos sociales y la reproducción del orden social. Así, la política actúa como determinante de la salud al definir la forma en que se distribuye el poder económico y se configuran los macro-procesos que dan curso a las políticas sociales que impactan directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones (López, Escudero y Carmona, 2008).

El actual modelo de desarrollo mexicano, de corte claramente neoliberal, deteriora en forma acelerada la calidad de vida y la salud de las mayorías y configura una sociedad crecientemente polarizada. En este escenario se presentan las contribuciones que conforman este libro. No han sido escritas por juristas o políticos, sino por expertos en medicina social y salud colectiva que provienen de distintos campos de especialidad. Lo que unifica los textos es la convicción de que la salud es un bien público que debe ser protegido, un derecho fundamental de las personas y un medio para el logro de otros bienes sociales y de bienestar humano. Comparten con la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible la aspiración de eliminar la pobreza y la desigualdad —fortaleciendo la paz y el acceso a la justicia— y alcanzar la justicia sanitaria a partir del desarrollo en equidad. Pero discrepan con la idea de que la salud es un asunto que debe ser atendido, exclusiva o fundamentalmente, mediante acciones de salud. Aspiran a contribuir con ideas alternativas al debate en torno a qué salud es posible alcanzar, para quién, y cómo.

Naturalmente, en ningún caso se espera dar respuesta a los complejos desafíos que plantea alcanzar la salud con desarrollo y equidad. Pero si estos desafíos aparecen con mayor claridad después de su lectura, el libro habrá cumplido su cometido.

Referencias

Asamblea de la Salud de los Pueblos (2000). Declaración de la Salud de los Pueblos. Savar, Bangladesh. 8 de diciembre. Disponible en: <https://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-spanish.pdf>

- Belmartino, S. (1992) Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar? En: Fleury, S. (Org.), Estado y políticas sociales en América Latina. México, UAM-FIOCRUZ-ENSP. pp.121-168.
- López, A.O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Revista Medicina Social. noviembre 2008, Vol. 3(4):323-35
- ONU (2015). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. 25 a 27 sept. De 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Aspectos generales del derecho a la salud

Origen y naturaleza de los derechos humanos

Sergio López Moreno, Oliva López Arellano

En este capítulo se presentan algunos de los elementos históricos y jurídicos que definen el lugar que ocupan los derechos humanos en la sociedad contemporánea. Para ello se exponen brevemente las principales características del derecho, sus relaciones con la ley, el debate entre *ius-naturalismo* y *iuspositivismo*, la incorporación de los derechos humanos en los ordenamientos jurídicos y los retos que se presentan en los sistemas políticos postwefalianos. No se trata sólo de una relación histórica o una exposición conceptual, sino de la combinación de ambas estrategias.

I. El derecho y la ley

Como señala María de la Válgoma, recordando a los romanos, *dónde hay sociedad hay derecho*. Probablemente esto se deba a la naturaleza de las relaciones humanas, cuyo desarrollo implica el establecimiento sistemático de acuerdos pero también la presencia de constantes conflictos. Para la mayoría de los expertos el derecho no es sino un modo de resolver los conflictos humanos, y su evolución el desarrollo de las formas para hacerlo. El derecho es un fenómeno social y es imposible imaginar una sociedad sin derecho (De la Válgoma, 2013).

La forma que las diferentes sociedades han seguido para solucionar sus conflictos no puede reconstruirse de manera precisa, pero es probable

que en las sociedades pasaran de la ley del más fuerte a la ley del talión, atravesando por la simple venganza. Como quiera que sea, las normas que lentamente se fueron instituyendo en la sociedad y adquirieron el carácter de reglas jurídicas tenían como propósito regular las conductas individuales y permitir la convivencia social, que es finalmente el propósito del derecho.

Las primeras leyes conocidas incluían elementos de la ley del talión, lo que por primera vez incorpora un criterio de proporcionalidad entre el daño provocado y la sanción aplicada. Un elemento tal vez más importante en la evolución del derecho fue la incorporación de un individuo en medio de las partes en conflicto —que al mismo tiempo los separa y los vincula— destinado a jugar el papel de juzgador neutral. Esto evitaba que las partes en conflicto se enfrentaran cara a cara y abría la posibilidad de que los juicios fueran imparciales. Paulatinamente, las normas jurídicas fueron adquiriendo su naturaleza actual. En la actualidad las normas jurídicas deben poseer, en general, las siguientes características intrínsecas:

Exterioridad. Esta característica indica que las normas no se aplican considerando las motivaciones de los individuos que están obligados a cumplirlas, sino sus conductas observables.

Generalidad. Esto significa que las normas se hacen para todos. Cuando se hacen para algún grupo en particular se denominan especiales y su legitimidad depende de la fuerza de su justificación. En materia de derechos humanos algunas leyes son de tipo especial, como en el caso de las personas con discapacidad, por ejemplo.

Obligatoriedad. Las normas no son sugerencias, sino reglas de comportamiento obligatorio. En realidad sólo en algunos casos son obligatorias; en otros son prohibitivas (pues no obligan a hacer algo, sino que lo prohíben), y en otros son permisivas.

Coercitividad. Este atributo permite exigir el cumplimiento de la norma a quien no la cumple, incluso por la fuerza.

Heteronomía. Se refiere a la naturaleza externa de la imposición de la norma. Esta característica las diferencia de las normas éticas, que el individuo se impone a sí mismo como ejercicio libre de la autonomía.

Punibilidad. Indica la prerrogativa de imponer penas cuando la norma no se cumple.

Bilateralidad. Las normas no pueden ser aplicadas sólo en un sentido, y si a un sujeto se le prohíbe realizar un acto en contra de otro, el segundo está igualmente obligado a no hacer lo mismo con el primero.

Abstracción. Las normas ordenan conductas abstractas, ya que se refieren a ordenamientos dirigidos a todos en general y a nadie en particular.*

Irretroactividad. Esta característica impide la aplicación de la norma en situaciones que ocurrieron antes de que entrara en vigor, evitando su aplicación injusta.

Las características extrínsecas de la ley, por su parte, son las de sanción, promulgación, publicación y derogación. Los mecanismos para sancionar, promulgar, publicar o derogar una ley dependen del sistema legislativo de cada país, por lo que son variables. En la actualidad estas funciones recaen en los órganos legislativos de cada país, que por lo general corresponden a su parlamento.

Las características extrínsecas de las normas les permiten incorporarse en un ordenamiento jurídico, tal como sucede con las partes de un todo. El ordenamiento jurídico puede ser una constitución, una ley reglamentaria o un código administrativo, por ejemplo. Estos diferentes ordenamientos (compuestos por normas de diferente grado de generalidad, abstracción, obligatoriedad, coercitividad y punibilidad), que son vigentes en un determinado lugar y momento, se relacionan entre sí bajo sistemas organizados jerárquicamente. La articulación de ordenamientos jurídicos que funciona como un todo es lo que se conoce como ley. Como normas jurídicas positivas se considera a aquellas que se encuentran contenidas (es decir, escritas) dentro de cualquiera de dichos ordenamientos.

En resumen, se denomina ley al conjunto de normas jurídicas positivas elaboradas por la sociedad con el propósito de regular la convivencia en-

* La norma “no matar”, por ejemplo, es una norma abstracta. Si en un determinado lugar nunca nadie hubiera matado a nadie, la norma sería siempre abstracta. Cuando ocurriera que alguien matara a un semejante, la norma dejaría de ser abstracta para aplicarse de manera concreta. Fuera de ese caso y para el resto de individuos, la norma sigue siendo abstracta.

tre los individuos, los grupos sociales y el Estado. Aunque existen diversas formas de crear leyes, los parlamentos son las principales instituciones responsables de esta función.

Como es claro, el derecho y la ley no son lo mismo. Esto es muy relevante en materia de derechos humanos ya que, como se verá más adelante, las fuentes de legitimidad de estos derechos depende de la filosofía del derecho que se profese y que, en resumen, pueden denominarse *ius-naturalismo* (o filosofía del derecho natural) y *iuspositivismo* (o filosofía del positivismo jurídico). En cada caso el valor de la ley —como conjunto de ordenamientos jurídicos que contiene un determinado cuerpo normativo positivo— depende de cómo se conciba la producción del derecho. Más adelante se expondrán con alguna amplitud los enfrentamientos que provoca esta diferencia filosófica.

Todos los ordenamientos jurídicos pueden dividirse en leyes de derecho público o de derecho privado. El derecho público se refiere al conjunto de normas que regulan las relaciones establecidas entre las personas (consideradas individual o colectivamente) y el Estado. La regulación de las relaciones establecidas entre particulares es el propósito del derecho privado.

Aunque los derechos humanos son por antonomasia materia de derecho público, en algunas ocasiones tienen que abordar aspectos relacionados con el derecho privado. En este caso se encuentra, por ejemplo, el derecho al trabajo digno, cuyo respeto debe ser garantizado por el Estado, aunque no forme parte del contrato establecido entre el patrón y el empleado.

Un último elemento a considerar en este apartado es lo que se denomina las fuentes del derecho. Se aceptan tres fuentes fundamentales, que en orden de prelación son: la ley (con la Constitución a la cabeza, seguida de las leyes orgánicas, los reglamentos y los códigos administrativos); la costumbre, y los principios generales del derecho. En cada país la forma en que se articulan estas distintas fuentes es distinta.

Aunque los principios generales del derecho parecen muy importantes, por lo general se aplican únicamente en ausencia de una ley o cos-

tumbre aplicables, en ese orden. Entre los más conocidos se encuentran la buena fe, el respeto a la palabra dada, la diligencia en el cumplimiento de lo pactado, el respeto de la confianza otorgada, etc. Algunos principios, como la buena fe y la prohibición del abuso de la ley, son tan relevantes que se encuentran positivizados en la mayoría de los códigos del mundo.

Una última fuente de derecho —que no se usa de manera regular en los países que, como México, provienen de una tradición civilista o napoleónica— es la jurisprudencia. La jurisprudencia es la doctrina que se genera desde los tribunales al dictar sus sentencias y argumentar sus decisiones. Para el sistema jurídico anglosajón, la jurisprudencia es la principal fuente de derecho y emana de las sentencias emitidas por los tribunales superiores o supremas cortes de justicia.

Para los países cuyos sistemas legales se basan en ordenamientos jurídicos codificados, formados por normas contenidas en cuerpos legales unitarios, ordenados y sistematizados, la principal fuente de derecho es la ley y sólo excepcionalmente aceptan la jurisprudencia como fuente legítima. Este sistema legal se denomina *derecho continental* (o *Civil Law*), para distinguirlo del derecho jurisdiccional, anglosajón (o *Common Law*). Naturalmente, para el sistema legal continental o civilista es de capital importancia la forma a partir del cual se crean las leyes, pues de dicho proceso depende su legitimidad y la de todo el sistema legal derivado. La codificación, desde el punto de vista formal, consta por lo menos de tres fases, a saber: formulación, sanción y publicación. Una norma, en consecuencia, debe ser:

- a. Formulada, generalmente por una parte o por todo el órgano legislativo.
- b. Sancionada por el representante legal del Estado —el rey en el caso de las monarquías y el jefe de gobierno en el caso de las repúblicas. En el caso de México el Presidente de la República —jefe del Poder Ejecutivo y representante de los poderes de la Federación— es quien tiene a su cargo esta función, y
- c. Publicada, en el caso de México también como jefe del Poder Ejecutivo y representante de los poderes de la Federación. Lo hace el Diario

Oficial de la Federación (DOF), que es el órgano en el que se publican las leyes, reglamentos, acuerdos, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación a fin de que sean observados y aplicados en sus respectivos ámbitos de competencia.

La codificación de los Derechos Humanos

El proceso histórico de creación de las leyes se denomina codificación. La historia de la codificación de los derechos humanos es una de los más conocidos, debido a su relevancia.

Quizá el código antiguo más conocido sea el Hammurabi, quien en el siglo XVIII a.C. grabó en piedra las principales leyes mesopotámicas con el fin de limitar la arbitrariedad de los jueces estableciendo criterios estandarizados para calificar los delitos y establecer las penas. Es uno de los primeros ejemplos de la fuerza de la ley, ante la cual debe someterse el propio soberano.

La publicación de las leyes de Dracón en el siglo VII a.C. rompió la tradición griega de transmitir la ley oralmente. El siglo siguiente Solón publicó un conjunto de leyes que, entre otras cosas, prohibían el pago de deudas con la esclavitud de los deudores. En Roma, alrededor del año 450 a.C., se publicó la *Ley de las XII Tablas*, que establece por primera vez la igualdad de los ciudadanos ante la ley. Con algunas variantes, esta ley estuvo vigente hasta la aparición del Código Justiniano, en el año 534 d.C. Se aplicó durante casi mil años.

En 1188 Alfonso IX de León publicó los *Decreta de León*, donde intervinieron el clero, la nobleza y, por primera vez, representantes de los pueblos de León. Estos *Decreta* reconocen la obligación del rey de convocar Cortes para hacer la guerra, así como el derecho de la población a la inviolabilidad de su domicilio; el derecho de un acusado a no ser juzgado en ausencia; la obligación de indagar imparcialmente los delitos y el deber de castigar a los jueces que negaran la justicia o la impartieran maliciosamente. Los *Decreta de León* son, de acuerdo con la UNESCO “el testimonio documental más antiguo del sistema parlamentario europeo”.

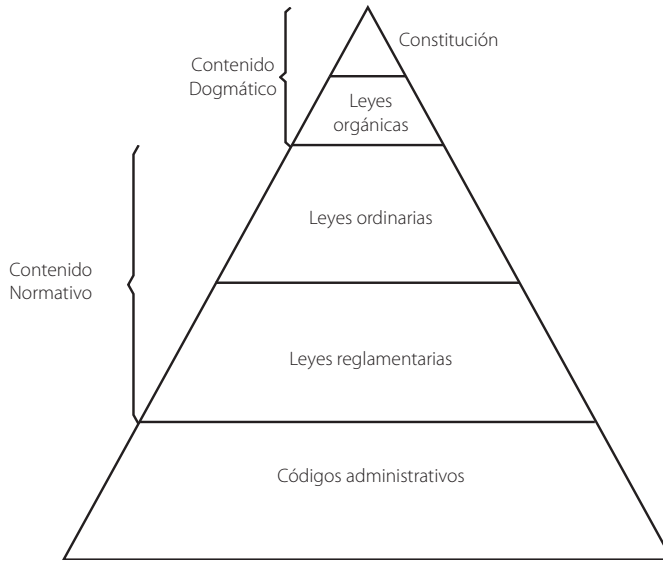
En 1215 los nobles ingleses obligaron al Rey Juan I de Inglaterra a firmar la *Carta Magna* que lo obligaba a garantizar los derechos de la nobleza frente al abuso de su propio poder. Ese texto incluye por primera vez el *habeas corpus*, o derecho a ser escuchado por la justicia, conocer la acusación y estar presente durante la defensa. Constituye el primer derecho personal arrancado al poder político, y reclama derechos tan elementales como permanecer vivo hasta el momento de ser llevado ante la justicia. Estos códigos son los más antiguos antecedentes de los sistemas jurídicos modernos y los primeros intentos por codificar reglas que permitieran limitar el poder político de los soberanos.

II. Naturaleza de los derechos humanos

En el siglo XX, el teórico alemán Hans Kelsen elaboró un esquema que se sigue utilizando para indicar la jerarquía de las normas en un determinado sistema jurídico.

De acuerdo con Kelsen, si se dibuja una pirámide que contenga los ordenamientos jurídicos que conforman cualquier sistema legal, se observará que en la punta de la pirámide se encuentra la Constitución seguida, de las leyes orgánicas, las leyes ordinarias, las leyes reglamentarias y los códigos administrativos. De acuerdo con este esquema —denominado genéricamente *pirámide de Kelsen*— las normas de mayor jerarquía del sistema legal son las normas constitucionales, que poseen dos elementos: las normas relacionadas con los derechos humanos y su garantía, y las normas que establecen la estructura del estado y la forma de gobierno. Las leyes orgánicas establecen la forma en que se articulan los diversos poderes del Estado, y constituyen un escalón intermedio entre las normas constitucionales y las leyes ordinarias (figura 1).

Para Kelsen, las diferentes clases de normas jurídicas mantienen una relación jerárquica entre sí, en donde los códigos administrativos se desprenden lógicamente de las leyes reglamentarias y éstas, a su vez, se desprenden de las normas constitucionales. En consecuencia, existe una jerarquía normativa en donde la Constitución predomina sobre las leyes y

Figura 1. Pirámide de Kelsen

Fuente: elaboración propia

éstas sobre los ordenamientos. Esto es así porque “los sistemas jurídicos se han considerado conjuntos de normas cuya coherencia interna depende de su ordenación jerárquica y tienen consistencia lógica en (...) una pirámide en cuya cúspide se encuentra la Constitución, ley fundamental, norma fundante del sistema, que prevé la forma en la que se crean las demás normas, las cuales nunca pueden contradecirla, a riesgo de ser expulsadas del propio sistema” (Rodríguez et al, 2013). La relación que se establece entre los distintos tipos de normas permite identificar la forma en que se produce el derecho. En resumen, toda norma recibe su valor de una norma superior. Las normas constitucionales y orgánicas son la fuente de las normas reglamentarias, y estas últimas la fuente de las normas administrativas. En los sistemas legales tradicionales, los tratados y convenios internacionales poseen fuerza de ley sólo en la medida en que no contradigan la Constitución.

Para el positivismo jurídico la existencia de una norma dentro del ordenamiento jurídico y su coherencia dentro del cuerpo normativo —especialmente su no-contradicción con las normas constitucionales— son causa suficiente para considerarla legítimamente como parte del derecho vigente, y su validez depende del proceso a partir del cual se incorporó en el sistema legal (es decir, cómo se sancionó, promulgó y publicó). Para el naturalismo, en cambio, el derecho formalmente existente puede ser injusto —y en esa medida carecer de validez— si contradice ciertos principios (extralegales) que derivan de la moral, de Dios o de la naturaleza (según la escuela respectiva). Para ubicar con mayor precisión este problema —uno de los más relevantes para la teoría de los derechos humanos— se expondrán de manera sintética los componentes más importantes de ambas escuelas.

Iusnaturalismo y iuspositivismo

El Derecho Natural o *iusnaturalismo* es una doctrina ética y jurídica que propone que la existencia de derechos deriva de la naturaleza humana. Para esta doctrina “el derecho vale y, consecuentemente, obliga, no porque lo haya hecho un legislador humano o tenga su origen en cualquiera de las fuentes formales, sino por la bondad o justicia intrínsecas de su contenido” (García Máynez, 1993). El iusnaturalismo no acepta que la validez de las normas jurídicas dependa del proceso a través del cual son creadas y, en cambio, propone sus normas como anteriores, superiores e independientes del derecho positivo. Como puede apreciarse, los criterios de validez jurídica de cada escuela se excluyen mutuamente.

Según el *iuspositivismo*, el derecho vale debido a que ha sido construido de acuerdo con ciertos requisitos de orden formal, y el hecho de que su contenido no concuerde con determinados anhelos de justicia jamás podría invocarse para negar su fuerza obligatoria. Para el *iuspositivismo* sólo existe una forma válida de derecho, y ésta es la que los seres humanos han creado a lo largo de la historia: siguiendo las reglas formales necesarias para construirlo.

El *iusnaturalismo* se basa en la *Teoría de los dos órdenes*, que afirma que por encima del derecho positivo existe otro derecho, el natural, que vale por su contenido y es siempre superior al derecho de los hombres, geográficamente localizado y siempre transitorio. Según esta teoría, el derecho natural es moralmente superior al derecho positivo, y toda contradicción debe resolverse en favor del primero.

Para muchos autores, este es el conflicto fundamental del derecho. Basta recordar la tragedia de Antígona (Sófocles, IV a.C.) quien, cuando desea sepultar a su hermano muerto, se debate entre respetar la ley de los hombres o la de los dioses.* De acuerdo con Magris, el dilema de Antígona resumen el enfrentamiento entre el derecho correcto (*iussum*, ordenado por una voluntad soberana) y el derecho justo (*iustum*, en cuanto a justicia universalmente válida); entre obligación de ley y obligación de conciencia; entre derecho positivo y derecho natural (Magris, 2008).

Para comprender el papel de este debate en el terreno de los derechos humanos es necesario recordar que todas las declaraciones y tratados modernos relacionados con estos derechos los reclaman como universales, inalienables, imprescriptibles e intransferibles, afirmaciones que derivan de una posición que fácilmente puede considerarse *iusnaturalista*. El problema que surge, para quienes sostienen una posición histórico materialista del desarrollo social, es la dificultad para argumentar la validez universal de los derechos humanos. Para el materialismo, el derecho es una construcción del ser humano y en tal medida es una construcción histórica. En consecuencia, suponer que existen normas inmutables capaces de atravesar la civilización humana conservando la misma validez a lo largo de los milenios no sólo es ilusorio, sino absurdo. Al rechazar el derecho natural, el materialismo histórico tiene que aceptar la legitimidad del positivismo jurídico.

El debate ha adoptado diferentes formas a lo largo de la historia y mientras que en algunas épocas ha predominado el *iusnaturalismo*, en otras

* Dice Antígona: “No podía yo pensar que tus normas fueran de tal calidad que yo por ellas dejara de cumplir otras leyes, aunque no escritas, fijas siempre, inmutables, divinas”.

lo ha hecho el *iuspositivismo*. Durante muchos siglos el derecho natural, especialmente el relacionado con el cristianismo, fue predominante a escala mundial. En los países que aún mantienen unida la Iglesia y el Estado —y en particular los de tradición islámica— esta situación sigue siendo hegemónica y es frecuente que tanto los ordenamientos constitucionales como las instituciones políticas se fundamenten en la religión.

A pesar de las fuertes críticas que ha recibido a lo largo de su historia, el iusnaturalismo ha dado frutos muy importantes. Uno de ellos es el derecho internacional que, como veremos, está íntimamente relacionado con los derechos humanos.

El Derecho Internacional y los derechos humanos

Durante las primeras décadas del siglo XVI, a raíz de la conquista de América, una acalorada disputa surgió en relación con los derechos humanos. Ésta se refería a determinar si los naturales americanos tenían o no alma y si por tal motivo tenían igual derecho que los europeos a la propiedad privada y a la propiedad de sí mismos. El debate fue extraordinariamente relevante pues fue la primera vez que se discutían, política y filosóficamente, los límites del derecho de conquista.

Como se sabe, el derecho de conquista fue ejercido durante miles de años por prácticamente todos los pueblos del mundo, y se basa en la idea de que toda nación tiende naturalmente a expandir su territorio (como los españoles, portugueses e ingleses durante el Renacimiento, los estadounidenses en el siglo XIX o los alemanes en la Segunda Guerra Mundial). Por supuesto, se trata de un “derecho” conquistado con la fuerza de las armas que sólo tienen quienes poseen el poder militar suficiente para imponerse a las naciones sojuzgadas.* En el caso de la conquista de América el debate surgió como resultado del saqueo y la explotación de que fueron

* El derecho de conquista comenzó a ser desaprobado sólo hasta el siglo XIX, y fue prohibido por primera vez con la firma del Pacto Briand-Kellogg de 1928 (en el que quince naciones se comprometían a no usar la guerra como mecanismo de solución de controversias). Este pacto es el precedente inmediato del artículo 2.4 de la Carta de las Naciones Unidas, que prohíbe el uso de la fuerza entre los Estados.

objeto los indígenas americanos, y las protestas que estos actos merecieron por parte de muchos religiosos españoles. Una de los argumentos esgrimidos por los conquistadores fue la negativa de los indígenas para convertirse al cristianismo y las dudas acerca de si éstos poseían o no alma.

La discusión sobre la naturaleza de los indios americanos inició apenas descubierto el nuevo continente, y aunque su primer propósito era determinar los medios para lograr la conversión religiosa de la población local, paulatinamente su objetivo fue cambiando hasta que la Escuela de Salamanca se planteó determinar si era legítimo que los conquistadores tomaran las tierras descubiertas como propias. A esta disputa se deben los primeros desarrollos del derecho internacional, en especial a los escritos de Francisco de Vitoria, catedrático *iusnaturalista* salmantino.

La escuela de Salamanca fue parte relevante del debate sobre las consecuencias morales y económicas del descubrimiento de América. Vitoria, por ejemplo, no sólo fue impulsor del *iusnaturalismo* renacentista, sino uno de los primeros intelectuales defensores de la propiedad privada. Este sacerdote construyó una teoría sobre el derecho de conquista con pretensiones de validez universal compuesta de tres ideas fundamentales: a) los indios de América son personas, con pleno derecho a ser tratados como seres libres; b) los pueblos tienen el derecho a defenderse de otros pueblos, cuando de ello depende su soberanía, y c) existen reglas para llevar a cabo esta defensa. En otras palabras, Vitoria desarrolló una teoría sobre la humanidad de los seres humanos, la guerra justa, y las reglas de la guerra.

Según Vitoria, la presencia de españoles en América se justificaba únicamente como medio para salvaguardar la seguridad de sus pobladores, y los indios deberían seguir siendo los únicos dueños de sus tierras, eran personas con los mismos derechos que los conquistadores y no había ninguna razón para esclavizarlos o explotarlos. A quien más incumbía defenderlos de semejante tiranía, según él, era al propio monarca soberano. No obstante, la lectura pública de estas tesis, contenidas en su opúsculo *Relectio De Indis*, provocó tal revuelo en la sociedad cortesana que Carlos V “mandó secuestrar sus papeles, le prohibió publicar de por vida y ordenó

que nadie volviera a tratar el asunto de forma pública ni privada, ni en Salamanca ni en ninguna otra universidad” (Abrisketa, 2005).

Las propuestas de Vitoria sirvieron también de base filosófica de la *guerra justa*, al argumentar que ningún Estado tenía derecho a comenzar una guerra debido a diferencias religiosas o con el fin de aumentar su territorio. Según él, la única causa aceptable para hacer la guerra era la legítima defensa, que en ningún tipo de guerra era lícito matar inocentes y que, incluso en la guerra, debería existir proporcionalidad entre el mal recibido y el mal provocado. Sus propuestas, a pesar de haber legitimado a la presencia española en América, constituyen pilares fundamentales de los derechos humanos, tal y como los concebimos actualmente. Este fraile demostró racionalmente que los hombres no nacen esclavos, sino libres; que nadie es superior a otro; que no es legítimo matar a una persona que no ha sido juzgada y condenada; que toda nación tiene derecho a gobernarse a sí misma y que ninguna guerra es justa si provoca mayor mal que bien.

Vitoria fue también el primer personaje moderno que sostuvo la necesidad de formar una comunidad de pueblos regida por reglas de convivencia capaces de dirimir las disputas internacionales sin utilizar la fuerza. Para él, el ejercicio de la fuerza tiene límites morales y éstos se basan en el *derecho natural*. Aunque el anhelo de construir comunidades de Estados basadas en la convivencia pacífica es tan antiguo como la civilización griega,* y ha sido siempre la meta de las grandes agrupaciones internacionales —como la Liga de las Naciones o la Organización de las Naciones Unidas— Francisco de Vitoria fue el primero en proporcionarle una base racional.

Durante el siglo siguiente, con los trabajos de Hugo Grocio, el *iusnaturalismo* se acercó ideológicamente al naciente capitalismo europeo, dotándolo de legitimidad jurídica. Grocio fue un tenaz defensor del estado absoluto y de los derechos asociados a la libertad de mercado, formulando

* Las primeras agrupaciones internacionales de las que se tiene noticia, llamadas “anfitionías”, surgieron en Grecia el siglo VI a.C. y consistían en verdaderas confederaciones de Estados que se reunían en santuarios a los que acudían delegados de los pueblos confederados, con el propósito de pactar reglas de seguridad que hacían menos frecuentes las guerras. Su nombre proviene de la primera liga conocida, que según la leyenda fue organizada por Anfición, hijo de Prometeo (De la Reza, 2009).

los principios que actualmente se conocen como libertades de comercio, de tránsito marítimo, de navegación y de pesca, consideradas como universales e inalienables por todas las naciones. Como *iusnaturalista*, Grocio sostuvo la existencia de valores humanos indiscutibles que no pueden establecerse por convención, ya que dependen de la naturaleza racional y social del hombre. Desde este punto de vista, sólo son justas las leyes que se deducen de estos principios naturales. El papel del soberano es aplicar estas leyes, garantizando el orden, la paz y la realización de las libertades fundamentales de los pueblos.

La teoría internacional de los derechos humanos

La Teoría Internacional de los Derechos Humanos (TIDH) es la doctrina contenida en los tratados y convenios de derecho internacional que abordan la protección y defensa de los derechos humanos. Esta teoría se originó en el concepto de *derecho de gentes* o *ius gentium*, desarrollado por Vitoria y Hugo Grocio a partir del derecho romano, pero su contenido y complejidad surgen con precisión sólo a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Esta Declaración otorga protección jurídica a todos los seres humanos por el único hecho de serlo, sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen étnico, color de la piel, religión, nivel económico o cualquier otra condición social o cultural. Son universales, irrenunciables, imprescriptibles, inalienables, indivisibles e interdependientes.

La TIDH propone a los derechos humanos como instrumentos capaces de contener el uso indebido del poder y limitar los poderes del Estado. Por tal motivo los reconoce como parte del derecho público. Según esta teoría, todos los seres humanos son reconocidos jurídicamente como los titulares de estos derechos y el Estado como el sujeto obligado a respetar, proteger y garantizar estos derechos. Estas obligaciones se cumplen de acuerdo con las definiciones que hacen los propios tratados y convenios de derechos humanos.

En general se acepta que respetar un derecho significa que los Estados se abstienen de interferir en su disfrute o de limitarlo de alguna forma; el respeto debe aplicarse en condiciones de igualdad y sin discriminación.

La protección de un derecho comprende la adopción de medidas para evitar que cualquier entidad, pública o privada, obstaculice el acceso al derecho.

El deber de satisfacción obliga al Estado a usar recursos para que las personas puedan ejercer su derecho de manera plena, suficiente y oportuna.

Finalmente, se dice que el Estado garantiza un derecho cuando despliega todos los recursos necesarios para que los individuos o grupos accedan al derecho cuando, por motivos ajenos a su voluntad, no pueden hacerlo por sus propios medios.

III. Las declaraciones de derechos humanos

Además de los antecedentes ya mencionados (los códigos romanos, medievales y renacentistas) otros documentos más recientes han tenido relevancia en la conformación del marco contemporáneo de derechos humanos. Entre ellos se encuentran la *Declaración de Derechos de Virginia*, la *Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América*, la declaración francesa de los *Derechos del Hombre y del Ciudadano* y el *discurso de las cuatro libertades* de Theodore Roosevelt.

La Declaración de Derechos de Virginia señala que los hombres son “por naturaleza igualmente libres e independientes” y tienen derechos inherentes de los cuales no pueden ser privados ni postergados. Entre ellos se mencionan “el gozo de la vida y la libertad, junto a los medios para adquirir y poseer propiedades, y la búsqueda y obtención de la felicidad y la seguridad”. No establece diferencias entre los ciudadanos, a los que considera iguales independientemente de su origen social, poder económico o características personales (Declaración de Derechos de Virginia, 1776).

La Declaración de Independencia de los Estados Unidos tiene una evidente influencia *iushnaturalista*, que la dota de un fuerte poder de convocatoria. Comienza diciendo que “consideramos como verdades evidentes que todos los hombres han sido creados iguales, que han sido dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables, entre los que se encuentran la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad.” Planteada como justifi-

cación de la independencia de las colonias americanas respecto de Gran Bretaña, se convirtió en una verdadera propuesta doctrinal sobre la dignidad de los seres humanos y su derecho inalienable a gozar de libertad, igualdad y medios para ser felices.

El 26 de agosto de 1789 la Asamblea Nacional francesa promulgó la Declaración de los Derechos Fundamentales del Hombre y del Ciudadano, que reconoce que los hombres “nacieron y permanecen libres e iguales en derechos”. Se han escrito miles de documentos sobre la importancia de esta declaración, pero para reconocer su relevancia basta saber que sus 17 artículos han sido la base de prácticamente todas las declaraciones, tratados, convenios y protocolos que conforman el actual sistema jurídico internacional de protección y defensa de los derechos humanos.

A pesar de lo anterior, la historia de las declaraciones muestra que el concepto de derechos humanos ha atravesado un largo proceso de ajuste y reconfiguración, incorporando en cada nuevo acercamiento los avances filosóficos y políticos que el mundo ha experimentado en los más de dos siglos transcurridos entre el final del siglo XVIII y el inicio del XXI. Un ejemplo de estos cambios conceptuales se encuentra en la nula referencia que las tres declaraciones mencionadas hacen a la esclavitud, los derechos de las mujeres y los derechos de los niños, por ejemplo.

La noción de “derechos sociales”, por su parte, no apareció en el panorama mundial sino hasta finales del siglo XIX, como resultado de la quiebra de los regímenes despóticos, el desarrollo de las ideas políticas surgidas de la Revolución Francesa de 1789 y la marcada desigualdad económica que existía entre las clases sociales que componían el sistema liberal. A lo largo del siglo XIX apareció un numeroso conjunto de agrupaciones socialistas que pugnarón por establecer este tipo de derechos para la población más pobre.

En el siglo XX un aporte político fundamental para el desarrollo de los derechos sociales fue el “discurso de las libertades” leído por el presidente Franklin D. Roosevelt durante la presentación de su *Informe sobre el Estado de la Unión* en enero de 1941. Inmerso en plena Segunda Guerra Mundial y bajo la amenaza que representaba para el mundo el régimen nazi, Roosevelt pro-

puso que las sociedades debían tener como meta alcanzar cuatro libertades fundamentales que todas las personas de cualquier lugar del mundo deberían disfrutar. Estas eran: i) la libertad de expresión, ii) la libertad de creencias, iii) la libertad de vivir sin penurias y iv) la libertad de vivir sin miedo.

La tercera de estas libertades, relacionada con el derecho al bienestar material, proporcionó una sólida base para el desarrollo posterior de los derechos sociales. En los siglos previos la consolidación del modo de producción capitalista corrió paralelo al desarrollo del pensamiento liberal, que asignaba al mercado la solución de los problemas de bienestar. Hasta entonces, los únicos espacios en los que se consideraba seriamente la intervención del Estado en la solución de las carencias sociales eran la beneficencia y la seguridad social. La primera fue una consecuencia de la separación entre la Iglesia y el Estado, mientras que la segunda estaba firmemente ligada al trabajo formal. Aunque Francia e Inglaterra habían promulgado *leyes de pobres* por lo menos un siglo antes, ningún jefe de Estado había declarado que vivir sin penurias era un derecho fundamental de todas las personas en cualquier lugar del mundo.

La cuarta libertad, aunque en realidad estaba dirigida a crear un ambiente propicio para aceptar la intervención norteamericana en la Segunda Guerra Mundial, permitió que en las convenciones de derechos humanos posteriores se formularan con toda claridad el derecho de todos los seres humanos a la seguridad personal, física y jurídica, así como a la paz y la democracia. El discurso de las cuatro libertades influyó en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), promulgada por la ONU siete años más tarde. El segundo párrafo del Preámbulo dice que la mayor aspiración del hombre es “un mundo en el que los seres humanos, *liberados del temor y la miseria*, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias” (ONU, 1948).

La DUDH constituye el más importante documento relativo a la defensa y protección de los derechos humanos elaborado hasta la fecha. Fue aprobada en París por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1948. Se trata de la exposición programática de un conjunto de aspiraciones propuestas como metas por los países que la han suscrito.

El desarrollo de los derechos humanos ha ampliado las posibilidades de florecimiento humano, al incorporar en la vida cotidiana de todas las personas los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA). “Los primeros consagran al individuo frente a la ley y garantizan su habilidad para participar libremente en la vida política, económica y civil de las sociedades. Los segundos promueven el florecimiento individual, el desarrollo económico y social, la autoestima y la identidad” (Landman, 2006 citado en Jusidman y Marín, 2008:5).

Los DESCa integran un conjunto de derechos esenciales para la vida digna: el derecho al trabajo, a la alimentación, al agua, a la salud, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la vivienda, a un medio ambiente sano y a un nivel de vida adecuado (Observatorio de Política Social, 2014). Estos derechos tienen el mismo estatuto legal, importancia y urgencia que los derechos civiles y políticos y su garantía es determinante para la posibilidad del goce efectivo, igualitario y no discriminatorio de los derechos civiles y políticos (Jusidman y Marín, 2008).

La Declaración de Quito (1998) acerca de la exigibilidad y realización de los DESC en América Latina y el Caribe, plantea como obligaciones de los Estados las siguientes: i) respetar, proteger y satisfacer; ii) no interferir en la libertad de acción de individuos y colectivos para autosatisfacer sus necesidades económicas y sociales; iii) prevenir la violación de derechos; y iv) desarrollar medidas activas para garantizar el disfrute pleno de los derechos, adoptar sistemas legales que los reconozcan y políticas destinadas a satisfacerlos. La declaración termina señalando que “...el Estado tiene la obligación mínima de asegurar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos. Esta obligación rige aún en períodos de limitaciones graves de recursos, causadas por procesos de ajuste, recesión económica u otros factores” (Declaración de Quito, 1998). Además tiene el deber de encaminarse hacia la plena efectividad de los derechos, la obligación de impedir su retroceso y la tarea de desarrollar sistemas que hagan posible su exigibilidad (Jusidman y Marín, 2008).

Clasificaciones convencionales de derechos humanos

Según la TIDH, los derechos humanos no son construcciones ahistóricas, separadas del desarrollo político, social y económico de las naciones, sino un producto del pensamiento que responde jurídicamente a la evolución del concepto de persona y al respeto de su dignidad (Castillo Córdova, 2007). Existen varios sistemas de clasificación de los derechos humanos. A continuación se exponen los más importantes.

Derechos de ciudadanía política, civil y social

Apenas dos años después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos el sociólogo Thomas Marshall, en un ensayo sobre las clases sociales (Marshall, 1949), propuso identificar la ciudadanía con los derechos fundamentales, incluyendo tres clases de derechos: derechos civiles, derechos políticos y derechos sociales, llamándolos, indistintamente, derechos de ciudadanía. Esta propuesta se ha usado con alguna frecuencia para indicar los lazos que mantienen los derechos fundamentales con algunas características de los Estados, especialmente con el desarrollo económico y el reconocimiento social.

Para Marshall, el presupuesto de todos los derechos fundamentales es la ciudadanía, sin la cual no sólo no pueden clasificarse estos derechos, sino que ni siquiera pueden asignarse. Según este autor, los derechos civiles son aquellos que corresponden precisamente a la ciudadanía civil, alcanzada al final del siglo XVIII durante la Revolución Francesa y referidos a las prerrogativas de los ciudadanos que permiten participar en la vida pública sin temer la intervención del Estado. Estos derechos son el respeto a la vida y a la integridad personal, el derecho al trato igualitario y las libertades básicas, como las de pensamiento, creencia, expresión, asociación, reunión y prensa. Los derechos políticos corresponden a la ciudadanía política, y se refieren fundamentalmente al derecho a elegir mediante voto libre, directo y secreto, a nuestros propios representantes políticos, así como a ocupar cargos de elección popular. Los derechos so-

ciales, como indica su nombre, están asociados a la ciudadanía social, que es la fase más avanzada de este estatus. Los derechos señalados por Marshall en este apartado son los derechos a la alimentación, a la salud, a la seguridad social, a la vivienda adecuada, y al trabajo adecuadamente remunerado. De acuerdo con este autor, la ciudadanía plena sólo se alcanza cuando se tienen los tres tipos de derechos, y lograrlo es una obligación del estado. Aparentemente, con este modelo Marshall intentó describir la naturaleza de los derechos sociales y proponer una vía que progresiva y permanentemente incorporara derechos al estatus de ciudadanía, cada vez más completo (figura 2).

La propuesta de Marshall, sin embargo, niega de facto la universalidad de los derechos fundamentales, imputándolos sólo a los ciudadanos y en contradicción no sólo con la mayoría de las constituciones políticas del mundo, sino con la propia Declaración Universal de Derechos Humanos. De hecho, la disociación entre ciudadanos y perso-

Figura 2. Clasificación de los Derechos Humanos según Marshall (1957)

<p>Derechos civiles</p> <p>Son reconocidos a los titulares de ciudadanía civil, relacionada con el desarrollo óptimo de la vida pública. Se encuentran en este caso el respeto a la vida y la integridad personal, las libertades de pensamiento, expresión, conciencia, prensa y al trato igualitario como ciudadanos de pleno derecho.</p>
<p>Derechos políticos</p> <p>Se refieren a los derechos relacionados con la ciudadanía política, y se refieren al derecho a elegir y ser elegido como representante popular y ocupar cargos de representación política. La mayoría se obtuvo en el siglo XIX, pero algunos (voto femenino, voto en los territorios coloniales) se lograron hasta el siglo XX.</p>
<p>Derechos sociales</p> <p>Corresponden al tercer tipo de ciudadanía, o ciudadanía social. Son derechos prestacionales, que implican la acción del Estado en la redistribución de bienes materiales. Incluyen el derecho a la alimentación, a la educación, a la salud, al trabajo, a la vivienda y a la seguridad social.</p>

nas en materia de derechos fundamentales sólo crea confusiones, pues los únicos derechos fundamentales limitados a los ciudadanos son algunos derechos políticos (como el derecho a elegir o ser elegido como representante popular, que efectivamente sólo puede ser ejercido por los ciudadanos del país del que se trate, que sean mayores de edad y que posean capacidad de obrar). Como se verá más adelante, lo que es verdaderamente importante en el momento de clasificar los derechos fundamentales es la naturaleza del titular del derecho, su capacidad de obrar y si se trata de un derecho primario (sustantivo) o secundario (de procedimiento).

Derechos de primera, segunda y tercera generación

Los derechos contenidos en las declaraciones de derechos humanos del siglo XVIII se refieren fundamentalmente al derecho a la vida y a la integridad física, y a las libertades de expresión, reunión, asociación y religión, por lo que se han llamado derechos civiles, de defensa o de libertad.

Los derechos aparecidos durante el siglo XIX y que se refieren al derechos de las personas a ser consideradas jurídicamente iguales ante la ley, y a elegir representantes y ser elegidos como tales ante el poder político, se han denominado derechos políticos o de igualdad. En conjunto, los derechos civiles y políticos se denominan derechos de primera generación (Vasak, 1977).

Durante el siglo XX surgió una nueva corriente, según la cual ciertas condiciones mínimas de trabajo, educación, salud y bienestar son indispensables para lograr un desarrollo humano adecuado y una vida aceptablemente digna. Para esta corriente, cuando las personas no son capaces de alcanzar por si mismas estas condiciones el Estado debe proveerlas de manera directa o indirecta, y temporal o definitivamente, según cada caso. Los derechos que garantizan el acceso a estas condiciones básicas de vida han sido denominado derechos económicos, sociales y culturales, y se conocen también como derechos colectivos o prestacionales. Vasak los denominó derechos de segunda generación.

Al finalizar el siglo XX apareció un tercer tipo de derechos, denominados derechos de solidaridad, destinados a garantizar la paz mundial, la cooperación para el desarrollo, la identidad cultural de los pueblos y el ambiente sano y sostenible. Estos derechos corresponden a la tercera generación de derechos humanos, según la clasificación de Vasak (figura 3).

La clasificación de Vasak, que en general sirve para identificar el desarrollo cronológico de los derechos humanos y algunos elementos de su contenido sustantivo, ha sido frecuentemente malinterpretada y se ha llegado a plantear que existen derechos más importantes que otros, o que es válido que algunos sean alcanzados y otros no. No obstante, muchos expertos y prácticamente todas las declaraciones internacionales señalan que dicha clasificación sólo tiene fines analíticos, pues no existen derechos de primera o de segunda y todos los derechos son igualmente universales, indivisibles e interdependientes, y están relacionados entre sí.

Figura 3. Clasificación de los Derechos Humanos según Vasak (1977)

<p>Derechos de primera generación</p> <p>Son conocidos como derechos civiles y políticos y surgen con la Revolución Francesa. Implican obligaciones de omisión por parte del Estado y son de satisfacción inmediata. Se refieren al respeto a la vida y la integridad personal, las libertades de pensamiento, expresión, conciencia, prensa y al trato digno e igualitario.</p>
<p>Derechos de segunda generación</p> <p>Se denominan también derechos sociales, económicos y culturales (DESC) y aparecen durante la Revolución Industrial. Implican obligaciones de acción por parte del Estado y son de satisfacción progresiva. Entre los más importantes se encuentran el derecho a la alimentación, a la educación, a la salud, al trabajo, a la vivienda y a la seguridad social.</p>
<p>Derechos de tercera generación</p> <p>Son derechos de usufructo colectivo, como el derecho a la paz, al desarrollo y al medio ambiente. Se denominan también derechos de los pueblos o de soberanía y solidaridad. Surgen al final del siglo veinte ante la necesidad de cooperación entre las naciones y sus grupos sociales.</p>

Por ahora señalaremos que las clasificaciones cronológicas de los derechos humanos tienen sólo fines analíticos, pues de acuerdo con la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993:

“Todos los derechos son “universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso (...) los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.” (ONU, 1993)

En la actualidad, independientemente de su tipo, los derechos humanos se consideran universales, indivisibles, irrenunciables, imprescriptibles, convergentes y progresivos (CDHDF, 2011).

IV. Situación actual y perspectiva de los derechos humanos

Los sistemas westfaliano y poswestfaliano de derechos humanos

Como se sabe, la forma tradicional de intervención del Estado en materia económica y social tuvo su origen en el surgimiento del Estado-Nación. Esta forma de intervención considera a los sujetos de las políticas sociales como ciudadanos que reciben, en forma de bienes y servicios, los recursos que ellos mismos aportan a través de sus impuestos. Según este modelo, en última instancia todo sistema de recaudación fiscal es parte de un sistema más amplio de solidaridad en donde los jóvenes aportan para sostener a niños y ancianos, los sanos para sostener a los enfermos y los ricos para sostener a los pobres. En todos los casos el criterio que permite identificar al beneficiario potencial de los bienes y servicios proporcionados por el Estado es explícitamente el de ciudadanía, y de manera implícita el de ciudadanía productiva, pues sólo quien es económicamente productivo puede aportar impuestos. Este modelo se identifica claramente con el sistema estatal asistencialista y benefactor.

Aunque por lo general se considera que el Estado benefactor surgió en el siglo XIX durante la Alemania de Bismark, en realidad se remonta al surgimiento del Estado-Nación, que emerge en la Europa Central después de los Tratados de Westfalia. La teoría westfaliana clásica considera que la soberanía territorial es el más importante elemento de unidad nacional y el único criterio de asignación de ciudadanía. Para el Estado westfaliano son ciudadanos sólo las personas nacidas dentro de sus límites territoriales, las cuales, por tal razón, están sujetas a su soberanía. Desde su aparición, el modelo westfaliano se convirtió en fundamento del Estado prestador de bienes y servicios, así como del derecho internacional, al adjudicar a todos los países igualdad de derechos y obligaciones, independientemente de su poderío económico o militar. El valor del modelo westfaliano para el desarrollo interno de los países y sus poblaciones es innegable. No obstante, durante el siglo XX la sociedad experimentó rá-

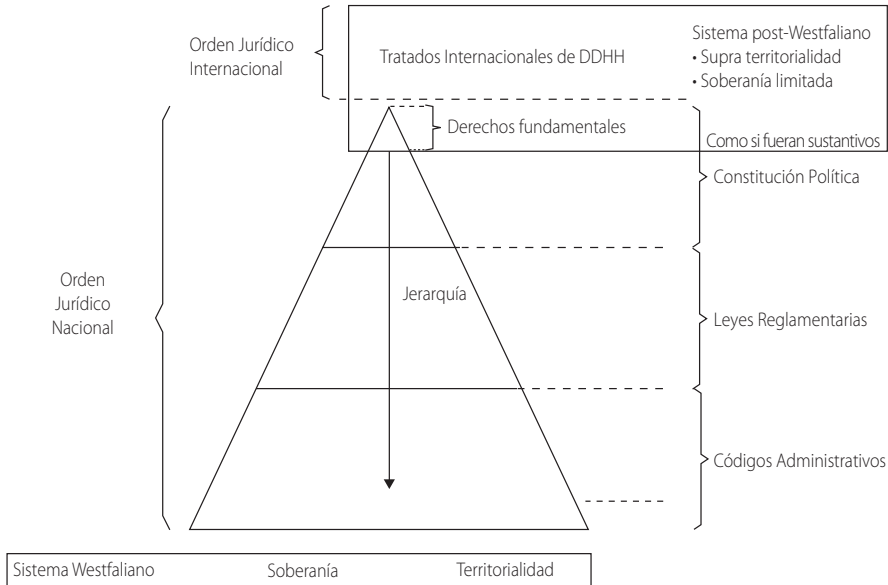
Figura 4. Funcionamiento jurídico del Estado poswestfaliano



pidos procesos de cambio, y la evolución económica, científica y tecnológica de las sociedades terminó por conformar un panorama muy distinto al que existía en los dos siglos previos. La globalización económica y cultural, el desarrollo de economías basadas en el intercambio transnacional, el cambio climático planetario y la mundialización de los movimientos sociales instituyeron un orden en donde las fronteras territoriales se han convertido en obstáculos del desarrollo. Como resultado, al terminar la Segunda Guerra Mundial surgió una nueva visión de la sociedad —denominada postwestfaliana— que propone aceptar el mandato de instancias de soberanía supranacional —como la ONU, sus distintos organismos y los tribunales internacionales— que ya no responden exclusivamente a los criterios de territorialidad y ciudadanía, sino a otras categorías (figura 4). Entre estas categorías destacan los derechos humanos (Frazer, 2008).

Las teorías contemporáneas sobre derechos humanos han cuestionado sistemáticamente los modelos caritativos y asistencialistas de provisión estatal de bienes y servicios públicos, buscando convertirlos en obligaciones derivadas del derecho que asiste a todas las personas a vivir dignamente y con decoro (Sen, 2000). Una consecuencia ha sido que las declaraciones y pactos contemporáneos hayan ido sustituyendo el concepto de ciudadano por el de ser humano, primero, y por el de persona, más recientemente. En este contexto deben analizarse las problemáticas sociales contemporáneas, como es el caso de los derechos económicos, sociales y culturales. En la figura 5 se esquematizan las relaciones que guardan entre sí los órdenes jurídicos nacional e internacional. Como hemos señalado, la jerarquía de las normas de un sistema legal obedece a la propuesta planteada en la pirámide de Kelsen y, en los estados westfalianos, los tratados internacionales poseen fuerza de ley sólo si no contradicen la Constitución. Una situación diferente se presenta cuando un Estado modifica su ordenamiento jurídico y otorga a los tratados internacionales el mismo valor jurídico que su Constitución. En tal caso la jerarquización se modifica radicalmente, pues al conceder el mismo rango a los tratados internacionales que a las normas constitucionales, ninguno de los dos sistemas jurídicos es superior al otro (figura 5).

Figura 5. Funcionamiento jurídico del Estado poswestfaliano



Sin embargo, debido a que cualquier norma que se desee integrar a un sistema jurídico debe pasar —a fin de establecer su validez jurídica— por un estudio de conformidad con el derecho constitucional (y las normas provenientes del derecho internacional no escapan a este criterio), es posible que una norma internacional —durante su proceso de incorporación al derecho nacional— contradiga el sistema jurídico al que se desea incorporar. Esta situación ha obligado a desarrollar una categoría jurídica llamada control de convencionalidad, que busca impedir este tipo de conflictos.

El control de constitucionalidad se ha convertido, en consecuencia, en un elemento estratégico del Estado poswestfaliano y, en el caso de los derechos humanos, en un campo que es objeto de un profundo debate, por las implicaciones que podría tener para alcanzar su justiciabilidad efectiva. Se ha planteado, inclusive, que esto supone un nuevo estado constitucional, basado en un Estado abierto asentado en el derecho público, la democracia y el pluralismo normativo. A esta nueva modalidad se le ha

denominado desde 1991 *ius constitutionale commune* o derecho común constitucional (Von Bogdandy et al, 2014).

Derechos Fundamentales y Derechos Humanos

En este contexto es en el que aparecen las nuevas reflexiones sobre los derechos humanos y su relación con los derechos fundamentales. De acuerdo con la TIDH, los derechos humanos son normas de derecho público que protegen bienes jurídicos considerados fundamentales e inherentes a la persona humana. Para Luigi Ferrajoli, la mejor manera de comprender su naturaleza es incluyéndolos dentro de la categoría de derechos fundamentales.

Ferrajoli propone que los derechos fundamentales son “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a ‘todos’ los seres humanos en cuanto dotados del *status* de personas, de ciudadanos o de individuos con capacidad de obrar.* Dicho de otra manera, son fundamentales los derechos adscritos por un ordenamiento jurídico a todas las personas físicas en cuanto tales, en cuanto ciudadanos o en cuanto capaces de obrar (Ferrajoli, 2006).‡

La definición de Ferrajoli parte de la idea de que es la universalidad lo que confiere el carácter de fundamental al derecho, y no la naturaleza de los intereses que protege o las necesidades que satisface. Son fundamentales, en este sentido, la libertad personal, la libertad de pensamiento, los derechos políticos y los derechos sociales, porque las normas que los tutelan indican que son de aplicación universal. Pero si alguno de estos derechos fuese virtualmente no universal —si, por ejemplo, otra norma lo convirtiera en alienable— perdería por ello su carácter de fundamental. Para Ferrajoli, esta definición es absolutamente formal, avalorativa e ideológicamente neutral.

* Para Ferrajoli, un derecho subjetivo es cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica. Como señala en su definición, el status puede adoptar tres posibilidades: i) la de persona como tal; ii) la de ciudadano, o iii) la de sujeto con capacidad de obrar. El status debe estar siempre previsto por una norma jurídica positiva.

‡ La capacidad de obrar es la cualidad que poseen ciertos sujetos para realizar actos jurídicos y actuar conforme a su situación civil, permitiéndoles establecer, modificar o extinguir relaciones con efectos legales.

A pesar de la postura *iuspositivista* de Ferrajoli —que se aprecia con su afirmación de que los derechos son fundamentales debido a que se encuentran reconocidos normativamente por los ordenamientos jurídicos— este autor les confiere una dimensión sustantiva al señalar que su incorporación en las leyes se debe al carácter universal de su aplicabilidad. La universalidad es una ficción jurídica que permite tomar por verdadero algo que no existe, pero que podría existir, para fundamentar un derecho.

En el caso de los derechos fundamentales, es el carácter universal de la dignidad humana—que no puede ser probada positivamente— lo que les confiere su sustantividad. Este mecanismo convierte una presunción (la universalidad de la dignidad humana) en un hecho jurídico real (la universalidad de los derechos fundamentales), que se da por probada por darse los presupuestos para ello.

Una vez propuesta la definición de lo que son los derechos fundamentales, Ferrajoli establece un sistema que permite su clasificación y análisis. En primer lugar hace una distinción entre derechos fundamentales primarios y secundarios. Los derechos fundamentales primarios son aquellos que poseen carácter sustantivo, y que se otorgan a los sujetos en razón de su naturaleza, sea como personas o como ciudadanos. Los derechos fundamentales secundarios son de naturaleza procedimental, y se otorgan a los sujetos en razón de su autonomía y de su capacidad de obrar. La primera parte de esta clasificación es subjetiva, ya que se basa en la naturaleza de los sujetos que resultan titulares de los derechos —personas o ciudadanos—, mientras que la segunda parte es objetiva, debido a que no se basa en la naturaleza sino en el comportamiento de los titulares —que tengan o no capacidad de obrar— (Di Castro, 2010). Al cruzar ambas clasificaciones se obtiene una tabla como la que se presenta en la figura 6.

En la clasificación de Ferrajoli los derechos sociales son —junto con las libertades básicas, relacionadas con la vida, la seguridad y la integridad personal— parte de los derechos humanos. La universalidad de estos derechos depende a su vez de su relación con la subsistencia vital, en condiciones de igualdad para todos los titulares, que son todas las personas independientemente de su capacidad de obrar, es decir, de

Figura 6. Clasificación de los Derechos Fundamentales

	Expectativas negativas (de no interferencia): Derecho a la vida Derechos de libertad (creencias, pensamiento), garantías penales	Expectativas positivas (de prestación): Derechos sociales (salud, alimentación, agua potable, educación, vivienda)	Derechos de reunión, asociación, circulación, trabajo y asistencia subsidiaria	
	De la persona		Del ciudadano	Producen beneficios (sin límites ni vínculos legales derivados)
Primarios (sustantivos)	Derechos humanos		Derechos públicos	Todos (con o sin autonomía, o capacidad de obrar)
Secundarios (procedimentales)	Derechos civiles (de autonomía personal)		Derechos políticos (de autonomía política)	Quienes poseen autonomía jurídica (capacidad de obrar)
	Espacio de realización: mercado		Espacio de realización: gobierno	Producen potestades y efectos jurídicos (tienen límites y vínculos)
	Derechos de potestad en materia de negocios, libertad contractual, de empresa, de elegir actividad económica		Derechos a votar, a acceder a cargos públicos; potestad en materia de representación y democracia política	

Adaptado de Di Castro, 2010

realizar contratos privados o públicos como agentes con personalidad jurídica.

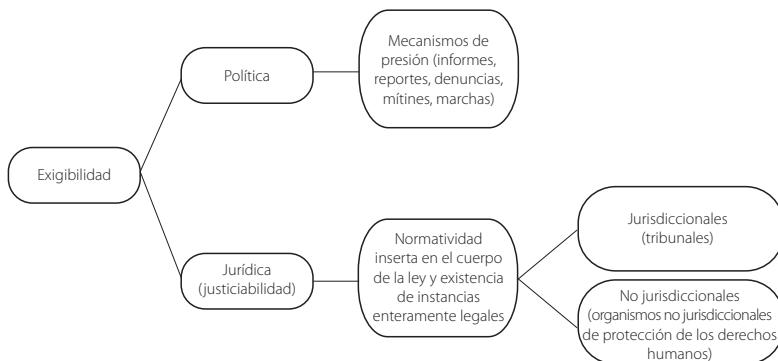
En el caso de las democracias representativas, los derechos sociales se han incorporado a la parte dogmática de las constituciones de manera generalizada a partir de los años noventa, y a la fecha se encuentran en el segmento más alto de la pirámide normativa de los países que han aceptado la necesidad de garantizar la subsistencia de sus habitantes en condiciones dignas e igualitarias (Di Castro, 2010). Un problema que, sin embargo, todavía sigue siendo de la mayor relevancia, es el de la garantía efectiva de estos derechos, que sólo puede desplegarse a partir de la creación de instituciones que los soporten y de la inclusión de mecanismos para su justiciabilidad directa en la normatividad ordinaria nacional.

El problema de la justiciabilidad de los derechos humanos

Los derechos humanos sólo pueden ser respetados, protegidos y satisfechos si sus beneficiarios poseen capacidad para exigir su cumplimiento. En otras palabras, lo que permite que un derecho humano sea alcanzable es la capacidad de sus beneficiarios para reclamar al Estado el cumplimiento efectivo de las obligaciones que contrajo al incluir el derecho en su constitución o firmar los tratados internacionales. Esta capacidad de reclamo se denomina “exigibilidad”. Si los derechos no son exigibles no son propiamente derechos, sino simples aspiraciones o resultado de acciones caritativas (Suárez Franco, 2007).

La exigibilidad es un proceso social, político y legal cuyo objetivo es lograr que el Estado cumpla con sus obligaciones en materia de derechos. De acuerdo con el tipo de estrategias que se usen, existen dos tipos de exigibilidad (figura 7). Se denomina exigibilidad política a las acciones de presión que se despliegan para orillar al Estado a cumplir sus deberes y modificar situaciones violatorias de los derechos humanos. Entre otras acciones se encuentran la realización de campañas de promoción, respeto y defensa de los derechos humanos, la denuncia de su violación en medios de comunicación, el cabildeo de leyes y convenios, el diseño de acciones

Figura 7. Vías de exigibilidad de los derechos humanos



Fuente: elaboración propia

urgentes, la realización de manifestaciones públicas, la presentación de quejas ante instancias no jurisdiccionales y la redacción de informes alternativos, entre otras muchas. La exigibilidad jurídica —también llamada justiciabilidad— implica la defensa de los derechos humanos ante instancias jurisdiccionales nacionales e internacionales, por la vía legal (Sandoval et al, 2006).

La justiciabilidad se lleva a cabo reclamando la satisfacción de un derecho mediante las vías procesales que están incorporadas en los ordenamientos jurídicos que componen el cuerpo de la ley y que se refieren al reclamo específico de dicho derecho. Por esta razón, para que un derecho sea justiciable es necesario crear las vías procesales necesarias y dotarlas de recursos físicos, así como de jueces y de sistemas jurisdiccionales que puedan saber de los casos. Desde el punto de vista estrictamente jurídico el proceso de justiciabilidad implica convertir los derechos objetivos en derechos subjetivos.

Puede identificarse la naturaleza de los derechos subjetivos señalando sus diferencias con el derecho objetivo. El derecho objetivo se refiere a las normas que formalmente establecen obligaciones, confieren facultades y poseen validez abstracta. Este derecho se encuentra “por encima de las personas, no pertenece a ninguna de ellas y las abarca a todas en general” (Arévalo, 1997). Tales normas tienen el respaldo coactivo del Estado a través de las constituciones, las leyes orgánicas, los reglamentos. El derecho subjetivo se refiere a la facultad —conferida por una norma a una persona real— de exigir el cumplimiento por parte de otro sujeto —denominado *sujeto obligado*— de los deberes establecidos en la norma. Lo más importante es que el derecho seguirá siendo abstracto mientras los titulares del derecho —o *sujetos de derecho*— no estén en condiciones de exigir el cumplimiento efectivo de las obligaciones contenidas en la norma. En este caso se dice que los titulares del derecho han adquirido la facultad de exigir el cumplimiento del derecho (Arévalo, 1997).

Otros dos elementos sustantivos que deben ser considerados en este apartado son la identificación del bien jurídico que protege la norma y el titular del derecho. Sólo con la plena identificación de estos dos elementos

es posible establecer la conducta que ordena la norma, los responsables de ejecutarla, las consecuencias de no cumplirla, la manera en que el titular del derecho puede exigir que se cumpla y el responsable de sancionar su incumplimiento. Cualquier esfuerzo por alcanzar de manera cabal el respeto, la protección, la satisfacción y la garantía de un derecho humano implica la identificación de todos estos elementos.

Debemos reconocer que los derechos humanos —y dentro de ellos el derecho a la salud— ocupan más espacio que nunca en las constituciones, leyes y programas de gobierno de los países, en los medios de comunicación y en la preocupación de las personas. No obstante, los retos que aún quedan son enormes y la tarea de atenderlos debe iniciarse de inmediato.

Referencias

- Abrisketa J (2005). *Derechos humanos y acción humanitaria*. Editorial: Alberdania, Madrid, España. 2005.
- Arévalo AL (1997). *El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos*. 1ª Ed. México: Edit. Lupus-Magister. 163 pp.
- Castillo Córdova L (2007). *Los derechos constitucionales. Elementos para una teoría general*. Lima, Perú: 3ª Ed., Editorial Palestra. pp. 35 ss.
- CDHDF (2011). *Fundamentos teóricos de los derechos humanos*. Programa de Capacitación y Formación Profesional en Derechos Humanos. Serie de Capacitación Interna número 6. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. México, pp. 16
- De la Reza, G (2009). *La invención de la paz*. De la república cristiana del Duque de Sully a la Sociedad de las Naciones de Simón Bolívar. Ed. Siglo XXI y UAM-A. México, 2009. pág. 13
- De la Válgoma M (2013). *El derecho explicado a los jóvenes*. Ed. Paidós. Barcelona, España, 2013.
- Declaración de Derechos de Virginia (1776). Documento albergado en la página web de Amnistía Internacional. Disponible en: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/docs/e-hist-Virginia.html>
- Di Castro, E. (2010) *Derechos sociales, democracia y justicia*. En: Dieterlen P. (comp.) *Los derechos económicos y sociales. Una mirada desde la filosofía*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México, 2010.
- Declaración de Quito (1990). *Acerca de la exigibilidad y realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina y el Caribe*, Quito, Ecuador, 24 de julio.
- Frazer N (2008) *Escalas de justicia*. Barcelona: Herder. pp. 15-64
- García Máynez E (1993). *Positivismo jurídico, realismo sociológico y iusnaturalismo*. Ed. Fontamara. México, 1993.
- Ferrajoli L (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. México: Edición de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. pp. 19-20

- Jusidman C y Marín O (2008) Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales. Incide-Social A.C. Ponencia presentada en el IX Seminario de política social. Las perspectivas del universalismo en México, Guadalajara, 18 y 19 de noviembre.
- Magris, C (2008). Literatura y derecho ante la ley. Ed. Sexto piso. Madrid, España, 2008.
- Marshall TH (1949). Ciudadanía y clase social. Conferencias A. Marshall, Cambridge, 1949. Disponible en: <http://catedras.fsoc.uba.ar/isuani/marshall.pdf>
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Resolución A/CONF.157/23. Viena, Austria, 14 a 25 de junio de 1993.
- Rodríguez G, Arjona C, Fajardo Z (2013). Bloque de constitucionalidad en México. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Suprema Corte de la Nación, Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. México.
- Sandoval A, Delaplace D (2006). Exigibilidad y justiciabilidad de la DESCFA en la Ciudad de México. Coedición con Deca, Equipo Pueblo, AC. 1ª Ed., núm. 4, México, 2006, p. 8.
- Sen A (2000). Compromiso social y democracia: las demandas de equidad y el conservadurismo financiero. En: Barker P (compilador) Vivir como iguales. Apología de la justicia social. 1ª ed., Barcelona: Paidós. pp. 19-56.
- Sófocles (2000). Tragedias. Biblioteca Básica Gredos. Madrid, España, 2000.
- Suárez Franco A (2007). Cómo promover la justiciabilidad del Derecho Humano a la Alimentación en Centroamérica, una estrategia multidimensional. Heidelberg: FIAN International, Programa de Justiciabilidad. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1307644659.pdf>
- Vasak K (1977). La larga lucha por los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París: El Correo de la UNESCO. pp. 27-32
- Von Bogdandy A, Fix-Fierro H, Morales Antoniazzi M (2014). Ius Constitutionale Commune en América Latina. Rasgos, potencialidades y desafíos. UNAM, Instituto Max Planck de Derecho Público, Instituto Interamericano de Derecho Constitucional. México, 2014.

El derecho a la salud en México

Oliva López Arellano, Sergio López Moreno,
Alejandra Moreno Altamirano

I. Introducción

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS).

A pesar de ello, para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas. Es verdad que las tasas de mortalidad general han disminuido, que se ha incrementado la esperanza de vida y que algunas enfermedades han sido erradicadas o están bajo control, pero también es verdad que aún existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; que en el campo casi la tercera parte de los menores de cinco años tiene talla baja para su edad; la mortalidad materna de México es la más alta en el grupo de la OCDE; que somos el país con la prevalencia de obesidad femenina más alta del mundo y que la mortalidad por algunos tipos de cáncer, Diabetes *mellitus*, problemas cardiovasculares e hipertensión no disminuye. Muchas parasitosis, enfermedades infecciosas y transmitidas por vector son todavía endémicas, a pesar de que hace décadas que existen medios

efectivos de control. A pesar de lo anterior, el principal problema radica en el hecho de que todos estos datos son todavía más graves entre las personas con menos recursos sociales y económicos (López et al, 2013).

La información más reciente indica que somos uno de los países más desiguales del mundo. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015), a pesar de ser la 14^a economía mundial, en México hay 53.3 millones de personas padeciendo pobreza multidimensional. Esto significa que casi la mitad de la población mexicana (45.5 por ciento) es tan pobre como hace veinte años. Como resultado, siete de cada 10 mexicanos se encuentra en inseguridad alimentaria.

Además, la desigualdad también es creciente: El más reciente informe de OXFAM, elaborado por Gerardo Esquivel, indica que el 1 por ciento de la población posee el 43 por ciento de toda la riqueza de México, y que mientras que el Producto Interno Bruto (PIB) crece al 1 por ciento anual, la fortuna de los 16 mexicanos más ricos se multiplicó por cinco en menos de veinte años. De hecho, 4 personas reciben el 9 por ciento del PIB total del país (Esquivel, 2105). La situación mundial es semejante: en 2014 siete de cada 10 personas vivían en países donde la desigualdad era mayor que 30 años antes, y un grupo de 85 personas tiene la misma riqueza que la mitad más pobre de la población mundial (OXFAM, 2014). Como contraparte, existen todavía cerca de 800 millones de personas que padecen hambre en el mundo (ONU, 2015).

Todo indica además que las condiciones de crisis económica y la creciente desigualdad social profundizarán las ya de por sí graves desigualdades sanitarias y de acceso a los servicios. Como ha sucedido siempre en México, el mayor costo lo pagarán las clases menos favorecidas y los grupos sociales más vulnerados: las mujeres, los indígenas, los niños y los pobres. En este contexto se debate el derecho a la salud.

Hace mucho que se reconoce que la salud está fuertemente ligada a las condiciones de vida y el desarrollo económico de los grupos poblacionales. Desde 1700 Ramazzini demostró la asociación entre el trabajo y la enfermedad; Villermé y Engels demostraron que la asociación entre pobre-

za y enfermedad no era fortuita; en el siglo XX, el feminismo demostró que los roles de género determinan la magnitud y frecuencia de muchas enfermedades. Hace algunas décadas comenzaron a publicarse estudios mostrando que la falta de libertades básicas y de respeto de los derechos humanos produce daños a la salud, fundamentalmente como consecuencia de la desigualdad y la injusticia que existen donde no hay democracia. Los estudios sobre desigualdad social y salud, como el primigenio *Informe Black*, proporcionaron elementos para comprender la forma en la que la desigualdad daña. Hemos comprobado, como dice Göran Therborn, que la desigualdad mata (Therborn, 2015).

La salud y su defensa se han convertido en motivo de preocupación general hace poco más de medio siglo. Antes del Informe Beveridge de 1942, por ejemplo, prácticamente ninguna organización o partido político del mundo ofrecían propuestas relacionadas con las políticas y programas de salud, y cuando lo hicieron fue casi siempre como medidas de contención económica (Foucault, 1990). Tiene apenas unos treinta años que el derecho a la salud comenzó a aparecer oficialmente en los debates políticos del mundo, casi siempre para justificar la imposibilidad de garantizarlo.

En la actualidad esta situación ha cambiado sustantivamente. Ahora no cabe ninguna duda de que la salud está profundamente relacionada con la dignidad humana, y que garantizarla como derecho humano es una obligación de todas las naciones avanzadas.

La violación del derecho a la salud atenta contra la dignidad de las personas porque limita el desarrollo de sus capacidades y las excluye de las oportunidades que ofrece la vida. La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad (Therborn, 2015) y toda muerte prematura, pero especialmente la de niños y embarazadas, es un insulto a la sociedad.

Aunque es imposible garantizar a las personas que permanecerán sanas a lo largo de toda su vida, cada vez hay mayores y más efectivos esfuerzos para poner límites a las condiciones que provocan muertes prematuras y enfermedades evitables. En esa larga búsqueda el derecho y la ley

han jugado un papel muy relevante, proporcionando instrumentos que paulatinamente se han convertido en poderosas herramientas capaces de regular y humanizar la convivencia social y contribuir a producir salud.

II. El derecho a la salud en las cartas internacionales de derechos

El derecho a la salud ha sido reconocido en todas las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX como parte de los DESC, por lo que tiene más de medio siglo que se considera legítimamente como un pleno derecho social. Como se ha comentado, este tipo de derechos surgió entre el final del siglo XIX y la segunda mitad del veinte, y se caracteriza, *grosso modo*, porque "...en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio." (Sánchez-Cordero, 2000).

Los DESC están directamente vinculados con el logro de aquellas condiciones fundamentales necesarias para la satisfacción de nuestras necesidades básicas. Como ejemplos de DESC se encuentran el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a la protección y asistencia a la familia, el derecho a la seguridad social, los derechos culturales y el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.

En múltiples declaraciones y pactos internacionales se menciona explícitamente que el derecho a la salud y a su protección es un derecho humano. La siguiente es una enumeración no exhaustiva de los contenidos de los principales instrumentos internacionales en esta materia.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 señala:

Artículo 25.

1. 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, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ONU, 1948).

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, en su artículo 12, señala:

Artículo 12. 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 mortinatalidad 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 epidémicas, 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. (ONU, 1966).

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XI, expresa lo siguiente:

Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. (OEA, 1948).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador” enuncia:

Artículo 10. Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (OEA, 1988)

La Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, en sus artículos 11, 12, 13 y 19, fracción 2, indica:

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

- a. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
- b. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
- c. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

Artículo 12. Derecho a la Seguridad Social

Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen:

1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
3. A esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.
4. A adoptar medidas, mediante la conclusión de los oportunos acuerdos bilaterales o multilaterales, o por otros medios, sin perjuicio de las condiciones establecidas en esos acuerdos, encaminadas a conseguir:
 - a. La igualdad de trato entre los nacionales de cada una de las partes contratantes y los de las demás partes en lo relativo a los derechos de Seguridad Social, incluida la conservación de las ventajas concedidas por las leyes de Seguridad Social, sean cuales fueren los desplazamientos que las personas protegidas pudieren efectuar entre los territorios de las partes contratantes.
 - b. La concesión, mantenimiento y restablecimiento de los derechos de Seguridad Social, por medios tales como la acumulación de los períodos de seguro o de empleo completados de conformidad con la legislación de cada una de las partes contratantes.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.
2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.
3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal

necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.

4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Artículo 19. Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y a asistencia.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y asistencia en el territorio de cualquier otra parte contratante, las partes contratantes se comprometen:

2. A adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene.

(Consejo de Europa, 1996)

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en sus arts. 31.1 y 35 señala:

Artículo 31. Condiciones de trabajo justas y equitativas

1. Todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad.

Artículo 35. Protección de la salud

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

(Parlamento Europeo, 2000)

La Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos, en sus art. 16, dice:

Artículo 16.

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.
(Organización de la Unidad Africana, 1981)

El derecho a la salud, además, es reconocido como componente sustantivo de otros derechos en otros tratados internacionales. Entre ellos destacan la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, de 1965; en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, y en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.

Obligaciones generales del Estado en la protección de la salud

El desarrollo de los derechos humanos ha implicado el surgimiento de derechos y deberes para distintos actores sociales. En materia de salud, los Estados, organismos internacionales, empresas privadas, organismos no gubernamentales y personas tienen obligaciones directas e indirectas relacionadas con el respeto, la protección y la satisfacción de este derecho, tanto en las situaciones contingentes como en las que derivan de las condiciones estructurales.

Como se ha señalado, en virtud del derecho internacional e independientemente de sus sistemas y económicos, todos los Estados tienen la obligación directa de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud (ONU, 1993). Adicionalmente, si el ejercicio de los derechos humanos no estuviese garantizado en las legislaciones de los países, los Estados están obligados a adoptar todas las medidas legislativas o de otro carácter

que fueren necesarias para hacerlos efectivos (OEA, 1969; OACNUDH, 2014; González Delgado, 2014). En este contexto se inscriben los esfuerzos por garantizar el derecho a la salud en México.

De acuerdo con la Observación general 14, la referencia al más alto nivel posible de salud física y mental no se limita al derecho a la atención de la salud, al abarcar un conjunto de satisfactores que constituyen una precondition para llevar una vida sana, y que hacen ese derecho “extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (ONU, 2001).

En otras palabras, el derecho a la salud es un derecho que depende de la concurrencia de otros satisfactores que, en conjunto, determinan las condiciones de salud. Por esta razón se acepta que el derecho a la salud es un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que deben ser considerados como verdaderos determinantes sociales de la salud.

Adicionalmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU considera que entre los componentes del derecho a la salud figura un sistema de protección que brinde a las personas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud mediante una atención de salud oportuna y apropiada. Este sistema de protección debe cumplir con un mínimo de condiciones, y pone como ejemplos la disponibilidad, la accesibilidad geográfica, económica y cultural, la aceptabilidad y la calidad de los servicios. Con la presentación de estos ejemplos, no exhaustivos, el CDESC hizo un esfuerzo por dotar de contenido concreto al derecho a la salud, por lo menos en lo que respecta a su componente de protección.

III. Situación del derecho a la salud en México

En nuestro país el derecho a la salud fue consagrado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 3 de febrero de

1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional. El texto del artículo quedó como sigue:

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

De lo anterior pueden desprenderse varias conclusiones. Entre las más relevantes destaca el que, en lugar del derecho a la salud, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señale el derecho a la protección de la salud, lo que puede interpretarse como un esfuerzo por *positivizar* el primero. Lo anterior tiene relevancia en la medida en que, al positivizar el derecho a la salud, los múltiples componentes que conforman este derecho en realidad se circunscriben a la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso. Por esta razón, cuando en México se habla de derecho a la salud en realidad se hace referencia al acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos.

Esta situación se ha modificado paulatinamente. Un primer cambio ocurrió con el surgimiento en México de los Organismos *No Jurisdiccionales de Protección de Derechos Humanos*, entre las que destacan la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, que han jugado un relevante papel en la defensa del derecho a la protección de la salud en México, al no existir ningún órgano jurisdiccional dedicado específicamente a su defensa directa.

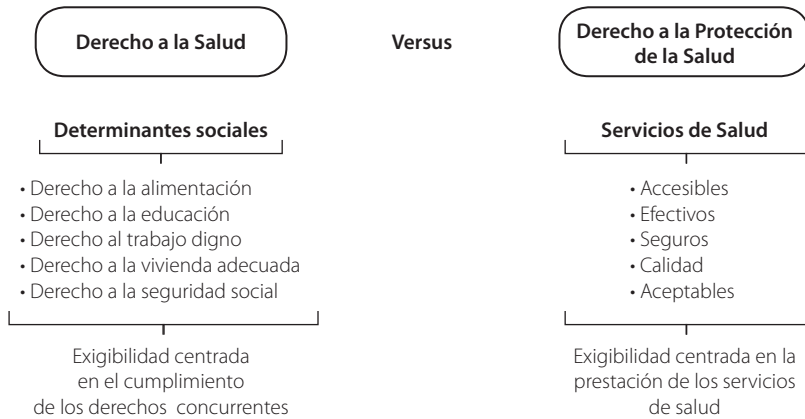
El cambio de visión más importante, sin embargo, ocurrió cuando el CDESC emitió en 2001, durante su 22º período de sesiones, la Observación General 14, referida al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud señalado en el párrafo 1 del artículo 12 del PIDESC (CDESC, 2000).

Con respecto al Derecho a la Salud, la Observación General 14 del CDESC, señala:

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”... tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.... Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
11. El Comité interpreta el derecho a la salud... como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales 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, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.

Desde esta perspectiva, se consideran como principales factores determinantes de la salud el acceso al agua limpia potable, las condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Como se verá enseguida, los ajustes a la Constitución Política Mexicana de hace cuatro años posiblemente permitan a mediano plazo la satisfacción de estas condiciones (figura 1).

Figura 1. Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud, de acuerdo con la Observación General 14 del PIDESC.



La reforma constitucional mexicana sobre derechos humanos

El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos a fin de fortalecer el estatus jurídico de los tratados internacionales de derechos humanos en México, dotándolos de rango constitucional y estableciendo, entre otras cosas, que las normas internacionales relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014).

Estas reformas quedaron plasmadas en la Constitución Política de la siguiente manera:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados

internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

De esta manera, a partir de 2011 los derechos humanos están garantizados en México por la Constitución Política, los tratados internacionales y los tribunales internacionales con competencia regional (que en el caso de México es la Corte Interamericana de Derechos Humanos).

Antes de la publicación del decreto de reforma el Estado Mexicano circunscribía sus responsabilidades al otorgamiento de garantías individuales, limitándose a garantizar la disponibilidad de instrumentos procesales de tutela de derechos pero sin reconocer los derechos humanos como tal.

Con la reforma, los contenidos del derecho a la salud y los procedimientos a través de los cuales se puede garantizar su cumplimiento pasan a ser los mismos que los establecidos en los tratados internacionales firmados por México y examinados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Para que estas aspiraciones se cumplan es necesario que todas las políticas en la materia adecuen su diseño a este nuevo paradigma.

El derecho a la protección de la salud

A pesar de todo lo anterior, en México es común que los intentos por fortalecer el sistema de salud se centren únicamente en el desarrollo de los propios servicios y no en la persona (OMS, 2007). El empoderamiento de las personas es un supuesto básico del enfoque de derechos humanos, y éste no se alcanza con el simple reconocimiento de las personas como titulares del derecho, sino estableciendo mecanismos que les permitan participar en el diseño e implementación de las políticas públicas y acceder a las vías procesales cuando este derecho no es respetado.

En México aún es necesario precisar cuáles son las obligaciones del estado en materia de protección de la salud bajo un enfoque de derechos humanos. Lo importante es que ya existe un conjunto de instrumentos internacionales y el marco constitucional adecuado para asumir esta tarea.

1. Para comenzar el Estado mexicano debe garantizar que la protección de la salud sea parte de los principios transversales que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos. En este sentido destaca que la administración de los servicios de salud en México se caracterice por el descuido de los principios de *máximo uso de recursos disponibles* y de *garantía del nivel mínimo* del derecho, que guardan una estrecha relación con las obligaciones inmediatas y progresivas que sustentan la garantía de la calidad como parte del derecho a la protección de la salud (López et al, 2014).
2. En segundo término las acciones diseñadas y ejecutadas en materia de atención pueden y deben basarse en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. Sabemos que el principal objetivo de toda política pública es dar racionalidad a la acción estatal, pero los criterios de eficiencia y productividad, por ejemplo, sólo pueden utilizarse si las acciones sanitarias se sujetan, en primer término, a las obligaciones del estado en materia de protección del derecho a la salud.
3. En este escenario, la propuesta de crear un sistema de atención universal sólo puede plantearse si es capaz de brindar iguales oportunidades de servicio a todo los que lo requieran, independientemente de su capacidad de pago, a fin de alcanzar equitativamente el más alto nivel posible de salud. Esto implica garantizar el derecho de todos —y no sólo de quienes pueden pagar— a acceder a servicios de salud de buena calidad, efectivos, seguros, suficientes y oportunos. Sólo así la atención sería un verdadero atributo del derecho a la protección de la salud.

En materia de *Derecho a la Protección de la Salud*, la Observación General 14 del CDESC señala que los servicios de salud deben cumplir con los siguientes criterios:

a) **Disponibilidad**

Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

b) **Accesibilidad**

Presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- i) No discriminación;
- ii) Accesibilidad física;
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad); y
- iv) Acceso a la información.

c) **Aceptabilidad**

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados... y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) **Calidad**

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

43. Los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud (...) el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

- f) Adoptar y aplicar (...) una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
44. Entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:
- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil; Que implica: La reducción de la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, el sano desarrollo de los niños (apartado a del párrafo 2 del artículo 12) y adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna y los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información;
 - b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
 - c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
 - d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
 - e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.
(Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2014)

El derecho de acceso a establecimientos, bienes y servicios (Apartado b, párrafo 12) implica:

- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud;
- Programas de reconocimientos periódicos;
- Tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad;
- El suministro de medicamentos esenciales, y

- El tratamiento y atención apropiados de la salud mental.
- La mejora y el fomento de la participación de la población:
 - En la prestación de servicios médicos preventivos y curativos.
 - En la organización del sector de la salud.
 - En el sistema de seguros.
 - En la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Asimismo, los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.*

- Las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros (CDESC, 2000: 19)
- Incorporar la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre (CDESC, 2000: 20)
- La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud.

En relación al derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades y la lucha contra ellas, la Observación expresa que esto implica:

- Programas de prevención y educación sobre aspectos de la salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica. Asimismo, promover determinantes de la buena salud como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

* Obligaciones fundamentales señaladas en los párrafos 43 y 44 de la Observación General 14.

- El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia.
- La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la sistematización de datos y su desglose, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Otro ámbito a considerar es el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial (Art, 12, apartado b, párrafo 2), en particular la adopción de:

- Medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales.
 - La necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas.
 - La prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos.*
 - Reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral.‡
- Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras.

* El Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que “el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar”, así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

‡ Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

- Suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y
- Disuasión del uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Grupos específicos

Respecto a los contenidos del derecho sobre estrategias transversales y en grupos específicos, desarrollados en el Art. 12 “Temas especiales de alcance general” (numerales 18-27), destacan:

La no discriminación e igualdad de trato, que prohíbe toda la discriminación en lo referente al acceso a la atención a la salud y a los factores básicos determinantes de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

La perspectiva de género, en donde el Comité recomienda que los Estados incorporen esta perspectiva en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre, dado que este enfoque reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud.

Mujeres

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Entre sus contenidos destacan:

- Prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer
- Políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

- Reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar.
- Suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.
- Adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Niños

- Medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños.
- Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades.*
- Que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre
- Acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas.
- La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental.
- Adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones.‡

* Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

‡ Véase la resolución WHA47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada “Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994.

- Dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

Adolescentes

- Proporcionarles un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.
- Proporcionarles una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tenga en cuenta la confidencialidad y la vida privada y el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.
- La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.
- (CDESC, 2000: 24)

Personas mayores

- Dar un enfoque integrado de la salud (prevención, la curación y la rehabilitación)
- Reconocimientos periódicos para ambos sexos.
- Medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores.
- Prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su Observación General N° 5, que aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.

- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

Adicionalmente se plantean un conjunto de obligaciones legales de carácter general, entre las que destacan:

- Garantizar que el derecho a la salud se ejerza sin discriminación.
- Obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.
- No son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.
- Obligación de respetar, proteger y cumplir (párrafos 33-37 con obligaciones específicas que derivan del derecho a la salud)
- Adoptar medidas tanto nacionales como mediante la asistencia y la cooperación internacional (económicas y técnicas), para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud.

- Impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países.
- Los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.
- Obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. (CDESC, 2000)

Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por su cumplimiento, todos los integrantes de la sociedad, incluyendo los particulares (profesionales de la salud, familias, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y el empresas privadas) tienen responsabilidades en la realización del derecho a la salud. Los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

Hasta aquí las propuestas de la Observación General 14 del CDESC. Enseguida abordaremos las posibilidades de cumplirlas y la necesidad de trascenderlas en el mediano plazo.

IV. Perspectivas a mediano plazo

En México se han presentado recientemente algunas demandas de garantía del derecho a la protección de la salud con resultados variables.* Desde el punto de vista jurisdiccional destaca el juicio relacionado con la necesidad de contar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

* No nos referimos aquí a las demandas judiciales emprendidas contra médicos en el ejercicio de su profesión y que pueden clasificarse como actos de negligencia, impericia o negativa de atención (que constituyen delitos que se procesan penalmente) sino a situaciones que derivan de la estructura de los servicios de salud y que atentan contra el Derecho a la Protección de la Salud del que ya hemos hablado.

(INER) con un servicio clínico especializado para la atención de pacientes con VIH-SIDA, conocido como “el caso del Pabellón 13”, y sobre el cual la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó en octubre de 2014, en su Resolución 378/2014, que el INER debía salvaguardar el derecho humano a la salud “al nivel más alto posible” de las personas portadoras del VIH, recibiendo el tratamiento médico correspondiente en instalaciones separadas del resto de pacientes; otro caso es el de Claudia Guadalupe Sifuentes Salazar, quien demandó de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud el otorgamiento de la atención médica integral oportuna al que tiene derecho como derechohabiente, y cuya resolución se encuentra en curso;

En general, puede decirse que las demandas de justiciabilidad directa en materia de derecho a la protección a la salud son pocas y casi siempre limitadas a la provisión de medicamentos. Un estudio reciente, que revisó 30 estudios en tres países, entre 1966 y 2012, encontró que la mayor parte de los casos se refieren a la necesidad de incorporar beneficios no incluidos en los planes de salud (especialmente en materia de nuevas tecnologías sanitarias) y proporcionar medicamentos de dispensación básica y excepcional (Revez et al, 2013).

Casos excepcionales en Latinoamérica son los de Colombia y Brasil, cuyo ordenamiento jurídico permite presentar demandas individuales en materia de prestación de servicios. En el caso de Colombia, según el Informe de la Defensoría del Pueblo, en 2013 se presentaron 115,014 acciones de tutela reclamando mejores servicios de salud, principalmente en materia de tratamientos, medicamentos y citas médicas. De ese total, el 70 por ciento se referían a acciones contenidas en los planes obligatorios de salud, es decir, que debían haberse entregado a los pacientes sin ninguna restricción. Los más afectados fueron los pacientes más pobres (Palomino, 2013). No obstante, estos casos se refieren exclusivamente a la actuación de los servicios médicos y con frecuencia terminan justificándolos, con el argumento de la escasez de recursos del sistema. Un antecedente importante en sentido contrario es el debate surgido en torno a la sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, en el que diversos grupos académicos y

sociales se manifiestan por reconocer y cambiar los límites —impuestos por el mercado a través de la exigencia de mayor eficiencia del sistema de salud— que impiden hacer efectivo el derecho a la salud reconocido doctrinariamente por la Constitución de Colombia. Ese debate continúa abierto, pero sin duda será un precedente de las acciones que se promuevan en Latinoamérica para garantizar el derecho a la salud, y no sólo a su protección (Varios autores, 2010). En Brasil, de manera semejante, la mayor parte de las demandas en materia de derecho a la protección de la salud también se refieren a la provisión de medicamentos no incluidos en los programas de atención farmacéutica del Sistema Único de Salud (Ramos, 2013).

En el ámbito no jurisdiccional existen más ejemplos. El órgano no jurisdiccional de protección de derechos humanos que más recomendaciones ha emitido en México en materia de salud es la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Su trabajo ha sido relevante en la defensa de la protección de la salud de las personas bajo prisión, de los militares y portadoras de VIH. En este último rubro, hasta 2013 la CNDH había recibido 347 quejas relacionadas con la inadecuada prestación del servicio público de salud a personas seropositivas o enfermas de sida; 175 relacionadas con la violación de los derechos de estas personas; 88 con negligencia médica; 87 con no proporcionar atención médica; 79 con la omisión de suministro de medicamentos; y 69 con la negativa de atención médica.

En el Distrito Federal se han presentado también diversas quejas, pero es particularmente notable la Recomendación 5/2014 presentada por la Comisión de Derechos Humanos del DF contra la Secretaría de Salud del DF, quien aceptó indemnizar 18 casos, que involucran diez fallecimientos de niños, por haberse vulnerado su derecho a la salud.

En el caso de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos no existe ningún antecedente de quejas sobre la violación del derecho a la protección a la salud presentada por individuos o grupos mexicanos. Nos parece que esta situación no cambiará mientras que México no firme el Protocolo Facultativo del PIDESC, que está en vigor desde el 5 de mayo de 2013, pero que el gobierno mexicano se ha negado reiteradamente a firmar.

¿Derecho a la salud o derecho a la protección de la salud?

En el marco del debate mundial sobre los derechos humanos, los movimientos sociales y las organizaciones de las Américas reunidas en Brasilia en 2007 reconocieron las múltiples dimensiones del Derecho a la Salud, en particular su relación con los determinantes sociales. En esa reunión se señaló:

“...que la salud es un derecho humano universal, deber del Estado, cuya realización precisa un conjunto de determinantes como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; acceso, uso y permanencia en la tierra; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes.”

En este contexto se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas”.

(Carta de Brasilia, 2007)

Como parece claro, uno de los problemas más importantes que enfrenta la lucha por el Derecho a la Salud en México es diferenciarlo del Derecho a la Protección de la Salud. Esto no significa que no se deba luchar por el derecho de todos los seres humanos a disponer de la más amplia, suficiente y oportuna protección de la salud. El acceso universal y equitativo a servicios de salud de buena calidad es un requisito fundamental de cualquier sociedad justa. Pero también es cierto que el derecho a la salud, como se ha señalado, no se agota con el otorgamiento de servicios. Se trata de un derecho complejo, cuyo alcance sólo puede lograrse cuando se conjuntan las condiciones que permiten a los seres humanos el disfrute de una vida plena, elegida libremente de entre múltiples opciones.

La primera medida que es necesario tomar para diferenciar el Derecho a la Salud es identificar su contenido sustantivo, quién es el titular del derecho y quién es el sujeto obligado. Durante este proceso es necesario trascender los indicadores sanitarios convencionales, que por lo general se refieren a la ausencia de muertes, enfermedades o complicaciones —y que resultan útiles para evaluar el grado de garantía alcanzado en materia de Protección de la Salud— a fin de proponer dimensiones de mayor complejidad, orientadas al logro de aquellas condiciones personales y grupales que amplían las libertades positivas y permiten a las personas controlar sus propias acciones y determinar su destino. De acuerdo con Isaiah Berlin, las libertades negativas aluden a la ausencia de restricciones o prohibiciones “de hacer”, y equivalen al concepto tradicional de libertad; en otras palabras, un sujeto es más libre a medida que tiene menos prohibiciones de hacer determinadas cosas. Las libertades positivas, en cambio, son condiciones que “permiten” a las personas realizar las acciones que las libertades negativas no les prohíben.

Como parece evidente, la lucha por el Derecho a la Salud alude a la creación de condiciones estructurales que promuevan y faciliten el alcance sistemático de mayores y verdaderas libertades positivas a todas las personas y grupos sociales. Amartya Sen ha utilizado el concepto de libertades de Berlin para fundamentar su categoría de *capacidades*. Para este autor, el conjunto de capacidades de una persona se puede definir como el

conjunto de vectores de realización a su alcance, en donde la realización se refiere a los distintos tipos de cosas que uno logra con los bienes que posee. Para Amartya Sen —quien, como Marx, es un severo crítico del *fétichismo de los bienes*— la realización es más importante que la cantidad de bienes poseídos. Su concepto de capacidades busca trascender el modelo de John Rawls, para quien una sociedad justa es aquella en la que todos tienen las mismas oportunidades para acceder a los bienes que él denomina *primarios* (integridad personal, libertades básicas, prerrogativas políticas, renta y riquezas). Sen, en cambio, afirma que la igualdad debería darse en la capacidad que tiene cada sujeto para convertir o transformar esos recursos en libertades, especialmente en libertades concretas para elegir la vida propia de acuerdo con las razones personales de cada uno. El ejercicio de las capacidades, en consecuencia, no sólo depende de las condiciones en las que vive una persona y de los bienes de los que dispone en un determinado momento, sino de todo su pasado. Se trata de una especie de *summa* del proceso vital humano. Bajo este esquema es que los derechos sociales, y en particular el Derecho a la Salud, ocupan un papel relevante, pues conectan al Estado social de derecho con la democracia, y a la salud con las capacidades humanas (Di Castro, 2010).

Aún falta mucho para demostrar que es posible dotar de contenido positivo al Derecho a la Salud, tal como han propuesto Amartya Sen, Martha Nussbaum y Jennifer Prah Ruger, entre otros. Pero es muy posible que el desarrollo del concepto de *capacidades en salud* sea un objetivo asequible en pocos años para aquellos sistemas políticos interesados en mejorar realmente la salud de sus poblaciones. De lo que no cabe duda es de que el contenido jurídico del Derecho a la Salud tendrá que incluir todas aquellas dimensiones que, en conjunto, permiten a las personas ampliar sus opciones para decidir, de manera verdaderamente libre, el tipo de vida que desea vivir. En esta esfera es en la que los derechos sociales se enlazan con las libertades básicas y responden, al mismo tiempo, a las aspiraciones de mejor salud, más democracia y mayor justicia.

Referencias

- Carta de Brasilia (2007). Minga para reducir las inequidades en salud en la región de la Américas. Movimientos y Organizaciones Sociales y Populares de las Américas, Reunión Regional de Consulta con la Sociedad Civil sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasilia 12-14 de abril (inédito).
- CDESC (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2014). Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- CONEVAL (2015). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2014. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/IEPDS_2014.aspx
- Consejo de Europa (1996). Carta Social Europea (Revisada). Estrasburgo, Francia. Disponible en: <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Spanish.pdf>
- Di Castro, E. (2010) Derechos sociales, democracia y justicia. En: Dieterlen P. (comp.) Los derechos económicos y sociales. Una mirada desde la filosofía. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México, 2010.
- Esquivel G (2015). Desigualdad extrema en México: Concentración del poder económico y político. OXFAM México, agosto de 2015. Disponible en: http://cambialasreglas.org/images/desigualdadextrema_informe.pdf
- Foucault M (1990). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En: Foucault M. La vida de los hombres infames. Ed. La Piqueta. Madrid, España. 1990.
- González Delgado A (2014) Facilidad de hacer exigible el derecho a la alimentación en México: una revisión sistemática de la literatura (Proyecto Terminal presentado como tesis para obtener la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición). 6 de febrero de 2014. México: Instituto Nacional de Salud Pública. pp. 13-18
- López Arellano O, López MS y Delgado CI (2013). Determinantes sociales de la salud. En: Hernández Ávila y Lazcano Ponce (Edits.) Salud Pública: Teoría y Práctica. Editorial El Manual Moderno. México, 2013.
- López Moreno S, Ortega SR, Álvarez JA, Montealegre SM (2014). El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López S, Jarillo E, Garrido F y Villa B. (Coord.) El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. Universidad Autónoma Metropolitana, Academia Nacional de Medicina, INSP. México, 2014. pág. 113-131
- OACNUDH (2014). ¿Qué son los derechos humanos? Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos (OPSDH) 2014. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/sidesc/>
- OEA (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia. 1948. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

- OEA (1969) Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) (B-32). Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). Asamblea General de la OEA, 18 Periodo de Sesiones. San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- OMS (2007). People at the Centre of Health Care. Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems. Ginebra, Suiza.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- ONU (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Resolución de la Asamblea General, San Salvador El Salvador, 17 de Noviembre de 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- ONU (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Resolución A/CONF.157/23. Viena, Austria, 14 a 25 de junio de 1993.
- ONU (2001). Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Resolución HRI/GEN/1/Rev.5, Ginebra, Suiza, 26 de abril de 2001.
- ONU (2015). Reto Hambre Cero. ONU, 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/zerohunger/challenge.shtml>
- Organización de la Unidad Africana (1981). Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul). XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la OUA. 27 jul 1981. Nairobi, Kenya.
- OXFAM (2014). Event it up. Time to end extreme inequality. OXFAM Internacional, Oct. Disponible en: <https://www.oxfam.org/en/research/time-end-extreme-inequality>
- Palomino, S (2013). ‘Cada 2 minutos hay una tutela para exigir el derecho a la salud’, Así lo dice Jorge A. Otálora, Defensor del Pueblo. [Periódico El Tiempo]. 15 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12516281>
- Parlamento Europeo y Consejo de Europa (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, Doc. C 364/6. Niza, Francia. 7 dic 2000. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Ramos KA, Ferreira AD (2013). Brasil. Análisis de demandas judiciales por medicamentos para uso fuera de etiqueta que se presentaron contra la Secretaría del Estado de Saúde de Minas Gerais. Revista de Direito Sanitário 2013;14(1). Disponible en: <https://tinyurl.com/pzsb7ul>
- Revez L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M y Salgado O (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(3):213–22.

- Saltalamacchia N y Covarrubias A (2014). La dimensión internacional de la reforma de derechos humanos: antecedentes históricos. En: Carbonell M y Salazar P (coord.) La reforma Constitucional de Derechos Humanos. México: Porrúa y UNAM.
- Sánchez-Cordero, O (2000). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, México, D.F. 9 de octubre de 2000.
- Therborn G (2015) La desigualdad mata. Alianza Editorial. Madrid, España, 2015.
- Varios autores (2010). La sentencia T-760: alcances y limitaciones. Cuadernos del Doctorado No. 11, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Bogotá, Colombia, 2010.

Bioética y derecho a la salud

Jorge Alberto Álvarez Díaz

I. Introducción

Todos los seres humanos siguen un conjunto de normas por diversas razones: por tradición, porque se les obliga (objetiva o subjetivamente), porque consideran personalmente que deben seguir tales normas, etc. Los grandes sistemas normativos de los seres humanos han sido tres: la religión, la ética y el derecho. La secularización que ha ocurrido progresivamente desde la modernidad evidencia que no es posible apelar a la normatividad de la religión, ninguna, dada la pluralidad de las mismas, y debido a que existen quienes no profesan o ni siquiera se adscriben a alguna de las alrededor de 10'000 que existen en el mundo actual. Siendo esto así, en las sociedades contemporáneas, hay que apelar a los otros dos grandes sistemas normativos, es decir, la ética y el Derecho.* La primera aclaración que hay que hacer es que en realidad no existe “la ética” ni “el Derecho” como un par de monolitos, sino que existen “las éticas” y “los Derechos”. Tras esta primera aclaración viene la primera serie de preguntas, ¿de cuáles éticas se está hablando?, ¿qué tipos de Derechos (y los derechos en ellos contemplados) se están considerando? Como puede apreciarse, resultaría

* Suele referirse como “Derecho” a la ciencia jurídica, a un ordenamiento jurídico o a un sistema jurídico; y como “derecho” a aquello que se reconoce (independientemente de que lo haya reivindicado o no) o se le concede a un sujeto de derecho. Esta consideración es necesaria para comprender que al hablar de “Derechos” se está haciendo alusión a ordenamientos y sistemas jurídicos diversos.

trabajo para toda una vida el intentar articular estos temas. Sin embargo, era necesaria esta consideración inicial para plantear que el intento de articulación de este capítulo se hace entre una ética (la bioética) y un derecho (el derecho a la salud). Otros intentos relacionados (por ejemplo, entre bioética y Derecho) llevarían por otros derroteros.

II. Moral y ética

La relación establecida ente los conceptos de “moral” y “ética” puede volverse compleja hasta el infinito. Sin embargo, hay que partir de algo: la ética es una reflexión sobre la moral, de ahí el nombre de “filosofía moral” que suele aceptarse para la ética. No se trata de mera reflexión; desde el origen de la filosofía, la parte dedicada a la praxis era la política y la ética se consideraba con ella. Aunque nacen en el mundo clásico de la mano con Aristóteles, suele ubicarse con Maquiavelo la separación que parece que no ha hecho otra cosa que crecer entre ambos saberes, pero ese tema no es motivo de reflexión en este texto.

Se entiende que la ética es una filosofía moral por que los seres humanos son seres morales por naturaleza. Este “por naturaleza” no significa que haya genes o redes neuronales que le den tal cualidad, es decir, no se quiere dar a entender que la moralidad esté determinada por la biología humana. El “por naturaleza” significa otra cosa: los seres humanos son seres primordialmente culturales, histórico-sociales. Lo “natural” es ser “cultural”. Y es que nadie puede renunciar, aunque se lo propusiera, a ello. Gregorio Marañón se pregunta en el prólogo de su libro titulado *El Greco y Toledo*, ¿qué hubiera sido de Teresa de Jesús si en lugar de haber nacido en Ávila en el siglo XVI hubiese nacido en el siglo XVIII? ¿Habría sido Santa Teresa? Seguramente no: todo ser humano es hijo de su momento histórico. Después se cuestiona, ¿qué hubiera sido de El Greco si en lugar de haber llegado a España hubiese permanecido en Grecia? ¿Habría sido El Greco? Seguramente tampoco: todo ser humano es hijo de su contexto sociocultural. Solamente entendiendo a los seres humanos como seres culturales es posible comprender que tengan una serie de costumbres que puedan catalogarse como “morales” en un determinado

momento histórico y social (con todo lo que esto conlleva, como el contexto económico, político —en un sentido postmaquiavélico—, etcétera).

Así las cosas, hay tantas moralidades como seres humanos; los que realizan la reflexión pueden hacerse una ética, que se trata de una ética donde consideran que tienen un conjunto de obligaciones que deben hacer y otro tanto que no deben hacer; esto es, formalmente todos los seres humanos son iguales en su experiencia moral, pero los contenidos son diferentes. Así, quienes hacen una reflexión sobre la moralidad pueden asumir como propias algunas normas, pero pueden ir en contra de otras, de modo que en ocasiones para actuar de un modo ético hay que ser profundamente inmoral. Esto plantea que si hay tantas éticas personales como seres humanos que reflexionan sobre la vida moral, el tema se hace entonces aparentemente inabarcable. Sin embargo, en la filosofía moral se ha hecho una distinción desde el mundo escolástico medieval que ha sido retomada por José Luis López Aranguren para distinguir, por un lado, la *ethica utens*, que se refiere a la ética que aplican los seres humanos en su vida cotidiana, y por otro lado la *ethica docens*, que es la ética enunciada en las teorías éticas. Evidentemente lo que se trabaja en adelante se hará con referencia a la *ethica docens*.

La *ethica docens* considera, de manera muy general, que aquellas costumbres que se catalogan como morales y que son susceptibles de analizarse para llegar a una ética (al asumirlas de forma autónoma o al criticarlas parcial o totalmente para asumirlas parcialmente o no aceptarlas) son las costumbres que se relacionan con dos valores que se han llevado la gran parte de la historia de la ética en el mundo occidental: la felicidad y la justicia.* Evidentemente no se trata de sinónimos, y hay que establecer cla-

* Los intentos por hablar de la justicia han sido múltiples a lo largo de la historia occidental. Para elaborar este texto se pudo tener otro punto de partida; por ejemplo, el hecho de que la inequidad tiene severas repercusiones en la salud de la población (Daniels et al., 2000). En este texto Norman Daniels y sus colaboradores muestran cómo la salud se afecta por la injusticia social y la inequidad; enfatizan que no es suficiente aumentar el acceso a profesionales y servicios de salud, sino que es necesario mejorar condiciones sociales tales como la pobreza, el nivel educativo, la vivienda, el trabajo, la nutrición, el desarrollo de los niños, etc. Dado que la producción de la medicina social latinoamericana y a salud colectiva han ido en este sentido, no se abunda en estos temas. Por el contrario, la idea de este capítulo es hablar sobre la justicia y las derivaciones que se van teniendo a partir de esta idea, más desde el campo de la fundamentación filosófica en relación con la ética y la política.

ramente la diferencia, aunque se haya hecho desde hace milenios, ya que nunca resulta excesivo para aproximarse a estas problemáticas. Además, hay que hacer notar que al hablar de moral y ética no hay razón para apelar al Derecho o a un conjunto de derechos. Esto es un fenómeno ulterior y no es sinónimo, ya que cuando la gente dice “esto no es justo” no está haciendo referencia en primera instancia al incumplimiento de una norma legal, sino al incumplimiento de la vida ética, al incumplimiento del valor de la justicia. Hay una relación, qué duda cabe, pero cuando los estudiosos se empeñan en hacer ver los espacios de coincidencia, hay quienes terminan por diluir un espacio en el otro, lo que a la postre resulta no solamente erróneo, sino peligroso, al tratar unos temas por otros. Más adelante se aclara la relación que existe entre ética y derechos (un grupo de ellos, que el tema es amplio y complicado), pero mientras tanto hay que dar otro salto y aclarar por qué hablar de “bioética” como un término de mayor corrección en este contexto.

Antes de pasar a la siguiente sección, hay que aclarar algo respecto de la *ethica docens* y la misma *ethica utens*: si bien son filosofía moral en el sentido de reflexión sobre la moral, no se trata nunca de mera reflexión. La reflexión es para algo, para hacer algo (o no hacerlo). La pregunta ética por antonomasia es “¿qué debo hacer?” (o bien, “¿Qué debe hacerse?”, si se habla a nivel colectivo), con lo cual el lenguaje propio de la ética es el de los deberes. El deber, en general, siempre será el mismo: realizar valores. Ya se dijo que la felicidad y la justicia son valores, de modo que hay que ver cómo pueden realizarse de forma individual y colectiva. En términos filosóficos de la teoría del valor: los valores son soporte para los deberes, son formalmente previos.

III. De la ética a la bioética

En la década de los años setentas del siglo pasado surgió un conjunto de saberes que se han ido consolidando como disciplinas y que han bebido de la ética de muy diferentes formas. Se trata de la aplicación del saber ético sobre campos específicos, de ahí que se les haya denominado como

“éticas aplicadas”.* Este término, recordando que la ética y la política son las ramas prácticas de la filosofía, parecería redundante. Sin embargo, hace referencia a algo más complejo. Aunque la ética surgió como disciplina en el mundo griego clásico como una rama práctica de la filosofía, su desarrollo en el mundo occidental prácticamente hasta mediados del siglo XX fue encaminándose al tema del fundamento de la ética, a grado tal, que con la secularización que ya se mencionó que ocurre progresivamente desde el mundo moderno, se dio un fenómeno curioso, por decir lo menos: la moral fue tema de ocupación mayormente en la esfera de la religión (cristiana, católica o no, en buena parte de ese mundo occidental), mientras que la ética fue trabajada fundamentalmente por filósofos. Ya en el Concilio Vaticano II se dieron cuenta de ello y surgieron voces dentro del cristianismo católico que empezaron a preocuparse por el problema del fundamento de la moralidad (no es casual que hasta entonces el término “moralista” haya sido utilizado para referirse a quienes desarrollaban los temas de la “teología moral”). Sin embargo, los filósofos parecían que no estaban preocupados por los contenidos de sus propuestas de fundamentación; si bien el imperativo categórico kantiano podría ser un ejemplo paradigmático, no hay grandes diferencias respecto a lo que puede decirse hasta la filosofía de la primera mitad del siglo XX.

Por otra parte, además de esta serie de hechos en lo filosófico y en lo religioso, ocurrió otra serie de eventos, que podrían englobarse en el espectacular desarrollo en lo científico y en lo tecnológico: la primera mitad del siglo XX con un énfasis claro en la física y sus aplicaciones (hasta las tristemente célebres bombas atómicas lanzadas en Hiroshima y Nagasaki), y la segunda mitad del siglo XX con un énfasis que viró hacia la biología y múltiples aplicaciones biomédicas. En la primera mitad del siglo XX se cimbran los cimientos de la racionalidad occidental experimentándose también verdaderas catástrofes, como lo fueron las Guerras Mundiales. La filosofía se cuestiona seriamente la cimentación de Occidente; después

* Probablemente el ejemplo paradigmático es la bioética, pero están otras, tales como la ética de la empresa (o ética de los negocios), la nanoética, etc.

de la Primera Guerra Mundial, Husserl da un giro importante en su pensamiento, lo mismo que Freud; Ortega y Gasset escribe su *Meditación de la técnica* en los albores de la Segunda Guerra Mundial y Heidegger hace lo suyo después de la Segunda Guerra con *La pregunta por la técnica*. Además de los citados, hay muchos ejemplos más, por no citar la repercusión que tuvo en el pensamiento filosófico desarrollado en Latinoamérica.

En este cada vez más complejo contexto surgen esas llamadas “éticas aplicadas”: era necesario que las fundamentaciones éticas intentaran ir no solamente al fundamento de la ética, sino a proveer algunos contenidos que intentaran dar respuestas a nuevas interrogantes. Justo en un artículo escrito en 1970 y en un libro publicado al año siguiente, Van Rensselaer Potter II, bioquímico, publica unos textos que incorporan un neologismo que desde entonces no hace otra cosa que crecer: “bioética”.* Si bien ahora parece ser que el término apareció por vez primera en 1927 en lengua alemana bajo la pluma del teólogo protestante Fritz Jahr, es cierto que después de tal publicación no hubo repercusiones del trabajo escrito por Jahr, ni siquiera en el mundo académico.‡ Por ello aquí se toma como fecha de nacimiento de la bioética el año de 1970.

Las reflexiones de Potter y Jahr consideraban cuestiones medioambientales; sin embargo, la creación de los primeros centros que se dedicaron a la nueva disciplina se dio con grupos preocupados por las novedosas aplicaciones biomédicas. Los dos ejemplos del momento fueron la creación del *Hastings Center* en 1969, que continúa trabajando hasta la fecha con el mismo nombre, y el *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* en 1971, actualmente *Kennedy Institute of Ethics*. Para algunos fue tan importante la vertiente biomédica para el desarrollo de la bioética, que por ejemplo Toulmin ha creado la famosa metáfora

* Casi en las cuatro décadas posteriores a la publicación de ese par de textos se consideró a Potter como el “padre de la bioética” (Potter, 1970; Potter, 1971).

‡ El trabajo original (Jahr, 1927) fue rescatado, analizado y citado por primera vez hasta el año 2007 (Sass). Algo cierto, tanto para Potter como para Jahr, es que ninguno dio siquiera un esbozo de fundamentación de una disciplina; a Jahr le correspondería en todo caso la paternidad del término, mientras a Potter el haberlo puesto en circulación en el momento adecuado.

que la medicina “le salvó la vida a la ética”.* Sin embargo, puede verse que en realidad hay dos vertientes: una medioambiental y otra biomédica.

Del mismo modo que los seres humanos no pueden escapar a su momento histórico y sociocultural, las construcciones que realizan (ciencia y filosofía incluidas), tampoco. Por ello, Diego Gracia considera que las razones históricas por las cuales surge la bioética como una ética aplicada son dos grandes grupos: las revoluciones biológica y ecológica, y la revolución médico-sanitaria (Gracia, 1998a:12-18). La primera queda fuera de este espacio; apenas puede elaborarse el esbozo previo al citar a Jahr, Potter y esa vertiente medioambiental. La segunda revolución es la que se relaciona más con este trabajo, y de la que a su vez Gracia distingue tres grupos de razones: los nuevos avances tecnológicos, la nueva conciencia de la autonomía personal, y los cambios institucionales y políticos.

Respecto a los avances tecnológicos, es donde casi todo el mundo se centra y de ahí no pasa, porque no quiere, o porque no puede, pero parecería que bajo algunas lecturas hay un problema lineal: llega una nueva tecnología, produce problemas, se requiere un cambio en las concepciones éticas. Evidentemente la realidad humana es mucho más compleja y contextual, lo que hace notar que efectivamente la revolución científica y tecnológica ha tenido una serie de repercusiones en la vida y en la salud humana como nunca antes en la historia de la humanidad, pero no ha sido de un modo descontextualizado. Esta es una de las enormes diferencias del pensamiento de Diego Gracia respecto de otros pensadores en el campo de la bioética.

La aplicación de tales tecnologías se hacía (se sigue haciendo) sobre alguien, sobre un paciente o con intervenciones en grupos de sujetos. Estos seres humanos ya no son pacientes como hasta la década de los años sesenta del siglo XX, sino que empiezan a pasar una revolución que les

* Stephen Edelson Toulmin no solamente habla de la crítica que puede hacerse a la ética al no intentar dar algunas guías más allá de la fundamentación; un problema que aborda en el artículo es precisamente la problemática de la búsqueda de un saber con pretensiones de universalidad (todo sistema ético, en tanto que filosófico, busca la universalidad) y su articulación con casos particulares (Toulmin, 1982).

propia, una revolución emancipadora. Hay que recordar que la transición entre los años sesenta y setenta fue el escenario de las grandes liberaciones: la “liberación femenina” (“*Mouvement de libération des femme*”), la “liberación de los afroamericanos” (Malcolm X, Martin Luther King), la “liberación animal” (Peter Singer), etc. A esta serie de liberaciones, Gracia agrega la “liberación de los pacientes”: en 1973, la Asociación Norteamericana de Hospitales publica la primera declaración de derechos de los pacientes. Esto nunca antes había ocurrido en la historia, considerar que el paciente no es meramente paciente, incluido el sentido etimológico de sujeto pasivo, sino que es un sujeto activo, un sujeto de derecho. Si no se tiene esta perspectiva en las actuales ciencias de la salud, es fácilmente desdeñable el término “bioética” y con ello pensar que bioética solamente se refiera a atención clínica y/o investigación biomédica. Si Kant considera que los seres humanos dejan su “culposa minoría de edad” hasta el mundo moderno, cabría decir, siguiendo a Gracia, que los pacientes salen de su “culposa minoría de edad” hasta que se entiende que el paciente es un ciudadano, un sujeto de derecho.

Gracia, historiador de la medicina, se da cuenta que el tercer grupo de razones dentro de la revolución médico-sanitaria tiene que ver con cambios institucionales y cambios políticos que se relacionan con el problema de la justicia sanitaria. Esos cambios atañen a un valor de esencial al hablar de la *ethica docens*, además de la felicidad: la justicia. No la “justicia” como una abstracción, sino con la justicia que tiene que ver con la salud.

Por todo lo anterior, si se quiere hablar en propiedad de una ética que tenga que ver con la salud debe adoptar el nombre de “bioética”; la “ética” no consideró nunca aspectos ahora fundamentales (el paciente como un sujeto de derecho, todo sujeto de derecho debería tener derecho a la salud, etc.). Además, es importante considerar los niveles en los que actualmente se divide la bioética, para poder establecer los campos de acción de la disciplina. De acuerdo con el argentino José Alberto Mainetti (1991) y los españoles Diego Gracia (2002) y Adela Cortina (2011), la bioética contemporánea se divide en tres niveles: una microbioética, una mesobioética y una macrobioética.

El nivel de la microbioética tiene que ver con la toma de decisiones en torno al propio cuerpo, es decir, lo que también se ha llamado la bioética clínica. La década de los setentas tuvo un énfasis especial en este nivel, tanto en los procesos deliberativos como en las construcciones teóricas que surgen; a modo de ejemplo, baste recordar el multicitado informe Belmont y la consecuente propuesta principialista de Beauchamp y Childress.

El nivel de la mesobioética se ubica en la toma de decisiones institucionales y estructurales. La década de los 80's desarrolla el ascenso a este nuevo peldaño, donde pueden ubicarse temas tales como los relacionados con la ética de la economía de la salud, la ética de los sistemas de salud, la ética de las organizaciones sanitarias, e incluso la posibilidad de una bioética cívica (propuesta por Cortina). Con estos temas es evidente que el enfoque principialista que tuvo la bioética prevaleció en esta década, pero no dio para más. En la siguiente década empezarán y se desarrollarán tantas críticas, que quedará claro que la propuesta principialista (la de Beauchamp y Childress o cualquier otro grupo de principios que se propongan o adopten como únicos) será siempre insuficiente, tanto como propuesta de fundamentación como en la aplicación a casos concretos. Es verdad que toda ética considera principios, pero no pueden tomarse en un abanico y pensar que van a poder resolverse todos los problemas que presenta la realidad.

El nivel de la macrobioética abarca el nivel propio de una bioética global, donde debe considerarse la ecoética o ética ecológica (donde la mayoría queda), cuestiones de justicia global (con problemas tales como el turismo de salud, el turismo médico, etc.), las relaciones entre bioética y biopolítica, así como la posibilidad de construir una bioética cívica mundial (también propuesta por Cortina).

Para Gracia, estos tres estratos pertenecen al mismo proceso de deliberación en los niveles personal, institucional y global. Gracia considera que los tres niveles se encuentran articulados entre sí internamente, por lo que el primero conduce al segundo, el segundo al tercero y a la inversa es lo mismo (Gracia Guillén, 2002).

IV. Los derechos humanos y la ética

No hay espacio para profundizar en todos los temas como se quisiera, pero hay que tocar varios para poder comprender a dónde se va con la articulación buscada. Ya se dijo que dos sistemas normativos de los seres humanos son la ética y el Derecho. A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el lenguaje de los derechos humanos no ha hecho sino crecer. Hoy a todo el mundo le parece claro que los seres humanos tienen derechos, pero ya no resulta tan claro el poder decir por qué los tienen, es decir, la fundamentación.

El primer punto por articular entre los derechos humanos y la ética es justamente la fundamentación de tales derechos. A la pregunta “¿Por qué tienen derechos los seres humanos?”, Agazzi responde: «Permítasenos notar, en primer lugar, que aquí no nos estamos refiriendo a los derechos contingentes de los que una persona puede gozar en virtud de contratos o leyes, sino a aquellos derechos absolutos o fundamentales que no dependen de una atribución o concesión concretas, una propiedad que se considera normalmente como una característica específica de los así llamados derechos humanos. Esta es la razón por la cual la fundación de los derechos humanos pertenece a la ética y no, digamos, a la jurisprudencia: desde este punto de vista es correcta la tesis clásica (también sostenida por Maritain) de que los derechos humanos tienen sus raíces en la Ley Natural y no en la Ley de la Nación ni en la Ley Positiva» (Agazzi, 2000: 108).

Así es posible comprender por qué cuando se habla de un “derecho humano” puede decirse si tal derecho es justo o no: si la fundamentación de los derechos humanos está en la ética, es la vía que queda. Un par de ejemplos: primero, si un ordenamiento jurídico no reconoce en el derecho positivizado de forma explícita un derecho a la salud, no quiere decir que eso sea justo; segundo, si el “derecho a la salud” se entiende como “derecho a recibir un paquete básico de servicios de atención médica”, se puede calificar como injusto, y tal juicio no quiere decir que sea injusto tener derecho a la salud, sino que la forma de ejercer tal derecho no es la óptima. “Óptimo” es un vocablo desgraciadamente poco recordado en

ética, aunque es central. Cuando Aristóteles escribe su *Ética a Nicómaco* no dice que la ética se refiera al adjetivo “bueno”, ni siquiera a su comparativo “mejor”, sino que se refiere al superlativo de “óptimo”. Desde el punto de vista ético, al menos desde Aristóteles, cualquier solución que esté por debajo de la óptima, es mala. La ética no busca lo “bueno”, persigue incasablemente lo “óptimo”. Por ello, si la fundamentación de los derechos humanos está en la ética, no puede haber sino visiones óptimas de lo que representan los derechos humanos; cualquier otra visión que esté por debajo de lo óptimo será mala.

Por otra parte, los derechos humanos son, como ya se dijo, un grupo de derechos; hay más. ¿Está reñida la propuesta de Agazzi con una teoría general sobre lo que son los derechos? Pues no necesariamente. Por ejemplo, Cruz Parceró aborda un problema de larga tradición en Derecho, ¿qué es anterior, el derecho o el deber? O bien, en otras palabras, ¿los seres humanos tienen derechos porque tienen deberes, o es que tienen deberes porque tienen derechos? Evidentemente aquí “deberes” tiene sentido jurídico (en el correlato derecho/deber), no es el sentido que tienen los “deberes” en ética, pero aun así es importante que para este autor «la confusión que parece existir, y a la que me he referido en otro lugar,* consiste en dejar de ver que los derechos y los deberes protegen o implican algún bien o valor, de forma que lo que es “lógicamente” anterior tanto a los deberes como a los derechos son los valores o bienes que se intenta proteger (los intereses a los que alude Raz)» (Cruz Parceró, 2007; 40).

La afirmación es compatible y complementaria a la de Agazzi: los derechos humanos, en tanto que derechos, lo que buscan es proteger un valor o un bien. En el caso del derecho a la salud, en tanto que derecho humano, lo que busca es proteger un valor, como lo es la salud. Sobre el punto específico de qué es la salud han corrido ríos de tinta, pero para esta exposición se entenderá que la salud es, ante todo, un valor. En la cono-

* Se está refiriendo a su tesis doctoral titulada *El concepto de derecho subjetivo en la teoría contemporánea del Derecho*, dirigida por Manuel Atienza, defendida en 1999 y publicada al año siguiente bajo el sello editorial de Fontamara.

cida definición de la OMS la palabra clave para comprender que la salud es un valor es el componente del “bienestar”. El bienestar es un valor, que tiene su contravalor o antivalor (malestar). Aquí lo que hay que aclarar es qué puede entenderse con la noción de “bien”. En tanto que jurista, este Cruz Parceró se refiere al “bien jurídico”, un bien que merece ser protegido, con lo cual puede notarse que el bien jurídico resulta ser un epifenómeno de la noción de deber, desde el punto de vista ético. Por ello hay que rescatar esta idea de deber. Ya se dijo que la ética trata de deberes, que los deberes tienen un soporte formalmente anterior que son los valores (por ello, los deberes siempre se refieren a realizar valores). ¿Y los valores? ¿Dónde tienen su soporte? Gracia va en su segunda década de dedicación al tema del valor, afirmando ahora que los valores existen, pero no como entidades materiales plenamente objetivas, sino que pueden ser estimadas solamente en tanto es posible percibir hechos. Así, la secuencia formal sería: un hecho es soporte de uno (o más) valor(es), un valor es soporte de uno (o más) deberes. El problema del valor, tan poco tratado en lo general, Gracia lo trata a profundidad para hacer estas propuestas (Gracia, 2011). Apoyándose en las propuestas de Gracia resulta posible afirmar que la salud es un valor, un valor que solamente puede ser estimado si hay un conjunto de hechos que lo soportan. Cuando de un ser humano se trata puede decirse que está “sano” (juicio valorativo) si cuenta con un conjunto de características que pueden percibirse, cuando menos en los órdenes biológico, psicológico y social, que son adecuados para ese ser humano en su contexto. Sin este conjunto de hechos no puede hablarse del valor salud. Sin el valor salud no puede hablarse de un derecho a la salud. Ésta también es una de las extensiones que pueden hacerse de las propuestas de Gracia: los valores no solamente soportan deberes, sino que soportan principios (cualquiera propuesto en cualquier teoría ética), derechos, etc.

Hasta este punto se han acumulado algunas variables: las morales de los ciudadanos, las éticas personales que pueden construirse y expresarse en la *ethica utens*, los sistemas éticos que intentan dar fundamentaciones y métodos a través de la *ethica docens*, y los derechos humanos que encuentran una fundamentación en la ética, cuando menos. Hasta aquí valdría la pena

preguntarse ¿en cuál ética encuentran fundamentación los derechos humanos? Parece ser que en la *ethica docens*. Si esto es así, ¿cómo puede articularse este ejercicio de fundamentación desde la teoría para que la práctica se lleve a cabo, tanto a nivel ético, como a nivel del ejercicio del derecho del ciudadano? Hay que introducir ahora otra distinción trabajada por varias décadas por Adela Cortina, quien establece una diferencia entre las éticas de máximos y la ética mínima (Cortina, 1986; Cortina, 2008).

Si se habla de ciudadanos que tienen una pluralidad de moralidades y éticas que conviven en una sociedad, ¿sería posible contar con una “ética cívica” o “ética de los ciudadanos” que pueda ser compartida por todos? Cuando se habla de una “ética mínima” es una apuesta a que esto es posible. En los Estados contemporáneos bajo una democracia liberal existen distintas éticas de máximos que son éticas que tienen propuestas de vida buena, de vida feliz, de vida en plenitud. En una sociedad plural hay distintos grupos que tienen diferentes propuestas de este tipo; se trata de una gran tarea de la ética, pero sobre todo se trata de una gran aspiración del ser humano, uno de los valores ya mencionados que han sido ejes rectores del pensamiento ético. Aristóteles decía en su *Ética a Nicómaco* que todos los seres humanos tienden a la felicidad y eso es así: todos los seres humanos tienden a la felicidad como una gran aspiración. En esas sociedades plurales existen propuestas para alcanzar la felicidad, algunas de las cuales son religiosas y algunas son seculares. Las éticas de máximos son aquellas éticas que hacen propuestas para alcanzar una vida feliz, una vida en plenitud. Sin embargo, para que esas éticas de máximos puedan convivir, es necesario que encuentren y cuenten con unos mínimos de justicia que sean compartidos. De aquí que sea absolutamente necesario distinguir lo que son las aspiraciones y las invitaciones a la felicidad y lo que son las exigencias de justicia. Una diferencia fundamental entre felicidad y justicia es que la justicia es muy exigente mientras que la felicidad es algo que jamás se puede exigir, que jamás se puede imponer, y a la que solamente se puede invitar. Es crucial recordar que las invitaciones a la felicidad se hacen para que los seres humanos, si quieren, las acepten o se adhieran, pero que lo hagan libremente.

Por otra parte, la justicia sí que es muy exigente, y cuando existen demandas de justicia se anhelan no solamente para sí mismos, no solamente para el propio grupo, sino que se considera que merecerían ser extendidas universalmente. Esto es así porque el valor de la justicia es estimado gracias al sentimiento de indignación: los seres humanos son capaces de dolerse no solamente por los que les sucede a sí mismos, sino que además son capaces de dolerse por lo que les sucede a otros. El sentimiento de indignación es extensivo, los seres humanos se indignan por el sufrimiento de males para los cuales no hay legitimación alguna. Cuando alguien dice que algo es injusto, no quiere decir que no le conviene, o que no lo aprueba; lo que quiere decirse es que ese algo considerado injusto no debería ser así, no solamente para sí, no solamente para el propio grupo, sino que no debería ser así para nadie. Aquí es donde comienzan las complicaciones, porque cuando alguien afirma de algo que es justo o injusto, no pretende que sea solamente una opinión personal que emite de una manera más o menos modesta, sino que exige de lo justo que valga para todos. Además, si encuentra a alguien que no esté de acuerdo con la propuesta, se está dispuesto a hablar sobre ello porque es necesario, ya que no sería suficiente decir “bueno, se trata de una mera opinión”.

Si alguien considerara que para ser feliz hay que acudir cada fin de semana para una determinada serie de prácticas (religiosas, como un culto; o seculares, como una actividad deportiva), puede ser muy feliz, pero no puede (ni debe) exigir al resto que realice las mismas prácticas para que sean felices; como máximo podrá invitarles. Sin embargo, si alguien se entera que casi la mitad de los más de 7'000'000'000 de habitantes de este planeta se encuentra bajo los límites de la pobreza, perfectamente puede juzgarlo como algo injusto. Si otro llega y dice “bueno, tampoco es tan injusto; debe haber sido cuestión de mala suerte”, el primer hablante no se quedaría diciendo “bueno, son dos opiniones diferentes”, sino que en cuestiones de justicia hay que hablar para ponerse de acuerdo. No se trata de algo muy subjetivo, sino antes bien, de algo intersubjetivo, lo que otorga el grado de objetividad que puede tener, y que de hecho tiene, ese valor que se denomina como “justicia”.

En este sentido, una ética cívica adecuada para las sociedades bajo democracias liberales sería aquella que contiene los mínimos de justicia que esa sociedad piensa que es necesario defender para no caer bajo mínimos de humanidad. Esto es lo que quiere decir “ética mínima”: hay unos mínimos de humanidad por debajo de los cuales no se puede estar sin caer en inhumanidad. Si alguien le da exactamente igual que esa parte de la población se encuentre bajo los límites de pobreza y que derivado de ello muera tanta gente, se está bajo mínimos de humanidad. Contar con unos mínimos de justicia no quiere decir que no haya que seguir ampliándolos paulatinamente, sino que caer por debajo de ellos significa caer bajo mínimos de humanidad.

Desafortunadamente no existe una “fórmula mágica” para que coexistan armoniosamente una ética mínima que defienda exigencias de justicia, y que se desarrolle posibilitando varias éticas de máximos que inviten a ideales de vida buena y de vida feliz. En este punto hay que aclarar que la “ética mínima” sería esa “ética de los ciudadanos” o “ética cívica”, pero que esto no es asimilable con una “ética estatal”, no son sinónimos. Los ciudadanos son los encargados de construir esa ética para que se plasme en el resto de actividades sociales humanas (la política, el derecho, la economía, etc.). Una propuesta muy bien fundamentada (Cortina, 1986; Cortina, 2008) enuncia que en una democracia liberal habría que contar con tres aspectos para tener un escenario donde al menos pueda aspirarse a articular una ética mínima con diversas éticas de máximos. Estos aspectos son: una ciudadanía compleja, una sociedad plural y un Estado laico.

Evidentemente, una ciudadanía compleja es justo lo contrario de una ciudadanía simple. La ciudadanía simple es aquella que se construye prescindiendo de las diferencias. Como es bien sabido, en el desarrollo de ese multicitado mundo occidental hay dos grandes etapas en el mundo moderno. En la primera de ellas, la Ilustración sueña la idea de la igualdad de todos los seres humanos, pero prescindiendo de las diferencias entre ellos: todos los seres humanos son iguales en dignidad, prescindiendo de hablar de hombres y mujeres, de blancos y negros, de ricos y pobres, etc. Como es notorio, en esta ciudadanía simple se ve la igualdad en aquello en que

todos los seres humanos son iguales, pero prescindiendo de las múltiples diferencias. Desde luego, se trata de un paso enorme a diferencia del mundo feudal; el siguiente gran paso es el del Romanticismo cuando se defiende que no existe ningún “hombre sin atributos” (por recordar el título de la monumental obra de Mussil). De esta manera, existen creyentes y no creyentes, homosexuales y heterosexuales, fértiles e infértiles, votantes a izquierdas y derechas, etc. Existen los seres humanos con sus diferencias. Por ello es que se trata de una ardua tarea el respetar que la ciudadanía es diversa permitiendo que los ciudadanos se desarrollen respetando su diversidad. Desde luego, esto resulta muy difícil; resulta mucho más sencillo prescindir de las diferencias y asumir que todos los ciudadanos pueden desarrollarse bajo un marco común asumiendo que son iguales.

Solamente la construcción de una ciudadanía compleja es la que puede ser protagonista del segundo elemento, que es la sociedad plural. Las sociedades son plurales en todo sentido. El pluralismo político se evidencia en quienes votan y los que no lo hacen; los que votan a izquierdas, derechas o centros; etc. El pluralismo religioso puede notarse en quienes no son creyentes de una religión, quienes lo son (cristiana o no), la presencia de agnósticos y ateos, etc. Las sociedades son plurales; las sociedades no son laicas, en realidad, decir que una sociedad es laica es un absurdo.

Así las cosas, el tercer elemento es que el Estado debe ser laico. A una sociedad plural le corresponde esa ciudadanía compleja, y les tiene que corresponder para su desarrollo armónico, un Estado laico. Aunque en derecho y política se hacen muchas divisiones de lo que es un Estado, la que se retoma aquí es la que puede servir para los fines que se exponen. Bajo este prisma, habría tres tipos de Estado: el Estado confesional, el Estado laicista, y el Estado laico. Un Estado confesional entiende que la fuente de su legitimación política viene de una determinada religión y que por lo tanto hay que establecer una distinción entre los ciudadanos que son creyentes de esa determinada religión y los que no lo son, con lo cual, los que sí que son creyentes son “ciudadanos de primera” y los restantes son “ciudadanos de segunda”. Un Estado laicista es aquél que entiende que las religiones son una fuente de desigualdad tal que hay que erradi-

carlas, con lo cual nuevamente hay “ciudadanos de segunda” (los creyentes) y “ciudadanos de primera” (los no creyentes); con esto no se gana gran cosa porque el resultado es más o menos el mismo, es decir, que existan “ciudadanos de primera” y “ciudadanos de segunda”. Sin embargo, hay que destacar que las sociedades con democracia liberal presumen al decir que todos los ciudadanos deben ser tratados con igual consideración y respeto, que todos deben ser del mismo nivel, de modo que no pueden existir “ciudadanos de primera” y “ciudadanos de segunda”. Esto solamente puede existir cuando el Estado no introduce diferencias, por ello el Estado debe ser laico, permitiendo el libre desarrollo de esa sociedad plural, promoviendo la ciudadanía compleja, y haciendo esto sin apostar por una religión específica, pero tampoco intentado erradicar las religiones. Así, un Estado laico está dispuesto a reconocer la existencia de distintas religiones y de grupos no religiosos; incluso, el Estado podría aprovechar lo que tienen de positivo todos los grupos y las diferentes religiones para la convivencia en una sociedad.

Una forma de entender esa ética mínima, esa ética de los ciudadanos, esa ética que representa los mínimos de justicia por debajo de los cuales no se debería caer, y que de diferentes maneras se ha ido reconociendo y consensuando de forma dialógica (desgraciadamente no hay espacio para exponer lo que representan las éticas del discurso, como las de Appel y Habermas, o una ética comunicativa, como los desarrollos posteriores de Cortina, pero las consideraciones se encuentran en la base de lo expuesto en esta hipótesis), es precisamente la visión de los derechos humanos. No quiere decir que “ética” y “derechos humanos” sean lo mismo, quiere decir que si la ética puede proporcionar una fundamentación a los derechos humanos, es para cubrir unos mínimos exigibles desde el valor de la justicia que una sociedad puede establecer para no caer bajo mínimos de humanidad.

V. De la intersubjetividad a la universalidad

Si la vida humana es una vida cultural, entonces se trata de una vida biográfica antes que meramente biológica, es una vida que se realiza en

sociedad, es una vida que para ser humana requiere del reconocimiento y satisfacción de unos mínimos, mínimos que pueden considerarse con el ejemplo paradigmático de los derechos humanos. Así, si los derechos humanos son unos mínimos de humanidad, el cumplirlos no es hacer demasiado, ni siquiera es hacer mucho, es apenas hacer eso: un mínimo para no caer en inhumanidad. Lo más grave en estos planteamientos es que desde hace mucho tiempo la humanidad en su conjunto vive bajo mínimos de humanidad, por lo que alcanzar estos mínimos parece ser tan lejano. Si estos mínimos de justicia no están cubiertos, queda claro que las éticas de máximos que encarnan los proyectos de vida buena y de vida feliz tampoco pueden estarlo: no es posible alcanzar propuestas de vida plena sin haber resuelto previamente unos mínimos de justicia que sea comunes.

La justicia es un valor que se va construyendo intersubjetivamente. En realidad, desde la teoría del valor, los seres humanos van descubriendo los valores ontogenética y filogenéticamente hablando, esto es, a lo largo de la vida personal y a lo largo de la historia. Al descubrirlos, se procede a dialogar para poder establecer, por medio de esa intersubjetividad, cuál es el contenido de tales valores. En otras palabras: hay que hablar y ponerse de acuerdo para descubrir los mínimos de justicia que son exigibles a todos; si no se descubren, hay que proponerlos. Este es el punto del nexo entre esa dimensión histórico-filosófica de los valores y los derechos humanos en lo general, hacia una dimensión histórico-política e histórico-jurídica de lo que significan los mínimos encarnados del valor justicia; en lo que se refiere a este texto, cómo relacionar el mínimo del valor de la justicia en un derecho humano como el derecho a la salud.

La siguiente propuesta no busca considerar una secuencia, ni linearizar o mucho menos simplificar al extremo; a lo más, pretende hacer notar que las consideraciones filosóficas para contar con una ética mínima han ido pasando discursivamente al terreno de la política internacional y de ahí han ido aterrizando en los Derechos de muchos países, México incluido:

- a. En 1948 hay una propuesta de una Declaración Universal de Derechos Humanos, que representa una forma de fundamentar unos míni-

- mos éticos exigibles; ha sido una forma de entender lo que significa el cumplimiento de los mínimos exigibles del valor justicia;
- b. En la segunda mitad del siglo XX los Estados han ido generado Pactos y Declaraciones para apoyar la promoción y el ejercicio de los derechos humanos como aspiraciones morales, como derechos subjetivos, con la idea de que esos derechos subjetivos puedan considerarse dentro del sistema del derecho positivo;
 - c. En el caso particular de México, se cuenta con un Estado laico desde las reformas liberales de mediados del siglo XIX, al menos en lo formal (a fin de cuentas el Estado mexicano nace como Estado con la Constitución de 1857); ese Estado laico asume a sociedad plural mexicana, al menos formalmente;
 - d. El devenir histórico hizo notar que el desarrollo de la nación mexicana fue basándose en una ciudadanía simple, es decir, asumiendo que todos los ciudadanos son iguales en dignidad hasta que finalmente, apenas en el año 2001, se asume a nivel constitucional que existe un derecho a no ser discriminado; en otras palabras, se enuncia constitucionalmente el reconocimiento de las diferencias (con lo cual se asume que hay poblaciones discriminadas que no han sido tomadas en cuenta; si no existieran, no tendría sentido tal modificación);
 - e. El último gran hito correspondería a la reforma constitucional donde los pactos y tratados internacionales firmados y ratificados por México en materia de derechos humanos adquieren rango constitucional.

Recordando la intersubjetividad como punto de partida para la construcción del valor justicia, habría que decir que se ha ido plasmando partiendo de la ética: primero, a nivel político como una aspiración a alcanzar, y segundo, a nivel jurídico como algo que puede ser exigible. A través de esos procesos dialógicos se entiende que el Estado mexicano ha reconocido ante los ciudadanos (por la vía Constitucional) y ante otros Estados (por la vía de la firma y ratificación de pactos internacionales) que debe cumplir con el derecho a la salud.

Desde la propuesta del jurista checo-francés Karel Vašák es ahora un tópico el hablar de “generaciones” de derechos humanos (Vasak, 1977). En su propuesta original, Vasak considera que los derechos de primera generación (civiles y políticos) se basan en el derecho que les asiste a los ciudadanos de oponerse al Estado; los de segunda generación (económicos, sociales y culturales) se basan en el derecho a exigir al Estado; y los de tercera generación se basarían en la solidaridad. Vasak no es ningún iluso; con antelación ya había trabajado una idea que es necesaria para el vínculo entre el valor de la justicia en la ética y los desarrollos de los derechos humanos: la idea de la universalidad. Cuando en ética se dice que algo es justo, se están teniendo pretensiones de universalidad; cuando se dice que un derecho es un derecho humano, se están teniendo pretensiones de universalidad. Si bien es cierto que la primera declaración de derechos humanos se firmó en Europa, eso no quiere decir que se creyó que valiera solamente para los europeos: la idea es que valdría para todos (Vasak, 1963). Esta es la pretensión de universalidad. Si la bioética es una ética aplicada, entonces también tiene pretensiones de universalidad. Si los desarrollos de la bioética proponen que existen tres niveles de la misma (micro, meso y macro), no es posible aislar estas consideraciones del derecho a la salud.

Cuando se hace la aclaración de que el “derecho a la salud” debe ser entendido como “el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”, se quieren decir muchas cosas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, 2008). En primer lugar, que el derecho a la salud es un derecho inclusivo, lo que significa que comprende, además de servicios de atención, otros factores necesarios para una vida sana, los determinantes sociales de la salud: agua potable, alimentos aptos para su consumo, nutrición y alimentación adecuada, vivienda, trabajo en condiciones salubres, equidad de género, etc. En segundo lugar, el derecho a la salud comprende libertades, por ejemplo, a no ser sometido a tratamientos sin otorgar un consentimiento previo, ni a ser sometido a investigación o experimentación sin otorgar un consentimiento previo explícito. En tercer lugar, el derecho a la salud comprende algunos derechos, tales como el contar con un sistema de pro-

tección de la salud que brinde oportunidades para que toda la población pueda disfrutar del más alto nivel posible de salud, facilitando servicios, bienes e instalaciones de salud sin discriminación; tales servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles, ser accesibles, eficaces, con calidad y aceptables culturalmente.

Evidentemente, el nivel de la microbioética se plasma en cuestiones básicas como el proceso del consentimiento informado (que aparece en clínica e investigación de forma sistematizada y exigible con los desarrollos de la bioética, aunque esté mencionado ya desde el Código de Núremberg); el nivel de la mesobioética se relaciona con las políticas y prácticas en salud en cada contexto; el nivel de la macrobioética tiene que ver con los determinantes sociales de la salud y aspectos que van más allá de los alcances de este libro. Por ejemplo, cuando Adela Cortina habla de la posibilidad de una bioética cívica mundial, si quiere aplicarse al derecho a la salud, tendrían que tomarse en cuenta fenómenos como el turismo médico, que es muy complejo, pero que pueden mencionarse dos situaciones comunes para que se presente: la primera, que no existan posibilidades de tratamiento para el padecimiento que se tiene (por falta de recursos humanos, materiales, etc., o por restricciones legales); la segunda, que el servicio buscado sea mucho más económico en el sitio a donde se va a viajar que en sitio de origen (ha sido el foco más frecuente de análisis).^{*} Hay más, pero estas ejemplifican bien ese fenómeno creciente explicable en parte por cuestiones económicas relacionadas con la mercantilización de la salud. Si el derecho a la salud fuese universal en todo el mundo, no habría necesidad de este tipo de desplazamientos. Por ello ahora cuando se habla de servicios de salud públicos y universales, para que de verdad lo fueran, no deberían hacer distinciones entre nacionales y extranjeros, por ejemplo (como sucede o ha sucedido hasta hace poco tiempo en algunos países europeos).

Evidentemente, la bioética tiene mucho que seguir teorizando y trabajando para contribuir efectivamente a una mejor construcción del

* Para un análisis del fenómeno en general y algunos aspectos particulares respecto al tema del turismo reproductivo puede verse la referencia de Álvarez Díaz (2012).

derecho a la salud, y el derecho a la salud tiene mucho que dejar para la reflexión en bioética. Es claro que en países donde existe un sistema de salud público y universal (como Inglaterra o España) no hay grandes discusiones sobre el derecho a la salud en materia de bioética: no es un problema real, ya tienen asumido que es un derecho y tienen un sistema que permite el ejercicio de tal derecho (por eso los recortes presupuestales, como los que ha hecho el sistema español recientemente, generan intensos debates sociales pues representan un retroceso evidente). También es claro que en países latinoamericanos, donde no es lo común tener un sistema de salud para toda la población (Brasil, Cuba y Costa Rica son una excepción), las discusiones y los debates sobre la salud como un derecho van generalmente encaminadas a defender el derecho a la salud como un derecho humano (Pfeiffer, 2011). Seguramente también por estas razones «El derecho a la salud ha sido una de las premisas de la medicina social latinoamericana» (Stolkiner, 2010: 89). El compromiso de la medicina social latinoamericana, así como el de la salud colectiva, evidentemente tiene un marco político, pero que está sustentado sobre bases éticas. También es claro que las tradiciones históricas y políticas tienen un gran peso; esto es evidente en países como los EEUU, donde la sola mención de un sistema de salud universal causa que se rasguen las vestiduras al amparo de ideas liberales como la figura del Estado mínimo.

Así las cosas, asumiendo las relaciones que se van dando entre política y Derecho con la fundamentación ética mencionada, los desarrollos recientes de la bioética, y contextualizando el caso mexicano, es necesario hacer un par de acotaciones finales. Primero, que el Estado mexicano debe garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todos y cada uno de los ciudadanos de un modo inclusivo y no discriminatorio; de ahí el énfasis que se hace en los capítulos siguientes sobre grupos que han sido discriminados e invisibilizados bajo el supuesto de la ciudadanía simple.*

* Resulta interesante que en los pocos intentos que se han publicado desde el ámbito filosófico en relación con la responsabilidad del Estado en cuestiones de salud, se lancen conclusiones tan laxas como «La justicia social no se logra a través de decretos, sino por medio de la construcción de las condiciones materiales reales para llevar a cabo sus decretos y sus propuestas. De hecho, no harían falta decretos si de facto se atendiera la salud del pueblo» (Rivero Weber, 2009: 352-353).

Si los ciudadanos tienen derecho a la salud, al Estado le corresponde una serie de deberes, tales como el respeto, protección, garantía y satisfacción de las condiciones necesarias y suficientes para la satisfacción de ese derecho (y otros derechos humanos, desde luego), tanto en las situaciones ordinarias derivadas de las condiciones estructurales, como en las situaciones contingentes producto de emergencias (que desde luego, nadie puede prever del todo).^{*} Segundo, que el contar con una Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) obliga a una defensa mayor del derecho a la salud desde la bioética. Resulta verdaderamente contradictorio que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establezca como una estrategia «Situación a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal» (Diario Oficial de la Federación, 2013), y que la CONBIOÉTICA no se haya pronunciado a favor de algo más justo como instar al Estado al cumplimiento de sus deberes para un adecuado ejercicio del derecho a la salud por parte de todos los ciudadanos.

VI. Epílogo: A vueltas con la relación entre ética y derecho

Hace casi cinco lustros tuvo lugar en la ciudad de Panamá la Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética de la OPS/OMS. Las ponencias se reunieron y publicaron a modo de libro editado por el entonces Programa Regional de Bioética.[‡] Una de ellas fue escrita por

* Una idea que ha ido cobrando fuerza ante este correlato entre el derecho a la salud y los deberes que le asisten al Estado para su cumplimiento tiene que ver con la posibilidad de la judicialización, esto es, tener la vía legal de exigir que efectivamente tales deberes se cumplan para el ejercicio real de ese derecho. Sin embargo, hay que proceder siempre con cautela, ya que, dependiendo de lo que se entienda por “derecho a la salud” (que desde el punto de vista retórico puede significar cosas hasta diametralmente opuestas, pero políticamente correctas en el mero discurso) habría que ver bajo cuáles contextos se realizan los procesos de judicialización para determinar a quién benefician (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2008; Yamin et al., 2013). Por ello hay que reflexionar profundamente y dejar lo más claro posible qué es lo que se entiende por “derechos humanos” y “derecho a la salud”, porque su uso podría llegar a servir para casi cualquier cosa si no se especifica claramente a qué se hace alusión (Ignatieff, 2003).

‡ Después se transformó en la Unidad de Bioética. Tras la jubilación del chileno Fernando Lolos Stepke y la llegada de la peruana Carla Sáenz la Unidad de Bioética prácticamente se desmanteló: la sede paso de Santiago de Chile a Washington en 2011, la revista *Acta Bioethica* ya no recibió el apoyo de OPS/OMS (actualmente está auspiciada por la Universidad de Chile), el programa de maestría itinerante desapareció, etc. Puede consultarse el trabajo actual que se realiza desde OPS/OMS en materia de bioética en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5582&Itemid=4004&lang=es

el entonces Director de la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS/OMS,* cuyo título puede ser absolutamente vigente: “Los retos de la bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos” (Casas Zamora, 2000). Esto no hace sino enfatizar que se requiere tanto de la ética como del derecho como sistemas normativos en la vida humana. Para Gracia, «La ética sin derecho es inoperante, pero el derecho sin ética es ciego» (Gracia, 1998b: 50). Además, también para este autor, «El lenguaje de la ética no es el los derechos sino el de los deberes. No hay duda de que ambos son necesarios, y que juntos constituyen los dos sistemas normativos que resultan imprescindibles en toda sociedad. Cada uno goza de su propia especificidad. Pero ambos son, a la vez, imprescindibles» (Gracia, 2013: 115).

Vale la pena terminar con una acotación a todo lo expuesto en relación con una palabra desventuradamente de moda: “crisis”. Aunque a casi todo el mundo le viene a la cabeza la idea de la crisis económica, no es la única, o la fuente de las demás; tal vez ni siquiera la peor. En realidad, “crisis” viene del griego, donde se encuentra el mismo término (“κρίσις”) con el significado de “juicio”, “discernimiento”, “decisión”, “elección”; el verbo correspondiente a este sustantivo es “κρίνω” (“kri-no”), que significa “juzgar”, “distinguir”, “decidir”, “escoger”, “preferir”. Del sentido coloquial pasó en los textos hipocráticos a un sentido médico, con los adjetivos kritikós (“κριτικός”) “que permite emitir un juicio” y krisimos (“κρίσιμος”) “decisivo”; esto era fundamental para establecer un pronóstico. Pasando por Galeno hasta la Edad Media, el término “crisis” tuvo el mismo significado. Es hasta el mundo moderno, cuando en el siglo XVII el término pasa al ámbito de la astrología y después a un contexto general para hablar del devenir de los acontecimientos. Posteriormente, “crisis” llega al lenguaje político y económico en el siglo XIX; baste recordar el amplio uso que le dio Marx al término.

* Juan Antonio Casas Zamora es un médico costarricense formado en la maestría de medicina social de la UAM Xochimilco; realizó su examen el 12 de mayo de 1982 con la tesis titulada “Evolución de la mortalidad infantil en 52 cantones rurales de Costa Rica, 1962-1977”, dirigida por José Carlos Escudero. Ha trabajado también para la OMS, UNICEF, y otros organismos internacionales como asesor en salud.

Sin embargo, desde su sentido clásico puede destacarse que el poder emitir un juicio requiere optar por un camino y renunciar a otro; siendo esto así, desde la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles, para poder elegir con el criterio (“κρίτηριον”) hay que ejercitar la virtud de la prudencia. Se trata de buscar la decisión óptima siendo crítico (“κριτικός”) o “capaz de juzgar”. Seguramente por todo esto es que ya en el siglo XX Winston Churchill dijo alguna vez que «Toda crisis es mitad un fracaso y mitad una oportunidad». El momento de la crisis es crucial para elegir prudentemente con criterio el camino óptimo; en el fondo, se trata de escoger valores. Pueden escogerse los valores que encarnen la justicia o pueden escogerse valores que encarnen la utilidad económica; apelar solamente a criterios economicistas sin consideraciones de justicia no solamente es imprudente, sino que es injusto. El momento actual es crucial, y no parece ser que se esté eligiendo con un criterio prudente un camino óptimo con las reformas en el sector salud de este país. La crisis que se vive actualmente, antes que económica, es una crisis de valores.

Referencias

- Agazzi E. (2011). “IV. ¿Por qué tienen derechos los seres humanos?”. En: Granja Castro DM y Santiago Oropeza T. (Coord.) *Moral y derecho. Doce ensayos filosóficos*. Ciudad de México: Suprema Corte de Justicia de la Nación–Universidad Autónoma Metropolitana, 89-120.
- Álvarez Díaz JA. (2012). “Una mirada crítica al turismo reproductivo”, *Salud Problema Segunda Época*, vol. 6, Núm. 11: 36-54.
- Casas Zamora, J. A. (2000). “Los retos de la bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos”. En: Lolás Stepke, F. (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago de Chile: Serie Publicaciones 2000 del Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 19-33.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2008). *La lucha por el derecho*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cortina A. (1986). *Ética mínima*. Madrid: Técnos.
- Cortina A. (2008). *Lo justo como núcleo de las ciencias morales y políticas. Una versión cordial de la ética del discurso*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- Cortina, A. (2011). *Neuroética y neuropolítica. Sugerencias para la educación moral*. Madrid: Técnos.
- Cruz Parceros, JA (2007). “El concepto de derecho subjetivo”. En: Cruz Parceros, J. A. *El lenguaje de los derechos*. Madrid: Trotta, 21-41.
- Daniels N, Kennedy B. y Kawachi I (2000). *Is inequality bad for our health?* Boston: Beacon Press.
- Diario Oficial de la Federación. 12 de diciembre de 2013: Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

- Gracia D. (1998b). “Ética de la sexualidad”. En: Gracia, D. *Ética y vida. Estudios de bioética*. 3. Ética de los confines de la vida. Santa Fe de Bogotá: El Búho, 29-55.
- Gracia D. (2013). “Hemos leído “Estévez Araújo, José A. (ed.) *El libro de los deberes: Las debilidades e insuficiencias de la estrategia de los derechos*. Madrid: Trotta”, *Eidon*, vol. 40: 113-115.
- Gracia D. (1998a). “Planteamiento general de la bioética”. En: Gracia D. *Ética y vida. Estudios de bioética*. 1. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho, 11-28.
- Gracia D (2011). *La cuestión del valor*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- Gracia D (2002). “De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución”, *Acta Bioethica*, vol. VIII, Núm. 1: 27-39.
- Ignatieff, M. (2003). *Los derechos humanos como política e idolatría*. Barcelona: Paidós.
- Jahr, F. (1927). “Bio-Ethik. Eine Umschau uber die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze”, *Kosmos. Handweiser fur Naturfreunde*, vol. 24, Núm. 2: 21-32.
- Mainetti JA. (1991). *Bioética sistemática*. La Plata: Quirón.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud. (2008). *Folleto informativo N.º 31. El derecho a la salud*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas.
- Pfeiffer ML (2011). “Bioética y derechos humanos: una relación necesaria”, *Revista Redbioética/ UNESCO*, vol. 2, Núm. 4: 74-84.
- Potter VR (1970) “Bioethics, the science of survival”, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, Núm. 1: 127-153.
- Potter VR (1971) *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Rivero Weber P (2009). “Responsabilidad ética del Estado en materia de salud”. En: Seminario de Medicina y Salud UNAM. 1er Congreso Internacional Sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud. 22-24 de abril 2009. Memoria. Ciudad de México: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 341-354.
- Sass HM (2007) “Fritz Jahr’s 1927 concept of bioethics”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 17, Núm. 4: 279-295.
- Stolkiner, A (2010) “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, *Medicina Social*, vol. 5, Núm. 1: 89-95.
- Toulmin, S (1982) “How medicine saved the life of ethics”, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 25, Núm. 4: 736-750.
- Vasak, K (1977) “A 30-year struggle. The sustained efforts to give force of law to the Universal Declaration of Human Rights”, *The UNESCO Courier*, vol. 30, Núm. 11:29, 32. Versión en español en: VASAK, K. (1977) “La larga lucha por los derechos humanos”, *El Correo de la UNESCO*, vol. 30, Núm. 11:29, 32.
- Vasak K (1963) “The European Convention of Human Rights beyond the frontiers of Europe”, *International and Comparative Law Quarterly*, vol. 12, Núm. 4: 1206-1231.
- Yamin AE y Gloppe S (Coord). (2013) *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* Buenos Aires: Siglo XXI.

Aspectos específicos del derecho a la salud

El derecho a la alimentación en México

José Alberto Rivera-Márquez, Sergio López Moreno,

Griselda Alfaro, Adriana González-Delgado

I. Introducción

Nadie puede vivir sin alimentarse, y comer es esencial para la reproducción biológica, social y cultural de los seres humanos. En la medida en que puedan garantizarse condiciones para acceder a los alimentos, y éstos sean adecuados, suficientes y estén disponibles cuando se requieren, las oportunidades de alcanzar un estado nutricional y un desarrollo social óptimos son mayores. No obstante, a pesar de la importancia de la alimentación, hasta hace apenas cincuenta años la comunidad internacional se propuso abiertamente terminar con el hambre. A partir de ese momento la posibilidad de disponer de alimentación adecuada y suficiente se convirtió paulatinamente en un derecho de todos los seres humanos, y prácticamente todas las declaraciones internacionales de derechos humanos lo incluyen. El derecho a la alimentación fue contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, en su artículo 11, reconoce que todos los seres humanos tienen “derecho a disfrutar de una alimentación adecuada y a no padecer hambre”. En este capítulo se analiza el derecho a la alimentación como un derecho vital y como condición *sine qua non* para alcanzar una vida plena y digna.

La alimentación y la nutrición constituyen un proceso único, denominado “proceso alimentación-nutrición”, que está determinado social e históricamente y posee expresiones concretas a escala biológica e individual. En las sociedades pre-modernas, detrás de la satisfacción de las necesidades de alimentación-nutrición había una producción y una distribución colectiva de los alimentos: existían formas más equitativas de acceder a ellos en comparación con las actuales. No obstante, hoy, cuando las sociedades se rigen fundamentalmente por las leyes del mercado y el sistema de acumulación capitalista enfrenta profundas crisis, las posibilidades de comer, elegir libremente los alimentos y tener una dieta diversa, sana y culturalmente aceptable, no son las mismas para todos los individuos y grupos (Rivera-Márquez, 2009).

Aún existen muchos lugares en el mundo con grandes contrastes en materia de alimentación-nutrición. En las sociedades que han optado por modelos de desarrollo dependientes de las grandes potencias, como la mexicana, los niveles de pobreza y desigualdad se han incrementado aceleradamente, en particular a raíz de la crisis económica y la adopción de las políticas de corte neoliberal que tuvieron lugar a partir de los años ochenta del siglo pasado. A escala mundial, la desregulación financiera de las economías, la desaceleración generalizada de la actividad económica y la desvalorización del trabajo han tenido consecuencias directas en las variables económicas a nivel local (Boltvinik, 2012).

Al finalizar 2014 la organización británica OXFAM reveló que en ese año siete de cada 10 personas vivían en países donde la desigualdad económica era mayor que 30 años antes, y que alrededor de 85 personas en el mundo poseían la misma riqueza que la mitad más pobre de la población mundial (OXFAM, 2014).

En México, la crisis económica mundial ha provocado mayores tasas de desempleo y subempleo, deterioro de las condiciones salariales, pérdida gradual del poder adquisitivo y una distribución cada vez más desigual del ingreso, lo que afecta negativamente las condiciones de vida de la ma-

yoría de la población (López-Arellano et al, 2010). De acuerdo con el “Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014” del *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* (CONEVAL, 2015), a pesar de que México es la 14^a economía mundial, existen en este momento 53.3 millones de mexicanos que padecen pobreza multidimensional,* lo que representa el 45.5% de la población total. Según este informe, las entidades con mayor porcentaje de pobreza en 2012 fueron Chiapas (74.7%), Guerrero (69.7%), Puebla (64.5%), Oaxaca (61.9%) y Tlaxcala (57.95). Las entidades donde la pobreza aumentó más en términos porcentuales fueron Nayarit (6.3 puntos más que en 2010), y Quintana Roo (4.2). El Estado de México fue la entidad con mayor número absoluto de personas en situación de pobreza, con casi 7 millones y medio de pobres (CONEVAL, 2015). Adicionalmente, el poder adquisitivo del ingreso se ha reducido desde 1992, como consecuencia de las crisis económicas de 1994 y 2009, la volatilidad de los precios de los alimentos desde 2007 y la falta de crecimiento de la productividad a largo plazo. Aunado a ello, el aumento sostenido de los precios de los alimentos —tanto en México como en el exterior— y la pérdida de la soberanía alimentaria nacional contribuyen no sólo a elevar el número de hogares y personas pobres, sino a perpetuar el estancamiento de la economía (Acuña y Meza, 2010).

En materia alimentaria, la Organización de las Naciones Unidas señaló en mayo de 2015 que 800 millones de personas padecían hambre en el mundo y que sólo 72 países de un total de 129 alcanzaron la meta 1.C de los Objetivos del Milenio, relativa al hambre (FAO, FIDA y PMA, 2015). En octubre de 2015 la ONU precisó sus cifras: actualmente hay 842 millones de personas con hambre en el mundo y 100 millones de niños tienen un peso inferior al normal (ONU, 2015a).

El informe del CONEVAL en México, por su parte, indica que actualmente 23.3% de la población mexicana se encuentra en situación de

* Una persona se encuentra en pobreza cuando tiene al menos una carencia en alguno de los indicadores asociados al ámbito de los derechos sociales y su ingreso es insuficiente para la adquisición de los bienes y servicios requeridos para satisfacer sus necesidades.

carencia alimentaria,* lo que significa que 27 millones y medio de mexicanos tiene dificultades todos los días para lograr alimentarse de manera suficiente y oportuna (CONEVAL, 2015).

El derecho a la alimentación, sin embargo, no debe interpretarse en un sentido reduccionista. Este derecho no se refiere a “ser alimentado” por el Estado, sino al derecho de acceder a los alimentos a través de recursos propios, a la posibilidad de transformar esos recursos, y a contar con libertades reales de elección en lo que a alimentación-nutrición se refiere. Las excepciones de lo anterior son válidas ante una crisis o catástrofe, en situación de guerra o cuando por cualquier motivo las personas no puedan alimentarse con sus propios recursos. En estos casos el Estado está obligado a garantizar el derecho a la alimentación en forma directa. Pero fuera de ellos, lo que debe garantizar el Estado es que las personas accedan a los alimentos por sus propios medios, haciendo un uso óptimo de sus capacidades productivas y respetando plenamente su cultura. Solamente cuando se accede a una dieta adecuada en términos de calidad y cantidad, y cuando los alimentos están disponibles en todo momento y para todas las personas, se tienen insumos para acceder a un estado nutricional y una salud adecuadas; un estado nutricional vulnerado se asocia, en cambio, con una salud precaria.

Desde esta perspectiva, la alimentación-nutrición se asume como un proceso que simultáneamente es expresión y determinante de la salud-enfermedad. El derecho a la alimentación incluye el derecho a no padecer hambre, y debiera contemplar también el derecho a no padecer sobrepeso u obesidad, ya que paradójicamente en las actuales sociedades de mercado los sujetos se encuentran sobreexposados a dinámicas y ambientes obesogénicos, pero también a todo un aparato oficial y publicitario de naturaleza eminentemente obesofóbica. Una rápida síntesis del cuadro alimentario y nutricional del país puede indicarnos la gravedad de esta situación en el país.

* Recientemente —como consecuencia de la reforma constitucional respectiva— los documentos oficiales de la Cruzada Contra el Hambre (CNCH) se refieren a la “población en carencia alimentaria” como aquella que experimenta dificultades para acceder a los elementos mínimos para ejercer su derecho a la alimentación.

II. ¿Qué es el derecho a la alimentación? ¿Qué garantiza?

El derecho a la alimentación y la teoría internacional de los derechos humanos

En este trabajo, siguiendo la teoría internacional de los derechos humanos (TIDH), proponemos considerar estos derechos como normas del derecho público que protegen bienes jurídicos considerados fundamentales e inherentes a la persona humana. Son imprescriptibles, inalienables, intransferibles y de cumplimiento inmediato o progresivo, según su tipo.

No obstante, los derechos humanos pueden expresarse en forma objetiva, como derechos contenidos en las leyes, formales y abstractos (ya que se refieren en general a todos y en particular a nadie) o en forma subjetiva, como derechos que tiene cada persona en particular (y que por ello tiene la facultad real de exigirlos). Desde el punto de vista objetivo, los DDHH son, entonces, normas constitucionales redactadas en forma general y universalista. Desde el punto de vista subjetivo sus titulares (todos los seres humanos) tienen la facultad de exigir el cumplimiento del derecho por parte de los ciertos sujetos obligados (especialmente el Estado y los organismos Internacionales). Son las facultades reales de exigencia de los titulares las que permiten que un derecho se alcance, se convierta en realidad. En consecuencia, no basta con la incorporación de los derechos dentro del cuerpo de Ley. Para que un derecho sea efectivo debe transitar por un largo proceso de transformación de derecho objetivo a derecho subjetivo. Es precisamente la condición subjetiva de los derechos lo que los hace exigibles y judiciales.

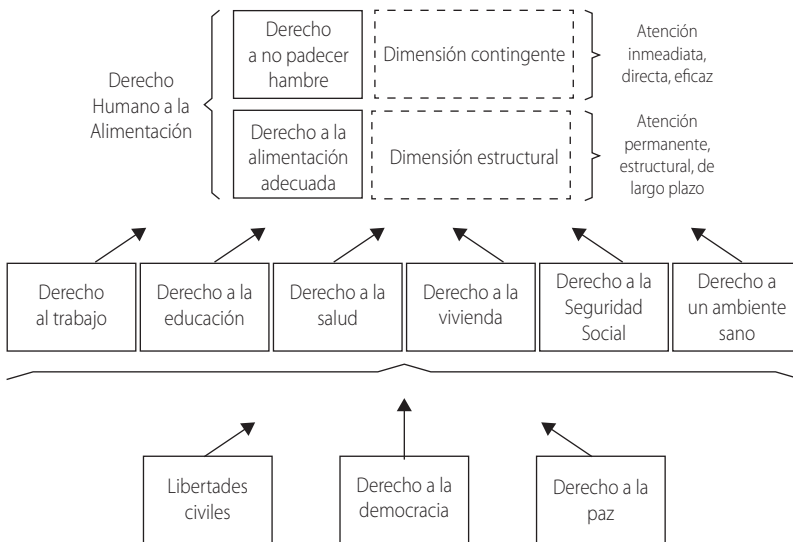
Partimos de la convicción de que el derecho a la alimentación en México, hasta ahora, no ha dejado de ser un derecho objetivo, formal y abstracto, y que los principales retos para su realización efectiva dependen de las posibilidades de convertirlo en un derecho exigible judicialmente. Para analizar estos retos se expondrán primero el conjunto de características que definen y hacen particular el derecho a la alimentación.

El derecho a la alimentación posee dos dimensiones: la primera se refiere al componente estructural del derecho, que interactúa con otros

derechos y con las políticas relacionadas con la producción, distribución y acceso a los alimentos; la segunda —denominada dimensión contingente— surge durante las hambrunas, las sequías y otros desastres naturales o sociales. Actualmente se considera que el DHA se refiere sólo al derecho a no padecer hambre, pero ante las epidemias de sobrepeso y obesidad infantil es probable que pronto deba agregarse un componente más del derecho, relacionado con estos problemas de salud, especialmente graves entre los niños (figura 1).

Como se señala en el primer capítulo de este libro, durante la primera mitad del siglo XX surgió una corriente filosófica según la cual ciertas condiciones mínimas de educación, salud, alimentación, trabajo y vivienda son indispensables para lograr un desarrollo humano adecuado y una vida aceptablemente digna. Cuando las personas no son capaces de al-

Figura 1. Dimensiones estructurales y contingentes del Derecho Humano a la Alimentación



Fuente: elaboración propia

canzar por sí mismas estas condiciones el Estado tiene la obligación de crear las condiciones para que las personas puedan acceder a estos bienes, o de proveerlos directamente si lo anterior no es posible. Los derechos que garantizan el acceso a estas condiciones básicas de vida han sido denominados derechos económicos, sociales y culturales. Karel Vasak los denominó derechos de segunda generación.

Abramovich y Courtis, siguiendo la clasificación de Vasak, consideran que el derecho a la alimentación es exigible debido a que se trata de un derecho social prestacional, pues por su naturaleza implica la obligación del Estado de llevar a cabo acciones proactivas para garantizarlos, lo que implica la prestación directa o indirecta de ciertos bienes o servicios (Abramovich y Courtis, 1997).

La posibilidad de que el Estado mexicano pueda respetar, proteger y satisfacer el derecho a la alimentación depende, en consecuencia, de que sea capaz de crear condiciones a mediano y largo plazo para alcanzar una adecuada disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los alimentos para todos los mexicanos. Una acción que consideramos estratégica para lograr esta meta es fortalecer la capacidad de los beneficiarios potenciales para reclamar jurídicamente el cumplimiento del derecho. Es decir, para convertir su derecho objetivo a la alimentación en un derecho subjetivo, plenamente realizable.

El derecho humano a la alimentación es, en consecuencia, el derecho a disfrutar de una alimentación adecuada en términos de calidad y cantidad; a una alimentación que esté disponible en todo momento para todas las personas; que sea accesible física y económicamente, y que contenga alimentos seguros y culturalmente aceptables. Debe asumirse también como el derecho de las personas a no padecer hambre, sea ésta aguda o crónica, derivada de causas estructurales, como es el caso de la pobreza y la inequidad, o como resultado de eventos contingentes, tales como terremotos, sequías o conflictos armados. Sin embargo, ni su contenido, ni las obligaciones del Estado para hacerlo efectivo deben ser interpretadas en un sentido restrictivo o estrecho. El disfrute del derecho a la alimentación no se agota en la provisión de alimentos, ni en la satisfacción de requeri-

mientos calóricos, proteicos o de cualquier tipo de micronutrientes.

Los planteamientos anteriores sintetizan el contenido normativo de los párrafos 1 y 2 del Artículo 11 del PIDESC, que se refiere al derecho a la alimentación, según consta en la Observación General 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas. De acuerdo con esta Observación General, una alimentación adecuada debe cumplir con las dimensiones que se describen en la Tabla 1, sin que ello impida la satisfacción o el goce de otros derechos humanos (CDESC, 1999).

Tabla 1. Características de una alimentación adecuada de acuerdo con las propuestas de la Observación General 12

Dimensión	Justificación
Necesidades alimentarias	<p>“Por necesidades alimentarias se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación. Por consiguiente, será preciso adoptar medidas para mantener, adaptar o fortalecer la diversidad del régimen y las pautas de alimentación y consumo adecuadas, incluida la lactancia materna, al tiempo que se garantiza que los cambios en la disponibilidad y acceso a los alimentos mínimos no afectan negativamente a la composición y la ingesta de alimentos.” (CDESC, 1999:3)</p>
Adecuación	<p>“...sirve para poner de relieve una serie de factores que deben tenerse en cuenta al determinar si puede considerarse que ciertas formas de alimentos o regímenes de alimentación a las que se tiene acceso son las más adecuadas en determinadas circunstancias a los fines de lo dispuesto en el artículo 11 del...[PIDESC]...El significado preciso de “adecuación” viene determinado en buena medida por las condiciones sociales, económicas, culturales, climáticas, ecológicas y de otro tipo imperantes en el momento, mientras que el de “sostenibilidad” entraña el concepto de disponibilidad y accesibilidad a largo plazo.” (CDESC, 1999:3)</p>

Sostenibilidad y seguridad alimentaria	<p>“El concepto de sostenibilidad está íntimamente vinculado al concepto de alimentación adecuada o de seguridad alimentaria, que entraña la posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras.” (CDESC, 1999:3). Por su parte, la FAO señala que existe seguridad alimentaria cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2009).</p>
Disponibilidad y accesibilidad	<p>“Por disponibilidad se entienden las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda... La accesibilidad comprende la accesibilidad económica y física: La accesibilidad económica implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas. La accesibilidad económica se aplica a cualquier tipo o derecho de adquisición por el que las personas obtienen sus alimentos y es una medida del grado en que es satisfactorio para el disfrute del derecho a la alimentación adecuada. Los grupos socialmente vulnerables como las personas sin tierra y otros segmentos particularmente empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales. La accesibilidad física implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables, tales como los lactantes y los niños pequeños, las personas de edad, los discapacitados físicos, los moribundos y las personas con problemas médicos persistentes, tales como los enfermos mentales. Será necesario prestar especial atención y, a veces, conceder prioridad con respecto a la accesibilidad de los alimentos a las personas que viven en zonas propensas a los desastres y a otros grupos particularmente desfavorecidos. Son especialmente vulnerables muchos grupos de pueblos indígenas cuyo acceso a las tierras ancestrales puede verse amenazado.” (CDESC, 1999:4)</p>
Alimentos seguros, sin sustancias nocivas	<p>“Al decir sin sustancias nocivas se fijan los requisitos de la inocuidad de los alimentos y una gama de medidas de protección tanto por medios públicos como privados para evitar la contaminación de los productos alimenticios debido a la adulteración y/o la mala higiene ambiental o la manipulación incorrecta en distintas etapas de la cadena alimentaria; debe también procurarse determinar y evitar o destruir las toxinas que se producen naturalmente.” (CDESC, 1999:3–4)</p>

Aceptabilidad

“Que los alimentos deban ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados significa que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles.” (CDESC, 1999:4)

Fuente. Elaboración propia

La Observación General 12 establece que los Estados están obligados a garantizar al menos un mínimo acceso a alimentos básicos, en cantidad y calidad suficiente, con el propósito de proteger a las personas contra el hambre. No obstante, el derecho pleno a la alimentación debe ser alcanzado de manera progresiva. Tal como se ha señalado antes, el Estado no debe restringirse al suministro de alimentos o nutrientes; tampoco a “dar de comer” a las personas, bajo una lógica de “benefactor-beneficiarios”. Las personas deben ser reconocidas jurídicamente como titulares del derecho a la alimentación y el Estado está obligado a respetar, proteger, satisfacer y garantizar este derecho. En general las acciones de respetar, proteger, satisfacer y garantizar pueden ser resumidas como sigue:

1. **Respetar.** Significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute del derecho a la alimentación o limitarlo de alguna forma. Esta obligación garantiza la capacidad de las personas para acceder a los alimentos desde el punto de vista físico, económico y cultural en condiciones de igualdad y sin discriminación.
2. **Proteger.** Comprende la adopción de medidas para evitar que los particulares, especialmente las entidades privadas, obstaculicen el acceso a una alimentación adecuada. En este apartado se encuentran las acciones desplegadas para regular la actuación de las empresas transnacionales y las compañías ganaderas, mineras, etcétera, que en general ocupan amplios territorios productivos o consumen bienes que resultan esenciales para la producción de alimentos básicos.

3. **Satisfacer.** Este apartado impone al Estado la obligación de fortalecer la utilización de los recursos y medios de las personas —o de proveerlos cuando estos recursos no existan— para que sean ellas mismas quienes aseguren sus propios medios de vida y, por lo tanto, su seguridad alimentaria.

4. **Garantizar.** Esta obligación se pone en acción cuando, por motivos ajenos a su voluntad, los individuos o grupos no pueden acceder a una alimentación suficiente, oportuna o adecuada. En los casos en los que esta situación es súbita (desastres naturales, crisis económicas, conflictos armados, desplazamientos forzados, personas detenidas) el Estado está obligado a procurar directa e inmediatamente los medios para que las personas accedan a los alimentos de manera oportuna y adecuada.

Finalmente, para hacer efectivo el derecho a la alimentación es necesario que, ante su presunta violación, el Estado asuma el deber de investigar, sancionar a los culpables, limitar y reparar los daños causados y prevenir nuevas infracciones.

En los países en los que este derecho aún no se encuentra garantizado por la Ley los gobiernos están obligados a incorporarlo en sus constituciones. Mientras esto sucede, los gobiernos tienen el deber moral de adoptar las medidas necesarias para impedir que las personas que viven en sus territorios padezcan hambre.

Si bien algunas obligaciones del Estado en materia de derecho a alimentación tienen un carácter más inmediato que otras, el objetivo es garantizar que las personas ejerzan de manera gradual su derecho pleno a una alimentación adecuada en un tiempo razonable. Son obligaciones inmediatas, por ejemplo, no emprender medidas regresivas; crear el marco legal para cumplir con lo que se estipula en el PIDESC; realizar todos los esfuerzos posibles para cumplir el derecho utilizando al máximo los recursos disponibles; no efectuar acciones discriminatorias ni de jure ni de facto y otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o con necesidades más urgentes.

III. El derecho a la alimentación en México

A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho a la alimentación ha sido reconocido por todos los instrumentos internacionales como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por lo que tiene más de medio siglo que se considera legítimamente un pleno derecho social. Como se ha comentado, estos derechos se caracterizan porque “...en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio” (Sánchez-Cordero, 2000). La obligación de los Estados de garantizar estas prestaciones, sin embargo, sólo surge cuando éstos han firmado acuerdos de naturaleza vinculante que, por lo mismo, los obligan a realizar acciones directas de respeto, protección y satisfacción.

A. Convenios vinculantes

Los instrumentos jurídicos que la comunidad internacional ha creado para obligar a los Estados nacionales a cumplir los objetivos adoptados en las declaraciones internacionales de derechos humanos son los llamados pactos internacionales —el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)— adoptados por la Asamblea General de la ONU en 1966.

A partir de la adopción de los pactos internacionales se han creado protocolos adicionales (también llamados protocolos facultativos) que esclarecen de manera mucho más precisa los contenidos de cada uno de estos derechos así como vías específicas de reclamo ante su incumplimiento. El Protocolo Facultativo del PIDESC (PF-PIDESC) es el instrumento vinculador fundamental que recoge las obligaciones del Estado en materia de derechos sociales y, específicamente, del derecho a la alimentación. El texto del PF-PIDESC fue aprobado por la Asamblea General de la ONU hasta diciembre de 2008, y hasta mayo de 2013 adquirió carácter vin-

culante. Esta aprobación permite a las personas y grupos que residen en los países que lo han ratificado presentar ante el CDESC denuncias por violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales. En palabras de Vivero y Scholz:

“Gracias a estos importantes avances legales se contribuye a consolidar la idea que el hambre y la desnutrición no son sólo una vergüenza moral y un desastre humanitario, sino que constituyen la violación de un derecho humano, asociado con el derecho a la vida. Hay, por tanto, unos sujetos de derecho, los ciudadanos, y unos garantes del derecho, los estados, que tienen obligaciones legales, políticas y financieras hacia los primeros” (Vivero y Scholz, 2009: 217).

La entrada en vigor del PF-PIDESC reconoce la competencia del CDESC para recibir y examinar comunicaciones de personas o grupos de personas, bajo la jurisdicción de un Estado Parte, que aleguen ser víctimas de una violación de cualquiera de los derechos enunciados en las partes II y III del PIDESC (en donde se encuentra el derecho a la alimentación adecuada y a no padecer hambre). El 5 de mayo de 2013 se alcanzaron las 15 ratificaciones necesarias para convertir en fuerza de ley el Protocolo Facultativo del PIDESC para los Estados Parte, que entró en vigor en esa misma fecha. A la fecha el gobierno mexicano aún no ha ratificado el PF-PIDESC, lo que limita enormemente las posibilidades de hacer efectivos los derechos que protege este Pacto.

Otros instrumentos internacionales con carácter vinculatorio a los que el Estado mexicano se ha adherido, y que incluyen el derecho a la alimentación, son la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño y el Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempos de Guerra. Existen también algunos instrumentos regionales de derechos humanos que incluyen el derecho a la alimentación, como la Carta Social Europea y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2012).

B. Convenios no vinculantes

La adhesión a los tratados internacionales que reconocen el derecho a la alimentación, y otros derechos humanos, habla positivamente de los Estados signatarios, de sus esfuerzos en materia de justicia social y dignificación de la vida humana. Habla, en ese mismo sentido, de la pertinencia de sustentar jurídicamente sus obligaciones, más allá de los ámbitos constitucionales a nivel local, ante una realidad alimentaria y nutricional mundial, cada vez más compleja y heterogénea, que se expresa con mayor crudeza en países, regiones y grupos sociales donde la inequidad y la pobreza son más acentuadas.

México ha firmado convenios internacionales no vinculantes relativos al derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria, entre los que destacan la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en Roma durante 1996 (FAO, 1996). Sin embargo, en el caso de México —al igual que en el de otros países— quedan asignaturas jurídicas pendientes que obstaculizan el goce pleno del derecho a la alimentación, que serán motivo de reflexiones posteriores.

En noviembre de 2004, los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) se adhirieron a las Directrices Voluntarias para la realización progresiva del Derecho a la Alimentación. Estas directrices constituyen un primer marco interpretativo para un derecho económico, social y cultural y, al mismo tiempo, un conjunto de recomendaciones respecto a las medidas que cada Estado debiera adoptar para la realización del derecho a la alimentación, en el marco de la seguridad alimentaria nacional y en correspondencia con los objetivos del Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 celebrada en Roma (FAO, 1996).

En la Tabla 2 se enlistan algunos acuerdos internacionales que reconocen el derecho a la alimentación suscritos por México. Como se ha mencionado, las declaraciones, incluso las universales, no poseen carácter vinculante, por lo que no son de cumplimiento obligatorio. Los pactos y tratados

—y especialmente sus protocolos facultativos— son vinculantes y de cumplimiento obligatorio (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2014).

Tabla 2. Acuerdos internacionales firmados por México en los que se reconoce el derecho a la alimentación

NO VINCULANTES	
Acuerdo	Artículos o contenido
Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25 (ONU, 1948)	<p>1. 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 u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p> <p>2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p>
Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición (ONU, 1974)	<p>1. Todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales. La sociedad posee en la actualidad recursos, capacidad organizadora y tecnología suficientes y, por tanto, la capacidad para alcanzar esta finalidad.</p> <p>En consecuencia, la erradicación del hambre es objetivo común de todos los países que integran la comunidad internacional, en especial de los países desarrollados y otros que se encuentran en condiciones de prestar ayuda.</p>
VINCULANTES	
Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 11 (ONU, 1966)	<p>1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.</p> <p>2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:</p>

-
- a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;
- b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.
-

**Protocolo de San Salvador,
Artículo 12: Derecho a la
alimentación (ONU, 1988)**

1. Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.
2. Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia.
-

Fuente: elaboración propia

Un breve apartado merece el derecho al agua, como uno de los elementos esenciales del bienestar humano relacionados íntimamente con la alimentación y la salud. Aunque en los tratados internacionales el derecho al agua no es reconocido expresamente como un derecho humano independiente, sí se señalan obligaciones específicas en relación con el acceso a agua potable. En noviembre de 2002 el CDESC aprobó su Observación general N° 15, relativa al derecho al agua. En ese documento, el CDESC definió ese derecho como “el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado de agua salubre es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua y para satisfacer las necesidades de consumo y cocina y las necesidades de higiene personal y doméstica.” (CDESC, 2002).

En la actualidad existen más de 1,100 millones de personas que carecen de un suministro suficiente de agua y varios miles de millones no

tienen acceso a servicios adecuados de saneamiento. Esto hace que el derecho al agua potable sea un reto apremiante, cuyo cumplimiento es de la más elemental justicia. No obstante, aún se discute si el derecho al agua es efectivamente un derecho humano. Como se señala en otros capítulos, tanto el CDESC como la Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos se han pronunciado con firmeza en favor de este reconocimiento (ACNUDH, 2010). El 28 de julio de 2010, a través de la Resolución 64/292, la Asamblea General de las Naciones Unidas “reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al saneamiento, reafirmando que un agua potable limpia y el saneamiento son esenciales para la realización de todos los derechos humanos” (ONU, 2014).

Reconocimiento del derecho a la alimentación en México

El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos a fin de incorporar en la Constitución Política la defensa de los derechos humanos y dotar de rango constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos firmados por México. Más tarde, el 13 de octubre de 2011, el Congreso Mexicano reformó el artículo 4º constitucional incorporando el derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad como un derecho garantizado por el Estado. El segundo párrafo del artículo 4º constitucional señala, a la letra, que:

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

Con esta reforma el Estado mexicano reconoció la validez de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y del PIDESC en materia de alimentación, y quedó comprometido a diseñar, operar y evaluar sus políticas alimentarias bajo la perspectiva de este derecho. Su incorporación

en la Carta Magna significa para el país un avance sustancial pero obliga al Estado a crear y preservar en todo momento, para todas y todos los mexicanos, los medios y mecanismos necesarios para cumplir cabalmente con sus postulados desde una lógica de protección tanto de la vida humana como de la de los entornos en los que ésta se desarrolla.

La Constitución contempla mecanismos jurídicos específicos en materia de derecho a la alimentación para la tutela de grupos indígenas y de niños y niñas, porque constituyen grupos poblacionales que frecuentemente se encuentran en desventaja frente a otros. De acuerdo con las Fracciones III y VIII, Sección B, del Artículo 2º, el Estado mexicano debe:

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

En el decreto de reforma publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de octubre de 2011, el Artículo 4º establece además que:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

Más adelante, en la Fracción XX del Artículo 27, el mismo decreto reconoce que:

El desarrollo rural integral y sustentable a que se refiere el párrafo anterior, también tendrá entre sus fines que el Estado garantice el abasto suficiente y oportuno de los alimentos básicos que la ley establezca (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

El derecho a la alimentación es un derecho estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que en conjunto deben ser considerados determinantes sociales de la salud y del estado nutricional. Entre ellos se encuentran el derecho a la igualdad, a la no discriminación, al trabajo digno, a la educación, a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación. Estos y otros derechos fundamentales son complementarios del derecho a la alimentación.

Como se ha señalado, con la reforma de la Constitución realizada en 2011 los contenidos del derecho a la alimentación y los procedimientos a través de los cuales se puede garantizar su cumplimiento pasan a ser tanto los planteados por la propia Constitución como los establecidos en los tratados internacionales firmados por México y los que se derivan de las sentencias y recomendaciones emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Al poseer carácter jurídicamente vinculatorio, los Estados firmantes deben acatar los compromisos expresados en los convenios y tratados internacionales a través de la creación y el fortalecimiento

...de medidas efectivas en el derecho interno para proteger y respetar los derechos internacionalmente reconocidos. Entre tales medidas se pueden mencionar: el deber de adecuación legislativa, es decir, el deber que tienen los Estados de equiparar o ajustar su derecho interno al derecho internacional; el deber de administrar justicia de manera rápida y eficaz, con independencia e imparcialidad, y el deber de ejercer los poderes públicos apegados a los parámetros del derecho internacional de los derechos humanos. (Meléndez, 2012: 24).

Con la reforma todas las políticas en la materia deberán adecuar su diseño a este nuevo paradigma de protección y respeto. Enseguida se presenta una breve descripción del contenido de las declaraciones, tratados y convenios firmados por México que reconocen el derecho a la alimentación adecuada como un derecho humano fundamental.

IV. Justiciabilidad del derecho a la alimentación en México

La exigibilidad de un derecho puede alcanzarse a través de dos vías. La exigibilidad política descansa en el uso de mecanismos de presión que obligan al Estado a cumplir sus deberes. En este caso se encuentran las denuncias periódicas, los informes de los organismos que defienden derechos humanos, las manifestaciones públicas, etcétera. La exigibilidad jurídica, o justiciabilidad, consiste en el reclamo de un derecho a través de las vías procesales.

La justiciabilidad un derecho depende básicamente de los medios legales con los que cuenta una persona para hacer que el Estado cumpla con las obligaciones que le permiten gozar de ese derecho. En el caso del derecho a la alimentación la justiciabilidad podría alcanzarse si existieran las condiciones bajo las cuales cualquier individuo pudiera reclamar al Estado el cumplimiento de dicho Derecho. Estas condiciones no se limitan a la incorporación del derecho en el cuerpo de las leyes que reconocen su legitimidad (el artículo 4º en este caso), pues incluyen todos aquellos aspectos de infraestructura física, administrativa y técnica indispensables para garantizarlo. La justiciabilidad implica también la existencia de recursos financieros que permitan la operación de las instancias judiciales, así como la formación de recursos humanos especializados (jueces, abogados, profesores) que contribuyan a garantizarlo. Adicionalmente, es necesario llevar a cabo un enorme esfuerzo académico para dotar al derecho de contenido jurídico, delimitar sus fronteras, sus alcances y sus limitaciones. En todos los casos es necesario también establecer de manera precisa quienes son los titulares del derecho (personas, grupos, comunidades, etc.) y quiénes los sujetos obligados (autoridades políticas y técnicas, funciona-

rios, administradores, etc.). Las campañas para difundir el derecho entre la población a fin de incorporarlo en la conciencia colectiva son costosas, pero indispensables para asegurar que las violaciones serán identificadas y denunciadas por los afectados o sus representantes legítimos.

La justiciabilidad del derecho a la alimentación se presenta así como un requisito indispensable para garantizar el cumplimiento cabal del derecho, convirtiendo el derecho objetivo —formalmente establecido en la Constitución Política Mexicana— en una facultad real de exigencia de las personas y los grupos potencialmente afectados por el hambre. Si verdaderamente se desea hacer realidad el derecho a la alimentación, tenemos la obligación de hacerlo justiciable.

Uno de los principales obstáculos para alcanzar dicha justiciabilidad se encuentra en la reticencia del gobierno mexicano para firmar el Protocolo Facultativo del PIDESC (PF-PIDESC). Como ha sido comentado, tuvieron que pasar 42 años para tener apenas el borrador de un Protocolo Facultativo del PIDESC, destinado a proteger, garantizar y satisfacer efectivamente los derechos que el Pacto sólo protege formalmente. Fue hasta mayo de 2013 cuando el PF-PIDESC adquirió carácter vinculante, convirtiéndose en lo que podría ser el instrumento legal más poderoso para lograr que el Estado cumpla sus obligaciones en materia de derechos sociales.

Infortunadamente, México es uno de los 150 países que se ha negado a firmar el PF-PIDESC, lo que dificulta que las violaciones a derechos sociales, como el derecho a la alimentación, puedan presentarse ante las instancias responsables de la defensa de los derechos humanos a escala regional, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

En el país existen pocas experiencias de intentos de justiciabilidad directa del derecho a la alimentación. Los principales casos de búsqueda de justicia por la vía legal en esta materia no se refieren, hasta ahora, a la lucha directa contra el hambre o la desnutrición, sino a los esfuerzos por detener la voracidad de las empresas extractivas de recursos no renovables (especialmente mineras, madereras y petroleras) y los intentos de las compañías transnacionales de alimentos transgénicos por inundar los mercados nacionales con sus productos agroquímicos.

En este último caso se encuentran, por ejemplo, los esfuerzos de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) para impedir, por la vía legal, la implantación en México de las industrias del consorcio norteamericano “Monsanto”, proveedor internacional de productos químicos para la agricultura (herbicidas, insecticidas y transgénicos).^{*} De acuerdo con el Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria, después de casi tres décadas de actividades, la defensa del maíz criollo en México entró en una nueva etapa en abril de 2015 cuando, después de 21 meses de lucha jurídica, el Poder Judicial de la Federación aceptó iniciar un juicio contra la siembra de maíz transgénico. Para esa fecha, las ONGs habían ganado 22 juicios de amparo entre 91 impugnaciones intentadas por la agroindustria y las dependencias gubernamentales, en un total de 17 tribunales. No obstante, el 19 de agosto de este año, el Juzgado Décimo Segundo de Distrito notificó contradictoriamente que negaba la medida precautoria que suspendía la siembra de maíz transgénico. Esa misma mañana una coalición de científicos y campesinos apeló la decisión, señalando que las evidencias de daño a la salud continúan acumulándose, lo que ha sido reconocido por la mayor parte de los países del mundo. Europa, por ejemplo, ha prohibido casi totalmente la siembra de transgénicos, y China y Rusia han rechazado su importación. También afirmaron que es falso que las importaciones de granos disminuirán con la siembra de transgénicos, pues en los pocos países que permiten su siembra se ha demostrado que los rendimientos no se incrementan, pero sí el uso de agroquímicos, lo que únicamente favorece a la agroindustria. El principio de precaución —aplicado en este caso a la defensa jurídica del derecho a la alimentación y la salud— es un valor que, de ser olvidado, afectaría gravemente a los mexicanos.

En otros casos —como en los frecuentemente vanos esfuerzos de los pueblos originarios por defender su derecho al agua y a la alimenta-

* En la década de los sesenta del siglo pasado diversas industrias, entre las que se encontraba Monsanto, fueron contratadas por el gobierno de Estados Unidos para producir un herbicida llamado “agente naranja” utilizado en la guerra de Vietnam con el fin de destruir la selva vietnamita y las cosechas privando a los vietnamitas de alimento y de vegetación donde esconderse. Este agente causó entre la población vietnamita unos 400,000 muertos y unos 500,000 nacimientos de niños con malformaciones.

ción— las situaciones rayan en la violencia criminal. Un caso relativamente reciente es indicativo de los riesgos que se corren al defender estos derechos.

Víctor Manuel Quintana, asesor del Frente Democrático Campesino de Chihuahua e investigador de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, describe así este caso: durante 2012 el ejido Benito Juárez, municipio de Buenaventura, población indígena de la Sierra Tarahumara, padeció una gran hambruna como consecuencia de la sequía del año anterior. “Las corrientes de agua, los aguajes y los charcos prácticamente desaparecieron”, impidiendo la siembra de semillas. La hambruna que experimentó la población fue denunciada en enero de ese año, por Ismael Solorio y Manuela Solís, dirigentes de la población afectada, pero no tuvieron respuesta gubernamental. De acuerdo con los dirigentes, los problemas para alimentarse no se debían sólo al cambio climático, sino sobre todo a la especulación de alimentos y el control privado de la tierra necesaria para producirlos. Durante ese año los fondos de inversión que antes se destinaban a la industria o los bienes raíces empezaron captar los mercados de alimentos básicos en Chihuahua. Esto significó el ingreso del capital especulativo en la alimentación de la gente. El precio de los granos ya no dependía de la oferta y la demanda, ni de la necesidad de la gente, sino de las ganancias potenciales de los inversores (Quintana, 2012).

Los derechos del Pueblo Tarahumara a la alimentación y al agua fueron defendidos por Ismael Solorio y Manuela Solís, su esposa, a lo largo de todo 2012. Exigieron el cierre de las operaciones de la principal industria acaparadora de agua y tierra, la Minera El Cascabel (filial de la empresa canadiense *Mag Silver Corp.*) en el ejido Benito Juárez, municipio de Buenaventura. También pidieron la veda completa a la perforación de pozos agrícolas en el estado de Chihuahua y la clausura de aprovechamientos ilegales de agua por los granjeros que perforan pozos para regar sus cultivos quitándole el agua para beber a la población originaria. Solicitaron al gobierno que interviniera en el mercado del frijol para que este alimento básico se pagara a precio justo a los productores y no se en-

careciera a los consumidores finales. Pidieron que la comida no se dejara en manos de los especuladores.*

Otros casos semejantes tuvieron que ver con la lucha por el agua, la tierra y el alimento. De acuerdo con el investigador y periodista Sergio Aguayo, por la misma época se presentaron los casos de Mariano Abarca, que fue asesinado en Chiapas después de enfrentarse a *Blackfire Exploration Ltd.*, y de Bernardo Méndez, que murió en Oaxaca como consecuencia de un conflicto con la empresa *Fortune Silver Inc.* (Aguayo Quezada, 2012). Ambas compañías son empresas mineras.

Por fortuna, la ONU aprobó en junio de 2014 una resolución que permite vigilar de cerca el cumplimiento de los derechos humanos por parte de las multinacionales en todo el planeta (López de Miguel, 2014). Aun con la oposición de los Estados Unidos y la Unión Europea, esta resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU supone una modificación de sus políticas, hasta ahora inclinadas a la protección de las grandes empresas en detrimento de las organizaciones y colectivos que luchan por estas causas. Un ejemplo de los espacios que abre esta resolución en México se encuentra en la lucha por controlar la publicidad alimenticia nociva y limitar el papel de las empresas alimenticias en las escuelas primarias, en donde ofrecen y expenden alimentos con pobre valor nutricional. Lejos de establecer límites jurídicos a estas actividades, los principales esfuerzos gubernamentales se encaminaron a establecer acuerdos con la industria alimenticia, entre los que resalta el Código de Autorregulación Publicitaria de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas dirigida al Público Infantil (PABI), que entró en vigor en 2009 y tuvo resultados muy limitados (García Calderón, 2011). Las consecuencias de la desregulación que

* El 14 de octubre en El Heraldo de Chihuahua se acusaba a Ismael Solorio de “extorsionar” a la minera y comportarse como “gánster”. El 15 de octubre fue golpeado y amenazado. Una semana más tarde, el 22 de octubre, Ismael Solorio y su esposa Manuela Solís, que viajaban a la capital de Chihuahua, avisaron que eran seguidos cuando circulaban por una brecha; por la tarde aparecieron muertos. Él con un balazo en la cabeza, ella con un balazo en el abdomen. El gobernador de Chihuahua, César Duarte —que no hizo nada para proteger a los esposos de las amenazas recibidas— declaró ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que los defensores de derechos humanos lucraban con el dolor y querían desprestigiar al estado de Chihuahua. Ismael Solorio era dirigente campesino, su esposa era maestra de escuela.

existía en este terreno hasta hace pocos años son reveladoras. México, por ejemplo, es el mayor consumidor de refrescos en el mundo con más de 17,300 millones de litros consumidos al año, lo que equivale a 163 litros por persona. A los efectos de esta situación sobre la nutrición deben agregarse los provocados por el enorme gasto familiar que representa este consumo para las familias.

Casos relacionados con el derecho a la alimentación emitidos por la CIDH

Algunos países latinoamericanos han incursionado con regular éxito en la exigencia judicial de su derecho a la alimentación, aunque con frecuencia el reclamo ha tenido que ser aceptado por los organismos regionales de derechos humanos como un reclamo indirecto. Esto significa que la violación del derecho a la alimentación no constituye la causa primaria del reclamo judicial, sino que es un resultado indirecto de la violación de otros derechos, como el derecho a la tierra, al trabajo, o a la cultura originaria. Entre otros, en la biblioteca digital de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se encuentran disponibles los siguientes casos que contienen resoluciones relacionadas indirectamente con el derecho a la alimentación:

1. “Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay” (Sentencia del 17 de junio de 2005 de la CIDH). La demanda consistió en el reclamo de la comunidad indígena de las tierras que consideran su hábitat tradicional que fueron adjudicadas por el Estado Paraguayo a diversas compañías privadas. Esto provocó que para obtener alimento la comunidad tuviera que hacer largos viajes para cazar y pescar en otras zonas, lo que se vio agravado por el hecho de que pocos miembros de la Comunidad tenían trabajo o algún tipo de ingreso económico. La Corte resolvió que el Estado violó el derecho a la Propiedad Comunal y el derecho a la vida de la comunidad indígena.
2. “Comunidad indígena Sawhoymaxa vs. Paraguay” (Sentencia del 29 de marzo de 2006 de la CIDH). En este caso se alegó que la restricción de la población indígena para acceder a sus tierras produjo cambios significativos en sus prácticas

de subsistencia, lo que provocó que la alimentación dependiera cada vez más del trabajo asalariado y el abandono de las actividades tradicionales de caza, pesca y recolección. La Corte declaró que el Estado, entre otros derechos, violó el derecho a la vida y a la integridad personal de la población indígena.

3. “Comunidad indígena Xákmok kásek vs. Paraguay” (Sentencia del 24 de agosto de 2010 de la CIDH). En esta demanda la población afectada demostró graves restricciones para acceder a los alimentos básicos, debido a la pérdida de la titularidad de sus tierras y la prohibición de cultivar y cazar en ellas. Esto causó que su dieta alimentaria fuera limitada y pobre, dañando su derecho a la vida y a la integridad personal. La Corte falló declarando que el Estado violó el derecho a la propiedad, a la vida y a la integridad personal de la población demandante.
4. “Pueblo indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador” (Sentencia del 27 de junio de 2012 de la CIDH). En esta demanda la población indígena alegó violaciones al derecho a la vida por la afectación al derecho a la salud, la alimentación, el acceso al agua limpia y a medios de subsistencia, como producto de la actividad de una compañía petrolífera estatal. La Corte determinó que el Estado era responsable, entre otras violaciones, de haber puesto gravemente en riesgo los derechos a la vida e integridad personal de los miembros del Pueblo Indígena Kichwa, en relación con la obligación de garantizar el derecho a la propiedad comunal.

La plena justiciabilidad del derecho a la alimentación es un reto apremiante para el país y para el mundo, y tenemos la convicción de que toda acción jurídica orientada a garantizar la alimentación adecuada tiene un efecto directo en el estado nutricional y en la salud de las personas. No obstante, también reconocemos que para alcanzar una alimentación y una nutrición plenas es necesario un marco legal amplio, que incluya mecanismos que garanticen la satisfacción de otros derechos concurrentes relacionados con las posibilidades de acceder a una alimentación-nutrición y salud adecuadas. Tal es el caso del derecho a la educación, a la seguridad social, al trabajo y a la información, por mencionar tan sólo algunos ejemplos.

Posibilidades de hacer justiciable el derecho a la alimentación en México

Un reciente estudio realizado sobre las posibilidades de hacer justiciable el derecho a la alimentación en México (González Delgado, 2014) señala los siguientes obstáculos para alcanzarla:

1. La creciente desigualdad en el nivel de ingresos económicos y en los porcentajes de población con carencia alimenticia (CONAPRED, 2012, CONEVAL, 2015; Esquivel, 2015).
2. La negativa de los Estados a aceptar el valor jurídico de los DESC y la creencia de que, en materia de derechos humanos, todas las responsabilidades del Estado son de omisión (Abramovich y Courtis, 1997).
3. La creencia de que los derechos sociales no implican obligaciones exigibles para los sujetos responsables (Suárez Franco, 2007)
4. La dificultad para identificar las responsabilidades a asociadas con el derecho a la alimentación pues, a diferencia de otros derechos, éstas no son evidentes (Dréze, 2004).
5. La fragmentación de los sistemas nacionales de alimentación-nutrición, desde el nivel nacional hasta el comunitario (Reich y Balajaran, 2012).
6. La inexistencia de políticas públicas claras sobre seguridad alimentaria (FONAN, 2013).
7. La inexistencia de acciones transversales coordinadas con otros sectores que inciden en la carencia alimentaria, como educación, salud, seguridad social, vivienda e ingreso de las familias (INCIDE, 2010).
8. El hecho de que las políticas sobre trabajo digno, derechos humanos y acceso a los recursos naturales constituyan compartimientos aislados (FAO, 2009).
9. La ausencia de espacios especializados en políticas nutricionales en las instituciones gubernamentales (Reich y Balajaran, 2012).
10. La limitada capacidad de los especialistas en nutrición y alimentación para incorporarse en la formulación de políticas nutricionales (Reich y Balajaran, 2012).
11. La creencia de que la satisfacción de este tipo de derechos depende de los recursos del Estado (Marks, 2013).

12. La ausencia de estudios sobre justiciabilidad del derecho a la alimentación (González Delgado, 2014).

Entre las propuestas para alcanzar en un plazo aceptable la justiciabilidad del derecho a la alimentación, señaladas en el mismo documento (González Delgado, 2014), destacan las siguientes:

1. La creación de una Ley Marco que formule una estrategia nacional integral para el logro del derecho a la alimentación (Ávila, 2011).
2. La creación de un Consejo Nacional de la Alimentación que funcione como organismo público autónomo (FONAN, 2013).
3. La creación de un Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, que permita la acción coordinada de todas las instituciones públicas involucradas en la materia (Ávila, 2011).
4. La delimitación de las competencias y responsabilidades legales de las instituciones del Estado relacionadas con el derecho a la alimentación (González Delgado, 2014).
5. El establecimiento de plazos precisos para el logro de las dimensiones del derecho a la alimentación que requieran de satisfacción progresiva (Suárez Franco, 2007).
6. La creación de una ley reglamentaria que establezca criterios, indicadores y normas únicas para las autoridades responsables de las políticas en materia de desarrollo agrícola, desarrollo social y salud en los esfuerzos por garantizar el derecho a la alimentación (ONU, 2013).
7. La creación de un Observatorio de la Alimentación y Nutrición que genere y procese indicadores de bienestar alimentario basados en la teoría internacional de los derechos humanos, la evaluación del crecimiento económico y el desarrollo social (FONAN, 2013).
8. La creación de mecanismos de información y difusión destinados a lograr que la población general conozca su derecho a la alimentación, así como los mecanismos que existen para su protección judicial (Suárez Franco, 2007).
9. La creación de sistemas permanentes de detección de amenazas y violaciones al derecho a la alimentación de la población potencialmente más vulnerable

(niños, ancianos, mujeres embarazadas, indígenas, población en carencia alimentaria) (CONAPRED, 2012).

10. La creación de sistemas de capacitación de los jueces que estarán a cargo de los juicios sobre derecho a la alimentación y otros derechos relacionados (Suárez Franco, 2007).
11. La capacitación suficiente y oportuna de abogados, para que puedan hacer uso de los recursos jurídicos disponibles en defensa del derecho a la alimentación.
12. La actualización de los currículos de las escuelas de derecho, nutrición, medicina y otras áreas afines a fin de que los estudiantes reciban formación sobre el derecho a la alimentación y otros derechos económicos, sociales y culturales.

Naturalmente, a lo anterior debe agregarse que es necesario que se disponga de recursos financieros suficientes y oportunos para garantizar que las propuestas anteriores puedan llegar a buen término. Como se señaló en el primer capítulo de este mismo libro, esto implica una distinta distribución de los recursos destinados a las varias esferas de la administración pública, priorizando el gasto social sobre los gastos militares, policiales y burocráticos.

En el propio capítulo de gasto social también es necesario llevar a cabo una redistribución de recursos, destinando mayores volúmenes a la atención de las causas estructurales del hambre y la carencia alimentaria que a la atención asistencialista y paliativa de sus efectos.

Existen datos que pone en serias dudas la eficacia de las acciones asistencialistas que, lejos de paliar los efectos de la pobreza y las desigualdades, reproducen los defectos estructurales del sistema económico. A dos años de la creación de la Cruzada Contra el Hambre, por ejemplo, la información oficial disponible indica que las políticas del gobierno federal para combatir la pobreza no impidió que el número de mexicanos pobres pasara de 53.3 millones en 2012 a 55.3 millones en 2014.

Estos dos millones más de pobres deben enfrentar un alza en el precio de la canasta básica de alimentos y la inmovilidad del ingreso promedio familiar. El secretario ejecutivo del CONEVAL, Gonzalo Hernández Licona, señaló el 25 de agosto de 2015 que este ingreso se ha mantenido

prácticamente igual en los últimos 22 años, pues en 1992 era de 3,500 pesos al mes por familia y en 2014 de 3,600. De lo anterior se puede concluir que, en un sistema económico de carácter neoliberal, que prioriza la ganancia económica de los menos sobre los derechos sociales de las mayorías, las acciones focalizadas de tipo paliativo tienen, cuando menos, un efecto casi nulo sobre los índices de pobreza.

V. Panorama alimentario y nutricional en México

La situación alimentaria y nutricional en México es compleja. Pese al triunfalismo del discurso oficial, y al hecho de que los indicadores han mejorado de algún modo, las versiones de 2006 y 2012 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Olaíz, et al, 2006; Gutiérrez et al, 2012) confirman que la desnutrición continúa presente a lo largo del país, particularmente entre los grupos jóvenes de la población. En 2006 alrededor de 16 por ciento de los menores de cinco años a nivel nacional presentaba talla baja, condición que sugiere desnutrición crónica. Para 2012, si bien la prevalencia disminuyó a poco menos de 14 por ciento, los datos desagregados por zona indican que en el sur cerca de 20 por ciento de estos menores tenía una talla más baja para su edad. Entre 2006 y 2012 las prevalencias de baja talla se mantuvieron prácticamente igual tanto en la región norte del país (8.3 y 8.9 por ciento, respectivamente), como en la Ciudad de México (12.8 y 12.3 por ciento, respectivamente). Cuando se comparan las cifras de este indicador entre las zonas urbanas y rurales, se observa que la desnutrición crónica es un problema mucho más prevalente en las segundas. En 2012, por ejemplo, 21 por ciento de los mexicanos menores de cinco años de las zonas rurales tenía baja talla, mientras que alrededor de 11 por ciento de la población de la misma edad presentaba esta condición en las zonas urbanas. De nuevo, el sur del país fue la región con las prevalencias más altas tanto para poblaciones urbanas (13.5 por ciento) como para las rurales (29.9 por ciento).

Aunque los datos sobre anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 11 años de edad y menos proyectaban una tendencia hacia la baja

entre 1999 y 2012, en este último año se reportaron cifras que sugieren que aún quedan asignaturas pendientes en la materia. Cerca de la cuarta parte de la población preescolar y uno de cada diez escolares padecía anemia (Gutiérrez et al, 2012).

Con datos de la ENSANUT 2012 se estimó que en el país siete de cada diez hogares tuvieron inseguridad alimentaria, lo que significa que sus condiciones de acceso a los alimentos fueron inciertas o nulas, esencialmente por razones de tipo económico. Uno de cada tres hogares a nivel nacional reportó inseguridad alimentaria moderada o severa. Lo anterior se refiere, respectivamente, a hogares en donde la cantidad de alimentos se redujo o en donde sus miembros —adultos o menores— omitieron un tiempo de comida o no comieron durante todo un día. En general, la inseguridad alimentaria moderada o severa estuvo presente en más de un tercio de los hogares rurales, alrededor de 43 por ciento de los clasificados como “indígenas” y 46 por ciento de los que fueron ubicados en el nivel bajo de condiciones de bienestar (Mundo et al, 2013).

Por su parte, el CONEVAL revela que el porcentaje de personas en pobreza alimentaria creció de 14 a casi 20 por ciento entre 2006 y 2012, alcanzando niveles similares a los registrados en 1994 (CONEVAL, 2012), cuando el país padeció una de las crisis económicas más severas de su historia. Para 2014, como ya fue señalado, el porcentaje de mexicanos con carencia alimentaria fue de 23.3% (CONEVAL, 2015).

El indicador de percepción de seguridad alimentaria dentro de los hogares ha sido incorporado desde hace algunos años como un indicador de la medición de la pobreza en México y el monitoreo de las políticas públicas en América Latina. Las evaluaciones más recientes esta percepción se llevaron a cabo durante la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez et al, 2012) utilizando la versión adaptada para México de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) (Melgar H, 2010, et al.).

Este instrumento se aplica realizando preguntas directamente al jefe de familia o a la mujer encargada de preparar los alimentos en el hogar, relacionadas con la experiencia de consumo de alimentos durante los tres

meses previos a la aplicación de la escala. La escala no mide directamente la cantidad o calidad del consumo alimentario, pero capta de manera bastante aceptable la percepción de las familias en lo que se refiere a la cantidad y calidad de lo consumido y las experiencias directas de hambre. La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años (Mundo et al, 2013).

En general, una familia se clasifica con inseguridad leve cuando percibe que su alimentación es de pobre calidad (apreciar que la dieta diaria no es sana o variada, por ejemplo); con inseguridad moderada cuando a la percepción anterior se agrega la de estar consumiendo una cantidad de alimentos menor a la aceptable (cuando algún adulto se queda sin un tiempo de comida o los menores se acuestan con hambre); e inseguridad severa cuando se han experimentado sucesos de hambre (adultos que pasan hambre con frecuencia o menores que se han acostado sin comer un día).

En el país, de acuerdo con la información recogida en 2012 por la ENSANUT, 30 por ciento de las familias no percibe ningún tipo de inseguridad alimentaria en tanto que el 70 por ciento restante experimentó alguna de las tres categorías de inseguridad: 41 por ciento reportó inseguridad leve; 18 por ciento inseguridad moderada y 10 por ciento inseguridad severa.

De acuerdo la ENSANUT, de los aproximadamente 28 millones de hogares mexicanos que existen en México más de 20 millones experimentan cotidianamente algún tipo de inseguridad alimentaria y, de ellos, más de 8 millones consume una dieta de baja calidad o, en los casos extremos, experimenta hambre debido a la falta de dinero (Gutiérrez et al, 2012).

Al analizar la escala clasificando a los hogares con criterios de urbanización, la situación se agudiza para las zonas rurales, donde más del 80 por ciento de los hogares padece algún tipo de inseguridad alimentaria y el porcentaje de inseguridad severa es significativamente mayor que el nacional.

Un indicador revelador de la objetividad de la ELCSA como indicador de inseguridad alimentaria —y que a la vez es una alarmante señal de lo

que está ocurriendo en el país en materia de derecho a la alimentación— es la relación encontrada entre el grado de inseguridad alimentaria y la prevalencia de talla baja en menores de cinco años. La relación inversa es casi perfecta: a mayor inseguridad alimentaria, menor talla para la edad.

Si esta información no sirve para demostrar la justicia del reclamo de los mexicanos acerca de su derecho a estar alimentados y a no padecer hambre, entonces es posible que nada sirva.

En el otro polo del espectro alimentario-nutricional se observa que el sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes y están aumentando. Su distribución es muy homogénea en prácticamente todas las regiones del país. En el pasado, la obesidad se asociaba a la abundancia de recursos; en la actualidad existe evidencia de que su distribución es mayor en hogares pobres (Ortiz-Hernández y Rivera-Márquez, 2009). Algunas estimaciones indican que las prevalencias de sobrepeso y obesidad se triplicaron entre 1980 y 2010 (Rivera-Márquez, 2012); otras sugieren que el problema difícilmente podrá revertirse, no obstante que los incrementos registrados entre 2006 y 2012 parecieran moderados (Barquera et al, 2013). De acuerdo con la ENSANUT 2012, las prevalencias agregadas de sobrepeso y obesidad en la población de 20 años de edad y más fueron de 69.4 por ciento en hombres y 73 por ciento en mujeres (Gutiérrez et al, 2012). Seis años antes la ENSANUT 2006 había reportado prevalencias agregadas de 66.7 en hombres y 71.9 por ciento en mujeres, respectivamente (Olaíz et al, 2006).

La obesidad y el sobrepeso no son problemas de salud pública que afecten exclusivamente a poblaciones adultas. En 2012, a escala nacional, uno de cada diez menores de cinco años tenía sobrepeso u obesidad. Entre las niñas y niños de 5 a 11 años las prevalencias fueron 32 y 36.4 por ciento, respectivamente. Por su parte, en jóvenes de 12 a 19 años las prevalencias fueron 35.8 y 34.1 por ciento, respectivamente, para mujeres y varones (Gutiérrez et al, 2012).

Este es el contexto en el que se encuentra el actual debate sobre el derecho a la alimentación en México, su consagración en la Carta Magna y las asignaturas que aún quedan pendientes.

VI. Conclusiones

La reciente incorporación del derecho a la alimentación a la Constitución Política Mexicana —asignatura jurídica ignorada por mucho tiempo en nuestro país, a pesar de ser del más elemental sentido de justicia social— pareciera haber llegado en forma tardía, desfasada, rebasada por una realidad social y sanitaria cada vez más compleja e inequitativa. Una muestra de este rezago se aprecia en la necesidad del gobierno actual de inaugurar su gestión política con la creación de una “cruzada” contra el hambre, aceptando abiertamente que en pleno siglo XXI el hambre en México es un problema de salud pública y de moral política. Como ya fue señalado, a pesar de este esfuerzo la dieta de la mayor parte de la población mexicana sigue deteriorándose, y con ello su estado nutricional. La rampante desigualdad económica, el desempleo, la reducción de la capacidad adquisitiva, la deficiencia de servicios de salud, el bajísimo acceso a la educación de calidad y la inexistencia de políticas públicas destinadas a proteger la vida, explican este deterioro de las condiciones colectivas de alimentación-nutrición.

Ante esta situación es indispensable redoblar los esfuerzos para disminuir las causas estructurales del hambre y la carencia alimenticia. Aunque estas acciones no pueden limitarse al ámbito legal, es verdad que la existencia de organismos jurisdiccionales y no jurisdiccionales de protección general de los derechos humanos es un avance que no puede despreciarse. En el terreno de la justiciabilidad directa del derecho a la alimentación destaca la importancia de que México firme a la brevedad el Protocolo Facultativo del PIDESC, a fin de permitir que las personas y poblaciones potencialmente vulneradas en sus derechos sociales tengan acceso efectivo a la justicia.

En este sentido, vale la pena recoger la propuesta de un legislador de oposición presentada ante el Senado de la República durante la LXI Legislatura del Congreso de la Unión, el 13 diciembre de 2011 (Senado de la República). Dicha propuesta señala, entre otros, los siguientes considerandos:

- a) Que México forma parte de 17 tratados internacionales en materia de derechos humanos, entre los que figura el PIDESC, así como la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador);
- b) Que el PIDESC fue firmado por México desde 1981 y que los derechos que consagra este Pacto incluyen, entre otros, el derecho a la libre determinación, al trabajo, a la alimentación, a la vivienda, a la salud, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, al agua, a un nivel de vida adecuado;
- c) Que al crearse el PIDESC no se le asignó facultades para conocer las denuncias que personas, grupos o comunidades pudieran presentar por violaciones a los derechos establecidos en el pacto;
- c) Que por este razón la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 10 de diciembre de 2008 el Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PF PIDESC);
- d) Que el constitucionalismo mexicano fue pionero a nivel mundial en el reconocimiento de los DESC, lo que se ha fortalecido con la reforma constitucional en materia de derechos humanos del 10 de junio del 2011, la reforma a los artículos 4 y 27 en materia del derecho a la alimentación y la reforma en materia del derecho al agua que está en proceso de aprobación;
- e) Que la reforma constitucional en materia de amparo del 6 de junio del 2011 favorece la justiciabilidad y exigibilidad de los derechos humanos, incluyendo los reconocidos en los tratados internacionales sobre DESC; y finalmente
- f) Que a fin de hacer honor al liderazgo de México ante el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, era necesario iniciar inmediatamente el proceso de firma y ratificación del PF-PIDESC.

Por lo anterior, el legislador presentó ante la Soberanía del Congreso la proposición de exhortar al Ejecutivo Federal a firmar y ratificar a la brevedad el PF-PIDESC sin ningún tipo de reserva o declaración interpretativa, incluyendo el reconocimiento de las competencias del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para la investigación y atención de quejas previstas en los artículos 10 y 11 del citado tratado internacional.

Desde nuestro punto de vista, la firma del PF-PIDESC por nuestro país resulta indispensable si se desea hacer verdaderamente efectivo el derecho a la alimentación en México, reforzando el todavía limitado grupo de instrumentos legales que —como señala el artículo 1 constitucional vigente desde el 10 de junio de 2011— obligan a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y a prevenir, investigar, sancionar y reparar sus violaciones.

A pesar de la importancia de avanzar en las reformas legislativas en la materia, es necesario reconocer que éstas son limitadas. Como señala la reciente propuesta hecha en el seno de la ONU, la posibilidad de terminar con el hambre en el mundo requiere de acciones complejas que ataquen sus causas estructurales. Podemos concluir este trabajo con un resumen de dichas propuestas, contenidas en la nueva Agenda para el Desarrollo, denominada “Reto Hambre Cero” (ONU, 2015b).

Bajo el lema “Erradicar el hambre en el transcurso de nuestras vidas es posible”, el documento de la ONU señala que es posible lograr para toda la población del planeta y en un plazo razonable los siguientes objetivos:

- a. Cien por ciento de acceso a una alimentación adecuada, todo el año.
- b. Cero retraso en el crecimiento en niños y niñas en la primera infancia.
- c. Todos los sistemas alimentarios sean sostenibles.
- d. Cien por ciento de incremento en la productividad y el ingreso de los pequeños productores.
- e. Cero por ciento de desperdicio de alimentos y de pérdidas post-cosecha.

Lograr estas metas podría permitir se requiere de esfuerzos integrales encaminados a asegurar que cada hombre, mujer, niña y niño puedan ejercer su derecho a una alimentación adecuada. Deben realizarse más esfuerzos para empoderar a la mujer y proteger a las embarazadas y los menores de dos años, dar prioridad a la agricultura familiar, crear sistemas alimentarios justos y sostenibles, aumentar las inversiones en agricul-

tura limpia, fomentar el desarrollo rural, el trabajo decente, la protección social y la igualdad de oportunidades. La Organización de las Naciones Unidas, según esta nueva agenda de desarrollo, aprobada en junio de 2015, otorgará en los siguientes años la máxima prioridad a la erradicación del hambre, y propone incorporar en esta empresa a todos los gobiernos, organizaciones civiles, empresas, sindicatos, asociaciones de consumidores y miembros de la comunidad científica.

Por nuestra parte, pensamos que estas acciones pueden contribuir a mejorar la nutrición de todos, pero que serán infructuosas si no se reduce antes la pobreza y la desigualdad. En un país donde el 1% de la población posee el 43% de la riqueza nacional, sólo con la participación decidida de las organizaciones civiles, los movimientos de la sociedad civil y la población afectada es posible alcanzar una meta de tal magnitud. En ese sentido, la implantación de políticas nacionales efectivas contra el hambre y la desnutrición tendrá que articularse con lo mejor de los movimientos internacionales en favor de los derechos humanos, la justicia y la equidad.

Referencias

- Abramovich V y Courtis C (1997). Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales, en Abregú, Martín y Courtis, Christian, *La Aplicación de los Tratados sobre Derechos Humanos por los Tribunales Locales*. Buenos Aires: Edit. del Puerto. pp. 283-350
- Acuña RO y Meza CM (2010). Espejos de la crisis económica mundial. La crisis alimentaria y las alternativas de los productores de granos básicos en México. *Revista Argumentos*, nueva época. Vol.23(63):189-209
- ACNUDH (2010). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El derecho al agua. Folleto informativo No. 15. ACNUDH, ONU-HABITAT, OMS, 2010. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35sp.pdf>
- Aguayo Quezada S (2012). Ismael y Manuela. *Periódico Reforma*, 7 de noviembre de 2012. Disponible en: http://www.sergioaguayo.org/images/PDF/HISTORICO/REFORMA/2012/Aguayo_Ismaelymanuela_071112.pdf
- Ascensión A (2015). La oposición cuestiona a Rosario Robles por los resultados en pobreza. *CNN Noticias*, martes 25 de agosto de 2015. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2015/08/25/rosario-robles-y-la-oposicion-chocan-por-los-resultados-en-pobreza>
- Ávila A, Flores J, Rangel G (2011). *La política alimentaria en México*. México: Edit. Cámara de Diputados, LXI Legislatura. Congreso de la Unión. 217 pág.
- Ayala F (2015). *Publimetro*, 25 de agosto de 2015. CONEVAL justifica alza de pobres por la po-

- lítica económica de hace 30 años. Disponible en: <http://www.publimetro.com.mx/noticias/prd-pide-que-rosario-robles-renuncie-a-la-sedesol/mohy!5kDpGYPq9Qjg/> (Comparecencia CONEVAL, Gonzalo Hernández Licona 2015)
- Barquera S, Campos I, Hernández L, Pedroza A, Rivera JA (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Publica Mex* (55) supl2:S151-S160. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/10obesidad-29jul.pdf
- Boltvinik J (2012). Economía moral. Pensar la reforma laboral en el contexto de la automatización/ I. Ponencia en el Seminario sobre la Iniciativa Oficial de Reforma Laboral. La Jornada, viernes 21 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/09/21/opinion/032o1eco>
- Centro de Derechos Humanos ‘Fray Francisco de Vitoria’ (2015). Falso que se libere siembra de maíz transgénico en México. 19 de agosto de 2015. Disponible en: <http://derechoshumanos.org.mx/spip.php?article395>
- CDESC (1999). Observación General 12. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho a una alimentación adecuada (art. 11). 20º período de sesiones, 1999. ONU, Doc. E/C.12/1999/5 (1999). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm12s.htm>
- CDESC (2002) Observación General 15, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto). 29º período de sesiones 2002, ONU. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 117 (2002). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm15s.html>
- CIDH (2005). “Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay” (Sentencia del 17 de junio de 2005 de la CIDH). Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_146_esp2.pdf
- CIDH (2006). “Comunidad indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay” (Sentencia del 29 de marzo de 2006 de la CIDH) Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf
- CIDH (2010). “Comunidad indígena Xákmok kásek vs. Paraguay” (Sentencia del 24 de agosto de 2010 de la CIDH) Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf
- CIDH (2012). “Pueblo indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador” (Sentencia del 27 de junio de 2012 de la CIDH) Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_245_esp.pdf
- CONEVAL (2012) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evolución de las dimensiones de la pobreza 1990-2012. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-la-pobreza-1990-2010-.aspx>
- CONEVAL (2015). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2014. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/IEPDS_2014.aspx
- CONAPRED (2012). Reporte sobre la discriminación en México 2012. Salud y alimentación. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Disponible en: https://www.google.com.mx/?gws_rd=ssl#q=Reporte+sobre+la+discriminaci%C3%B3n+en+M%C3%A9xico+2012+Salud+y+alimentaci%C3%B3n

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2014). Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Dréze J (2004). Democracy and right to food. *Economic and Political Weekly*. Bombay, India. Vol. 39(17):24-30
- Esquivel G (2015) Desigualdad extrema en México: Concentración del poder económico y político. OXFAM México, agosto de 2015. Disponible en: http://cambialasreglas.org/images/desigualdadextrema_informe.pdf
- FAO (1996). Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Documentos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 13-17 de noviembre de 1996. Roma, Italia. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.HTM>
- FAO (2009). Guide on Legislating for the right to food. Roma: The Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- FAO, FIDA y PMA (2015). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma, FAO. Disponible en: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=32452#.Vdyl0vl_Oko
- FONAN (2013). Elementos sustantivos para la construcción de una política pública alimentaria y nutricional en México (Relatoría). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 23 de octubre de 2013. México: Foro Nacional para la Construcción de la Política Alimentaria y Nutricional. Disponible en: http://www.nutricionenmexico.com/documentos/Foro%20Nacional%20Nutrici%F3n%20y%20Alimentacion%2016_OCT_2012.pdf
- García Calderón C. (2011) Los alimentos chatarra en México, regulación publicitaria y autorregulación. *Derecho a Comunicar*. Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información. Número 2. Mayo–Agosto de 2011.
- Geoffrey and Hayley (2008). “Last ghost’ of the Vietnam War”. *Saturday’s Globe and Mail*. Jul. 12, 2008. Disponible en: <http://www.theglobeandmail.com/incoming/last-ghost-of-the-vietnam-war/article1057457/?page=all>
- González Delgado A (2014) Factibilidad de hacer exigible el derecho a la alimentación en México: una revisión sistemática de la literatura (Proyecto Terminal presentado como tesis para obtener la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición). 6 de febrero de 2014. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INCIDE (2010). Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social. El Derecho a la Alimentación en México, un acercamiento desde la perspectiva de derechos. Observatorio de la política social y derechos humanos. INCIDE Social, AC. México: Mc editores. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1364843590.pdf>
- López Arellano O, Rivera Márquez JA, Delgado Campos V, Blanco Gil J (2010) Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social. *Medicina Social/Social Medicine*. junio; 5(2):165–170
- López de Míguel A (2014). La UE y EEUU se oponen al proyecto de la ONU para obligar a las multinacionales a respetar los derechos humanos. *El Público*, 6 de junio de 2014. Disponible

- en: <http://www.publico.es/internacional/530936/la-ue-y-eeuu-se-oponen-al-proyecto-de-la-onu-para-obligar-a-las-multinacionales-a-respetar-los-derechos-humanos>)
- Marks S (2013). *Human Rights: A Brief Introduction*. Harvard School of Public Health and FXB Center for Health and Human Rights, Boston.
- Mundo V, Shamah T, Rivera JA, Cuevas NL, Morales RC, Villagómez OP, Aparicio JC, Pérez ER, Melgar QR, Ortega J, Rivera-Márquez A, Flores M, Danese LG, Rosas GA, Nájera TC. (2013). Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. *Salud Publica Mex*; (55) suppl2: S206-S213. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a18.pdf>
- Olaíz, G, Rivera, J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- ONU (1974). *Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición*, aprobada por la Conferencia Mundial de la Alimentación de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución General 3348 (XXIX). Ginebra. 17 de diciembre de 1974. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/malnutricion.htm>
- ONU (1988) *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)*. Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Resolución de la Asamblea General, San Salvador El Salvador, 17 de Noviembre de 1988.
- ONU (1999) *El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*. 20° período de sesiones, 1999. Doc. E/C.12/1999/5. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/ep-comm12s.htm>
- ONU (2013) *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación*, Olivier de Shutter, presentado de conformidad con la resolución 67/174 de la Asamblea de la ONU. 7 de agosto de 2013. Disponible en: http://www.srfood.org/images/stories/pdf/officialreports/20131025_rtf_es.pdf
- ONU (2014). *El derecho humano al agua y al saneamiento*. UN, 2014. Disponible en: http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml
- ONU (2015a). *Día Internacional de Erradicación de la Pobreza 2015*. División de Desarrollo y Política Social. (16 de octubre de 2015). Disponible en: <http://undesadspd.org/Poverty/InternationalDayfortheEradicationofPoverty/2015.aspx>
- ONU (2015b). *Reto Hambre Cero*. ONU, 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/zerohunger/challenge.shtml>
- Ortiz Hernández L, Rivera Márquez JA (2010). *Inseguridad alimentaria y riesgo de obesidad*. En: García-García E et al. (Eds.). *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. Funsalud/Fondo Nestlé para la Nutrición/INCMNSZ. México: Editorial Médica Panamericana. 35–42.
- OXFAM (2014). *Event it up. Time to end extreme inequality*. OXFAM International, October. Disponible en: <https://www.oxfam.org/en/research/time-end-extreme-inequality>

- Quintana Víctor M (2012). Los derechos que defendieron Ismael y Manuelita. 3 de diciembre de 2012. Disponible en: <https://roblesmalooof.wordpress.com/2012/11/03/el-reves-de-la-trama-los-derechos-amenazados-que-defendieron-ismael-y-manuelita-por-victor-quintana/>
- Reich M y Balarajan (2012). Political Economy Analysis for Food and Nutrition Security. The international bank for reconstruction and development / The World bank. Washington DC.
- Rivera-Márquez JA (2007). La insatisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad. En: Jarillo E y Guinsberg E. La salud colectiva en México: temas y desafíos. Buenos Aires: Lugar Editorial. 153-169.
- Rivera-Márquez JA. (2010) Sobrepeso y obesidad. En: López S y Puente E (Eds.). Observatorio de la salud pública en México 2010. México: UAM. 67-77.
- Sánchez-Cordero, O (2000). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México. Simposio Internacional "Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente", México, D.F. 9 de octubre de 2000.
- Senado de la República (2011). Propuesta de punto de acuerdo para exhortar al ejecutivo federal a firmar sin demora el protocolo facultativo del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. LXI Legislatura del Congreso de la Unión, 13 diciembre de 2011. Gaceta del Senado número 328. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=33397>
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2014). Instrumentos internacionales sobre derechos humanos jurídicamente vinculantes, de los que México es parte. Dir. Gral. de Derechos Humanos, SRE. Disponible en: <http://www.sre.gob.mx/index.php/direccion-general-de-derechos-humanos/iidh>
- Suárez Franco A (2007). Cómo promover la justiciabilidad del Derecho Humano a la Alimentación en Centroamérica, una estrategia multidimensional. Heidelberg: FIAN International, Programa de Justiciabilidad. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1307644659.pdf>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (2014). Relación de tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte en los que se reconocen Derechos Humanos. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/TI.html>
- Vasak K (1977). La larga lucha por los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París: El Correo de la UNESCO. pp. 27-32
- Vivero JL y Scholz V (2009). La justiciabilidad del derecho a la alimentación en América Latina y El Caribe. En: Vivero JL y Erazo X (edits.) Derecho a la Alimentación, Políticas Públicas e Instituciones contra el Hambre. Santiago de Chile: Ediciones LOM. pp. 217-256

Derecho a la salud y clases sociales

Oswaldo Sinoe Medina Gómez

I. Introducción

Los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales promueven el florecimiento individual y colectivo y son esenciales para la vida digna. Entre sus características destacan que son universales, indivisibles, inalienables, interdependientes e interrelacionados, por lo que se ha considerado que la pobreza, el inadecuado nivel de vida, las condiciones económicas precarias y las desigualdades sociales vulneran en forma global su garantía y las posibilidades de su realización (Sengupta, 2007). Estas condiciones con frecuencia son descritas con indicadores que muestran diferencias en características personales como escolaridad, ocupación, acceso a servicios y diversas carencias sociales. La documentación de estas diferencias es importante y permiten la clasificación de poblaciones, sin embargo la discusión teórica sobre la producción de las desigualdades sociales y las carencias se soslaya y se privilegia la medición de atributos individuales.

La medicina social y la salud colectiva han cuestionado el paradigma biomédico por su limitada capacidad para comprender los complejos problemas colectivos de salud/enfermedad a los que nos enfrentamos hoy en día. Este cuestionamiento reconoce los avances científicos y tecnológicos de la biomedicina; sin embargo, para avanzar en la comprensión de la

salud más allá del orden biológico, se necesita reconocer las relaciones que articulan dimensiones económicas, culturales, ambientales, políticas e ideológicas y que se expresan en formas específicas de vida y trabajo de las poblaciones determinando su salud (Laurell, 1982). Así, es fundamental reconstruir tanto el proceso de determinación social de la salud, como su expresión concreta en determinantes sociales que vulneran (o no) el derecho a la salud (López, 2013).

En esta perspectiva, la clase social es identificada como un determinante social de la salud de gran importancia (Victoria, Barros y Vaughan, 1992) debido a que las relaciones de clase definen pertenencias y condiciones particulares de inserción en la producción, apropiación, consumo y disfrute de la riqueza socialmente producida, que se materializan en formas de vida de las personas y las colectividades.

Thierry y Gizot hacen referencia a la caracterización de la clase social como un estrato social producto de legados históricos (Adamovsky, 2010) y David Ricardo afirma que las “bases económicas de las diferentes clases van a fundamentar un antagonismo necesario y siempre creciente entre ellas”, en tanto Von Stein será pionero en el uso del término de clase social al conceptualizarla como “el orden de la comunidad humana que descansa sobre el movimiento de los bienes y sus leyes es, en lo esencial, siempre e invariablemente, el orden de las dependencias de los que no poseen con respecto a los que poseen. Tales son las dos grandes clases que se muestran de modo incondicionado en la comunidad y cuya existencia no puede ser eliminada por ningún movimiento histórico y por ninguna teoría” (García-Pelayo, 1949).

Si bien Marx no fue el primero en formular el concepto de clase social, será él quien teorice sobre la confrontación entre la fuerza de trabajo y el capital y establezca que esta relación antagónica se constituye en lucha de clases, derivada del modo de producción capitalista.

“Por lo que a mí se refiere, no me cabe el mérito de haber descubierto la existencia de las clases en la sociedad moderna ni la lucha entre ellas. Mucho antes que yo, algunos historiadores burgueses habían expuesto ya el desarrollo histórico de esta

lucha de clases y algunos economistas burgueses la anatomía económica de éstas. Lo que yo he aportado de nuevo ha sido demostrar: 1) que la *existencia de las clases sólo va unida a determinadas fases históricas de desarrollo de la producción*; 2) que la lucha de clases conduce, necesariamente, a la *dictadura del proletariado*; 3) que esta misma dictadura no es de por sí más que el tránsito hacia la *abolición de todas las clases y hacia una sociedad sin clases*.” (Marx y Engels, 1972)

En la teoría marxista, la definición de clase social está en función de la propiedad y el control de los medios de producción, del proceso productivo y de la porción y disfrute de la riqueza socialmente producida. Por lo que las relaciones de clase tienen su origen en el proceso de producción y la materialidad de la relación se expresa en el proceso de consumo (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, y Merhy, 2002; Laurell y Noriega, 1987; Blanco y Sáenz 1994).

Así, el proceso de producción es una de las dimensiones centrales que define los modos de vida de las colectividades y su relación con la enfermedad ha sido reconocida desde civilizaciones antiguas como la egipcia, la griega y la romana (Sigerist, 1987). En el año 1700, Bernardino Ramazzini escribe un tratado sobre las enfermedades de los trabajadores, surgido de la observación de un trabajador dedicado a la limpieza de las cloacas. A través de su obra, Ramazzini describe la relación entre diversos tipos de enfermedad y los tipos de trabajo (Araujo-Álvarez y Trujillo-Ferrara, 2002).

Edwin Chadwick publica su “Informe General sobre las condiciones sanitarias de la población obrera de Gran Bretaña” en 1842. Demuestra que en Liverpool, la edad promedio de muerte de la alta burguesía alcanza los 35 años para ese año, mientras que entre los desempleados o pobres el promedio de edad al fallecer era de 15 años (Sram y Ashton, 1998). Chadwick también identifica la relación existente entre las malas condiciones de vivienda y las condiciones de salud de las personas. Frente a esta evidencia, el gobierno inglés lejos de tratar de mejorar las condiciones de las viviendas, por medio de la primera generación de oficiales locales de salud pública, persigue a las personas hacinadas en viviendas ubicadas dentro de los barrios pobres (Oakes y Kaufman, 2006). Esta ruta de política pública que privilegia la persecución, configura los que conoce como “policía médica”

(Rosen, 1985) y en distintos momentos de la historia de la salud pública se reedita y actualiza. En esta época el derecho emerge como un elemento de dominación, encaminado a preservar el orden social de sujeción y fortalecer la división de clases (Carvajalino-Guerrero, 2013).

Engels cita los resultados realizados por P.H. Holland, donde se muestran diferencias de mortalidad entre calles e inmuebles clasificados en tres clases, con una relación proporcional entre las tasas de mortalidad y los niveles de pobreza, identificando que la mortalidad en los inmuebles y calles más pobres, duplicaban a los de las casas más ricas. Además, se señala que el promedio de esperanza de vida en Liverpool era de 35 años para las clases altas, conformadas por aristócratas y profesionales; de 22 años para los comerciantes y artesanos mejor situados, mientras que entre los obreros, jornaleros y servidumbre en general, la esperanza de vida era de 15 años (Engels, 2012).

II. Enfoques teóricos: neomarxista y neoweberiano

La categoría clase social es una de las categorías analíticas más adecuadas para dar cuenta del proceso salud/enfermedad (Blanco y Sáenz, 1994), ya que considera que “en cada una de las clases sociales se resume la historia de sus condiciones de trabajo y de consumo que modulan la calidad de vida y el apareamiento de deterioros de los elementos integrantes de la misma” (Breilh y Granda, 1985) siendo un determinante social fundamental que influye en las desigualdades en salud así como en las expresiones de daño a la salud (Benach y Amable, 2004).

Actualmente existen dos enfoques teóricos para el estudio y análisis de la clase social para explicar las desigualdades sociales y su relación con las condiciones de salud de las personas.

Teoría weberiana

Max Weber sugirió que la sociedad se encuentra organizada jerárquicamente por estratos, la creación de grupos cuyos miembros comparten una

posición común dando lugar a “oportunidades de vida”. Estas oportunidades de vida son creadas por individuos de acuerdo a su capacidad para negociar convenientemente su educación, habilidades y atributos en el mercado; la educación, la ocupación y el ingreso son las medidas de estas dimensiones. Así, Weber pone más énfasis en la capacidad de agencia para la creación de oportunidades de vida (Galobardes, Shaw, Lawlor, Davey y Lunch, 2006)

Las divisiones de la sociedad identificadas como estamentos aluden a diferencias sociales como el *prestigio*, el *estatus* o el *honor*. La distribución del poder social o prestigio en una comunidad configura su orden estamental. “Se llama situación estamental a una pretensión, típicamente efectiva, de privilegios positivos o negativos en la *consideración* social, fundada: a) en el modo de vida y, en consecuencia, b) en maneras formales de educación (...) c) en un prestigio hereditario o profesional” (Weber, 1969).

El credencialismo es reconocido como el proceso de asignación de habilidades socialmente valoradas (Goldthorpe y Hope, 1974). Las credenciales son recursos sociales que permiten el acceso a posiciones o trabajos de mayor prestigio logrando cierto estatus respecto a los demás, lo que permite ciertos beneficios que determinan las condiciones de vida y salud de las personas (Marmot, 2012). De la misma manera, los “modos de vida” específicos en virtud de los cuales se aspira a un cierto “honor social” serían el eje esencial de organización de los estamentos: “(...) las ‘clases’ se organizan según las relaciones de producción y de adquisición de bienes; los ‘estamentos’, según los principios de su consumo de bienes en las diversas formas específicas de su ‘manera de vivir’” (Weber, 1969).

Este enfoque funcionalista hace hincapié en un proceso de estratificación que se expresa en gradientes (Crompton, 2008) y que se basa en las relaciones sociales que se producen dentro de los mercados de trabajo y las unidades productivas, diferenciando entre la situación de mercado (características del empleo en relación al salario, la seguridad económica y la posibilidad de promoción) y la situación de empleo (posición en la jerarquía de autoridad y autonomía en el trabajo). Asimismo toma en consideración el tamaño de la empresa y el carácter manual o no manual

del empleo para construir una clasificación de clases (Erikson y Goldthorpe, 1992).

Diversas aplicaciones empíricas internacionales han utilizado este enfoque (Benach y Amable, 2004), como la Clasificación Socioeconómica Europea (ESeC) (Rose y Harrison, 2014), la *National Statistics Socio-Economic Classification* de Reino Unido (Chandola y Jenkinson, 2000) (ONS, 2010) y en España, se han propuesto clasificaciones basándose en la clasificación de clase social del British Registrar General y la realizada por Goldthorpe (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Grupos ocupacionales según la clasificación de Erikson y Goldthorpe

I.	Profesionales de grado superior, administradores y funcionarios; directivos de grandes establecimientos industriales; grandes propietarios
II.	Profesionales de menor grado, administradores y funcionarios; técnicos de grado superior; directivos de pequeñas empresas industriales; supervisores de los empleados no manuales
IIIa	Rutina no manual: superior
IIIb	Rutina no manual: inferior
Iva	Pequeños propietarios con empleados
Ivb	Auto empleados con trabajadores
Ivc	Agricultores / Pequeños propietarios
V	Capataces y técnicos
VI	Obrero especializado
VIIa	Trabajador manual semi y no calificado
VIIb	Trabajadores en la agricultura

Fuente: Oakes, J. M., y Kaufman, J. S. (2006). *Methods in Social Epidemiology*. Pp 52.

Uno de los estudios emblemáticos de la teoría de la estratificación es el estudio Whitehall, el cual fue realizado en una cohorte de 10 314 funcionarios públicos británicos y que comenzó en 1967, es un claro ejemplo de la visión de la clase social como credencialización. En este estudio se evaluó la clase social según la calidad del empleo y su relación con la mor-

alidad de ciertas enfermedades. Entre los resultados más importantes, se señala la asociación inversa entre el grado del empleo y la prevalencia de angina de pecho, pruebas electrocardiográfica de isquemia y síntomas de bronquitis crónica. El estado auto-percibido de salud fue peor en los sujetos con empleos de menor estatus (Marmot et al., 1991).

Tabla 2. Grupos ocupacionales bajo la clasificación de la *National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC)*

8 Clases	5 Clases	3 Clases
1. Ocupaciones gerenciales, administrativos y profesionales más altos	1. Ocupaciones gerenciales, administrativos y profesionales más altos	1. Ocupaciones gerenciales, administrativos y profesionales más altos
1.1 Grandes empleadores y ocupaciones gerenciales y administrativos más altos		
1.2 Ocupaciones profesionales más altos		
2. Ocupaciones gerenciales, administrativos y profesionales más bajas		
3. Ocupaciones intermedias	2. Ocupaciones intermedias	2. Ocupaciones intermedias
4. Pequeños empresarios y trabajadores por cuenta propia	3. Pequeños empresarios y trabajadores por cuenta propia	
5. Ocupaciones de supervisión y técnicos menores	4. Ocupaciones de supervisión y ocupaciones técnicas	3. Ocupaciones rutinarias y manuales
6. Ocupaciones semi-rutinarias	5. Ocupaciones semi-rutinarias y rutinarias	
7. Ocupaciones rutinarias		
8. Nunca ha trabajado o desempleado por un largo periodo	Nunca ha trabajado o desempleado por un largo periodo	Nunca ha trabajado o desempleado por un largo periodo

Fuente: Office for National Statistics. <http://www.ons.gov.uk/ons/index.html>

Enfoque marxista

Si bien Marx no desarrolló una teoría sobre las clases sociales, dado que su obra quedó inconclusa por su muerte (Cardoso y Perez-Brignoli, 1982), la perspectiva marxiana* define a la clase social como relaciones en conflicto entre diferentes grupos, específicamente entre trabajadores (proletariado) y capitalistas (burguesía), donde la confrontación se relaciona con la propiedad de los medios de producción, la extracción de plusvalía y la distribución de la riqueza socialmente generada (Wright, 1983; Blanco y Sáenz 1990).

El mérito de Marx será el de otorgar al concepto de clase social no solo una dimensión científica sino la base para explicar a la sociedad y su historia (Dos Santos, 1971), donde las relaciones de clase se caracterizan por el conflicto inherente entre los trabajadores explotados y los capitalistas que explotan o los que controlan los medios de producción y dominan las relaciones de poder (Sémblér, 2006), materializándose en situaciones de clase, observables a través de sus condiciones de vida y trabajo.

Los conceptos neomarxistas hacen referencia a la contradicción fundamental entre trabajo y capital, pero llaman la atención sobre el papel de los trabajadores a los que los capitalistas otorgan autoridad sobre el resto de la fuerza de trabajo (por ejemplo los supervisores). Este grupo de trabajadores estaría en una posición de clase contradictoria, pues ejercen autoridad disciplinaria sobre el trabajo de otros, sin poseer la propiedad de los medios de producción (Clement & Myles, 1994; E.O. Wright, 1983). Por lo que algunos autores señalan que en las sociedades contemporáneas el concepto de propiedad no debe concebirse en términos legales o formales como la posesión de capital, sino más bien como el ejercicio del control estratégico sobre los medios de producción (Clement & Myles, 1994).

Respecto a las denominadas clases medias, éstas han sido abordadas

* Actualmente se utiliza el término marxiano para hacer referencia a las ideas y conceptos que son parte de la teoría original de Marx, mientras que el adjetivo marxista se utiliza para la identificación de la serie de perspectivas y debates que se desprende de dicha teoría.

a partir de dos conceptos presentes en las obras de Marx, la posición o no de los medios de producción y el empleo o no de la fuerza de trabajo asalariado, catalogando a esta clase, como pequeña burguesía (Ossowski, 1963). Es así como la clase media es constituida por grupos que no tienen relaciones profundas entre ellos, ya que pertenecen a distintos grupos sociales como son los pequeños productores y comerciantes; los empleados de bancos y comercios; los pequeños y medianos industriales; los funcionarios; los profesionales liberales, profesores, periodistas; los técnicos especializados y los administradores, entre otros (Harnecker, 1979). Por otro lado, es importante mencionar que – dependiendo del contexto - existen múltiples subgrupos en los que puede descomponerse una clase, tales subgrupos son denominados fracciones de clase.

Actualmente, existen adaptaciones y clasificaciones de clase social, basadas en la perspectiva de Marx entre otras destacan: la obra de Erik Olin Wright en los Estados Unidos (Wright, 1979, 1985, 1997); Brasil (Lombardi et al., 1988); México (Bronfman y Tuirán, 1984; Blanco, 1990). La mayoría de ellas se basan principalmente en la propiedad de los medios de producción así como en el grado de autoridad o autonomía en el trabajo (Tabla 3).

II. Aproximaciones metodológicas

Existen diversas aproximaciones metodológicas basadas tanto en la estratificación social desde la perspectiva de la teoría weberiana, como desde la visión marxista de la clase social que exploran otros campos diferentes a la ocupación, entre ellos destacan dos grandes indicadores:

A. Espacio social

Una gran variedad de enfoques se han utilizado para analizar el espacio social aun cuando el estudio entre la relación del espacio social y la salud ha sido abordado frecuentemente desde la perspectiva de la estratificación social (Krieger, Williams, & Moss, 1997; Singh, 2003). Los datos censales

Tabla 3. Clasificación ocupacional de Wright.

		Relación con los medios de producción					
		Propietarios		No propietarios			
Capital propio, suficiente para contratar trabajadores y no trabajar	1 Burguesía	4 Gerentes expertos	7 Gerentes semi-acreditados	10 Gerentes no acreditados	+	Relación con la organización/gestión	
Capital propio, suficiente para contratar trabajadores pero trabaja	2 Pequeños empleadores	5 Supervisores expertos	8 Supervisores semi-acreditados	11 Supervisores no acreditados	>0		
Capital propio, suficiente para trabajar pero no contratar trabajadores	3 Pequeña burguesía	6 Gerentes no expertos	9 Trabajadores semi-acreditados	12 Proletarios	-		
		+		>0		-	
		Relación con las habilidades/credenciales					

Fuente: Oakes, J. M., y Kaufman, J. S. (2006). *Methods in Social Epidemiology*. Pp 54.

son las fuentes de información más utilizada y han servido para proporcionar indicadores de la composición étnica y la posición socioeconómica de los pobladores de un territorio como la tasa de pobreza, tasa de desempleo e ingreso promedio de los hogares (Borrell & Pasarín, 2004; Krieger et al., 2003; O’Campo, 2003)

El vecindario es un término utilizado para referirse al entorno físico o geográfico inmediato de las personas y que tiene características sociales y materiales que se relacionan con la salud (Kaplan, 1996; Roux et al., 2001), también se ha utilizado para representar una comunidad con una identidad compartida o el lugar donde las personas pasan la mayor parte del tiempo diario (por ejemplo, el espacio laboral o escolar) donde cada definición del espacio social cuenta con un enfoque de medición diferente (Sampson, Morenoff, & Gannon-Rowley, 2002).

Las medidas operativas de los vecindarios o barrios que se han realizado se basan principalmente en el ingreso medio del hogar y se ha sugerido que las desigualdades inter-barriales son importantes porque pueden so-

cavar la cohesión social y la eficacia colectiva, mediadores importantes de los efectos de vecindad (Sampson, 1991).

Entre los principales hallazgos que se han reportado a través del estudio del espacio social y los daños a la salud resalta la asociación entre el grado de pobreza de la comunidad el diagnóstico tardío de cáncer de mama o cuello uterino (Barry & Breen, 2005; Yost, Perkins, Cohen, Morris, & Wright, 2001). También se ha asociado el vivir en barrios marginales con una mayor riesgo de homicidio (Gjelsvik, Zierler, & Blume, 2004) incidencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Zierler et al., 2000) y el bajo peso al nacimiento (Krieger et al., 2003).

Desde la Medicina Social/Salud Colectiva (MS/SC), se ha planteado el análisis del socioterritorio, el cual es un abordaje más amplio para analizar la situación de clase, articulando las especificidades individuales y colectivas bajo el contexto social que las determina, junto con otras categorías analíticas como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras (Victora, Barros y Vaughan, 1992) donde:

«La clase social no se define por una propiedad (aunque se trate de la más determinante...) ni por una suma de *propiedades* (propiedades de sexo, de edad, de origen social o étnico —proporción de blancos y negros, por ejemplo; de indígenas y emigrados, etc.—, de ingresos, de nivel de instrucción, etc.) ni mucho menos por una cadena de propiedades ordenadas a partir de una propiedad fundamental (la posición en las relaciones de producción) en una relación de causa a efecto, de condicionante a condicionado, sino por la estructura de las relaciones entre todas las propiedades pertinentes, que confiere su propio valor a cada una de ellas y por los efectos que ejerce sobre las prácticas» (P. Bourdieu, 2012)

Blanco y Sáenz (1994), proponen a la reproducción social como el “*proceso global que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad. (...) Como proceso complejo, en la reproducción están comprometidas todas las esferas de la vida social (...) tiene su base en los procesos de carácter económico, pero comprende también los procesos de tipo político e ideológico*”. A nivel económico es posible identificar

la reproducción social en procesos que de forma continua se renuevan en los ciclos de producción, distribución, intercambio y consumo (Figura 1).

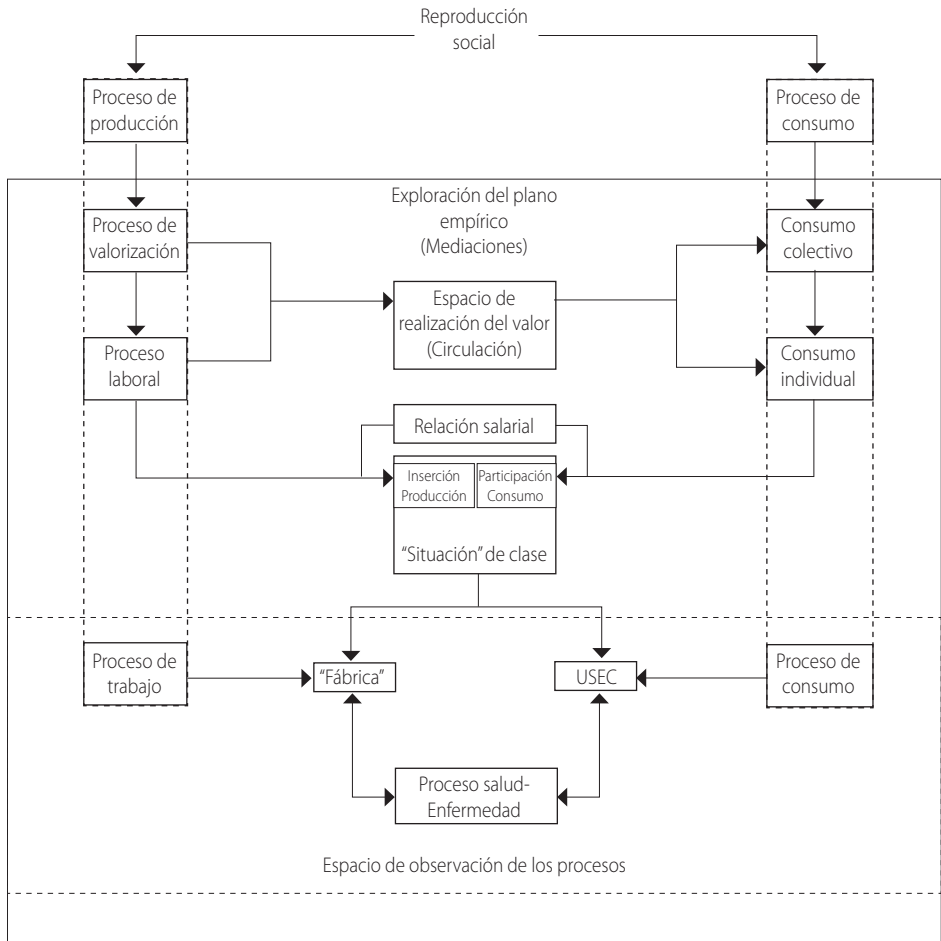
Según esta propuesta, la categoría de reproducción social, en su dimensión de proceso de consumo, puede desplegarse en consumo colectivo y consumo individual; de forma intermedia se ubicaría la categoría de situación de clase, la cual es identificable a partir de las formas de inserción en la producción y la participación en el consumo. El análisis del consumo responde a un espacio específico de realización definido como *“área territorial ocupada por una población que pertenece mayoritariamente a una misma clase, o fracción de clase, en la que ésta realiza sus procesos básicos de consumo”*. De esta manera se articula la reproducción social (dimensión general), las clases (dimensión intermedia) y las condiciones de vida (dimensión concreta) con una categoría que parte de las nociones de espacio y territorio, construyendo unidades socio-espaciales de reproducción (USER) o unidades socio-espaciales de consumo (USEC) como herramientas de análisis de la vinculación entre clases, territorios, condiciones de vida y perfiles de salud/enfermedad (Blanco y Sáenz, 1990; Blanco, López y Rivera, 2014).

B. Posición socioeconómica

La construcción de indicadores para identificar la posición socioeconómica de las personas (SEP, por sus siglas en inglés), es quizás el método más utilizado, principalmente en los estudios anglosajones y analizan factores sociales y económicos como atributos individuales (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith, 2006).

La ocupación es quizás, el indicador de mayor utilización para identificar la posición socioeconómica, ya sea a través de los instrumentos de Erikson y Dolthorpe así como el diseñado por Wright. Este último ha sido utilizado en diversos países demostrando que los niveles de salud mental de la población se relaciona con la clase social (C. Muntaner, Borrell, Benach, Pasarin, & Fernandez, 2003) y el riesgo de mortalidad (Macleod, Davey Smith, Metcalfe, & Hart, 2005).

Figura 1. Análisis del socio territorio



Fuente: Modificado a partir de Blanco y Sáenz, 1994.

El ingreso también ha sido uno de los indicadores más frecuentes para categorizar a la población aunque la obtención de esta información suele ser problemática y no refleja las condiciones reales de recursos económicos (Turrell, 2000).

Existen otras aproximaciones donde se consideran diversas características sociales y económicas donde se integra la ocupación, las condiciones

de la vivienda, el nivel de escolaridad e ingresos, como esfuerzos para considerar diversas condiciones sociales de desigualdad y exposición que permitan explicar las inequidades en salud (Naess, Claussen, Thelle, & Smith, 2005)

Se ha propuesto también el uso un indicador compuesto de SEP que define el nivel socioeconómico como “el acceso diferencial (logrado o potencial) a los recursos deseados. “Sobre la base de esta conceptualización, el indicador incorpora tres dominios: el capital de materiales, de capital humano y de capital social (J. M. Oakes & Rossi, 2003).

Contribuciones particulares se derivan del estudio de la clase social en mujeres, donde en forma convencional se les asigna la pertenencia de clase según la ocupación del esposo o jefe de familia. Estas convenciones resultan inadecuadas en las circunstancias actuales donde la incorporación de la mujer al mercado laboral es cada vez mayor. Una metodología que ha sido adoptada es el análisis de la clase social dominante, la cual es no sexista y resulta fácil de explorar (Borrell, Rohlf, Artazcoz, & Muntaner, 2004).

Un reto aun mayor es analizar la situación de clase de aquellas personas desempleadas, jubiladas, estudiantes, o las derivadas de las condiciones precarias de los mercados de trabajo, que resultan en empleos temporales, informales o que se realizan en los hogares, lo que causa una subestimación de las diferencias en los daños a la salud entre clases sociales (Martikainen & Valkonen, 1999).

III. Conclusiones

Aunque las clasificaciones de estratificación social resultan útiles para la salud pública, dada su accesibilidad, su capacidad de clasificación de las diferencias en salud (Lynch y Kaplan; 2000)²¹ y su uso generalizado que permite comparaciones. Estas clasificaciones describen, pero difícilmente permiten explicar el origen de las desigualdades sociales que deterioran la salud y producen y agravan la enfermedad.

En la actualidad, la mayoría de los estudios se realizan bajo el enfoque de la estratificación social, principalmente a través de la medición del

ingreso y la ocupación. Sin embargo, otras aproximaciones han investigado la relación entre la clase social y los diversos indicadores de salud, obteniendo resultados que la aproximación de estratificación social no es capaz de explicar (Borrell, Muntaner, Benach, & Artazcoz, 2004; Muntaner et al., 2003). Por ejemplo, los supervisores, sujetos a la presión de los directivos y los trabajadores subordinados, pueden padecer una mayor depresión y ansiedad que los directivos o los trabajadores (Muntaner, Eaton, Diala, Kessler, & Sorlie, 1998) lo cual es contrario a lo esperado desde una perspectiva de estratificación social. Lo que confirma la hipótesis de Wright de posición contradictoria de clase. Estos hallazgos permanecerían ocultos y/o resultarían paradójicos al utilizar estratos, dado que las causas de la desigualdad se ubican en la naturaleza de las formas de producción y su lógica distributiva y que a decir de Muntaner et al. (2012) “las implicaciones políticas relacionadas con los mecanismos que generan desigualdades son diferentes y complementarias de las basadas en mediciones del ingreso o del nivel de educación. Si bien estas últimas podrían implicar la redistribución de la riqueza, las primeras pueden centrarse en temas como la democracia o la justicia laboral existente en las relaciones de empleo”. Por tanto, es posible afirmar que la elección de la ruta teórico-metodológica para reconocer la estratificación social o la clase social, releva dimensiones distintas de la sociedad y permite mediciones diferentes de la salud colectiva (Crompton, 2008; Wohlfarth, 1997) (Tabla 4).

Tabla 4. Resumen de los conceptos teóricos de clase social

	Estratificación social	Acumulación de oportunidades/Clausura social	Clase social
Paradigma teórico-conceptual	Weber	Neo-Weberiana/ Bourdieu	Neo-Marxiano
Naturaleza de la desigualdad	Gradualidad	Relacional	Relacional
Orientación	Micro-nivel	Micro/meso nivel	Meso/macro nivel

Enfoque	Atributos individuales, condiciones materiales, y “oportunidades de vida” (por ejemplo, ingresos, educación, ocupación, riqueza)	Acreditación, licencias, derechos de propiedad privada	Relación de clase social a activos productivos, de explotación y dominación, habilidades / credenciales
Causas de la desigualdad social	Los individuos están estratificados en diferentes posiciones basadas en las oportunidades de vida	Las clases sociales se generan y protegen a través de mecanismos de exclusión	Las clases sociales se generan y reproducen a lo largo de las relaciones de producción explotadoras
Fuente de poder	El poder individual resulta de la posición de atributos y condiciones materiales de vida.	Las credenciales educativas proporcionan el acceso y la exclusión de las oportunidades económicas	Las relaciones laborales otorgan a cierta gente el poder sobre la vida y las actividades de los demás
Distribución del Poder	Élite de poder. Altamente concentrado entre los individuos (por ejemplo, ricos vs pobres)	Alta. Concentrada entre los acumuladores de oportunidad y no acumuladores	Economía política marxista. Muy concentrado entre las clases sociales (por ejemplo, los capitalistas vs trabajadores)
Mecanismos de desigualdad	‘Oportunidades de vida’ estratifica a los individuos en diferentes grupos	El acaparamiento o acumulación de oportunidades y la clausura social protege los privilegios y ventajas de grupos específicos	Relaciones estructurales impuestas por la economía capitalista
Ventajas	Los indicadores del estatus socioeconómicos ofrecen un alto valor predictivo de los factores de riesgo, de fácil interpretación, ampliamente disponible	Reconoce las ventajas económicas ganadas por pertenecer a una posición privilegiada. Está casualmente conectada a las desventajas de los excluidos	Considera las relaciones sociales en las sociedades capitalistas, identifica los mecanismos de desigualdad que genera
Limitaciones	Es principalmente descriptiva con limitado poder explicativo	Ignora quién es excluido de un empleo deseable	La medición de la explotación es indirecta

Fuente: Muntaner et al. Handbook of Sociology of Mental Disorders de la American Sociological Association.

Un concepto central en la salud colectiva es el de clase social, definido por las relaciones de producción económica. La explotación del trabajo es una condición inseparable de la producción económica donde la relación de clase, tiene su origen en el proceso de producción y no en características o atributos asignados individualmente como los ingresos, la escolaridad o el estatus, que se utilizan para estratificar y explorar las desigualdades e inequidades en salud, pero carecen de anclaje estructural e invisibilizan las relaciones sociales de explotación, subordinación y exclusión que determinan la salud/enfermedad (Iriart, H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada, & E. Merhy, 2002; López, Escudero y Carmona, 2008).

La MS/SC reconoce como procesos determinantes las formas y relaciones de producción, comercialización y consumo, así como las lógicas distributivas propias del modo de producción capitalista caracterizada por la apropiación inequitativa de la riqueza, que devienen en relaciones económicas de explotación y exclusión y en relaciones de poder asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003).

En este sentido y bajo una visión más compleja, Bourdieu plantea una nueva interpretación de las clases sociales alejándose de lo que denomina “las clases en el papel construidas por el investigador” para explorar a “las clases reales que emergen de la acción política e ideológica conjunta de los agentes cercanos en el espacio social”

De forma alterna a las perspectivas teóricas ya mencionadas, Bourdieu (1994) plantea una diferenciación entre las clases en el papel, que son construidas por el investigador, y las clases reales que emergen de la acción política e ideológica conjunta de los agentes cercanos en el espacio social, señalando que:

“...los grupos sociales, y en particular las clases sociales, existen, por así decirlo, dos veces, y lo hacen con anterioridad a la intervención de la observación científica; existen en la objetividad del primer orden, la que registran las distribuciones de propiedades materiales; existen en la objetividad del segundo orden, la de las clasificaciones y de las representaciones contrastadas que son producidas por los agentes sobre la base de un conocimiento práctico de la distribuciones tales como se

manifiestan en los estilos de vida” (Bourdieu, 1989). Menciona que la clase social es inseparablemente una clase de individuos biológicos dotados del mismo *habitus*, por ende, aquellos que ocupan la misma posición tienen la misma probabilidad de tener el mismo *habitus* (Bourdieu, 1994).

De manera general, la propuesta de Bourdieu señala una relación entre el espacio social, el campo, capital y *habitus* para identificar las distintas clases sociales. El capital acumulado, ya sea económico, cultural, social o simbólico, marca la *posición de clase* en la sociedad dado que serán los portadores de otorgar ventajas y desventajas en los diferentes mercados. Definirá la condición *de clase* como aquellas características que presentan las clases en un momento histórico determinado, y que se vinculan a la posición de clase dentro de un sistema de relaciones de poder dentro del *espacio social* cuyas representaciones constituyen una realidad histórica. El espacio social es un campo de relaciones objetivas e independientes de las intenciones de los individuos donde se producen diferencias sociales y define las posiciones sociales medidas por la *distancia social*. Definido entonces el campo como un lugar de lucha, donde se confrontan diversos capitales.

Esas identidades de clase producidas históricamente, son la puesta en obra de los esquemas mentales y disposiciones corporales internalizadas en los individuos, mismos que componen al *habitus*.

En este sentido y dadas las diversas aproximaciones teóricas, resulta necesario realizar esfuerzos conceptuales que permitan replantear las aproximaciones metodológicas para dar cuenta del origen de las desigualdades en salud no solo en relación con atributos individuales como el tipo de empleo o la escolaridad, sino incorporando categorías esenciales como género, etnia/origen, generación y migración, entre otras, dejar de considerarlas únicamente como variables demográficas y/o económicas, articularlas al orden y a las relaciones sociales que les dan origen y que determinan los problemas colectivos de salud/enfermedad, incorporando también las dimensiones simbólicas y subjetivas como parte del estudio de la clase social.

Referencias

- Adamovsky, E. (2010). Usos de la idea de “clase media” en Francia: La imaginación social y geográfica en la formación de la sociedad burguesa. *Prohistoria*, 13, 00-00.
- Araujo-Alvarez, JM y Trujillo-Ferrara JG (2002). De morbis artificum diatriba 1700-2000. *Salud Pública de México*, 44, 362-370.
- Barry, J., & Breen, N. (2005). The importance of place of residence in predicting late-stage diagnosis of breast or cervical cancer. *Health & Place*, 11(1), 15-29. doi: 10.1016/j.healthplace.2003.12.002
- Benach, J., y Amable, M. (2004). Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria*, 18, 16-23.
- Blanco, J., y Sáenz, O. (1990). Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. *Cuadernos Médico Sociales*, 53, 61-76.
- _____. (1994). *Espacio Urbano y salud*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Blanco, J, López O. y Rivera JA (2014). Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación. *Serie Académicos*, 118, Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Borrell, C, Muntaner, C., Benach, J., y Artazcoz, L. a. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*, 58(10), 1869-1887.
- Borrell, C., y Pasarín, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18, 01-04.
- Borrell, C., Rohlf, I., Artazcoz, L., y Muntaner, C. (2004). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria*, 18, 75-82.
- Bourdieu, P. (1989). Social space and symbolic power. *Sociological theory*, 7(1), 14-25.
- _____. (1994). ¿Qué es lo que hace una clase social? Acerca de la existencia teórica y práctica de los grupos. *Revista paraguaya de Sociología*, 31(89).
- _____. (2012). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Breihl, J. y Granda E. (1985). Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo, Investigación de la salud en sociedad, CEAS/Fundación Salud y Sociedad, Bolivia: 45-64.
- Bronfman, M. y Tuirán, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales*, 29-30.
- Cardoso, C., y Perez-Brignoli, H. (1982). El concepto de las clases sociales: bases para una discusión: Editorial Nueva Década.
- Carvajalino-Guerrero, J. (2013). Solidaridad de intereses: la transformación del derecho social como dominación en Lorenz von Stein. *Revista de Estudios Sociales*, 46, 74-85
- Clement, W., y Myles, J. (1994). *Relations of Ruling: Class and Gender in Postindustrial Societies: MQUP*.
- Crompton, R. (2008). *Class and stratification (3rd ed.)*. Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity Press.
- Chandola, T., y Jenkinson, C. (2000). The new UK National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC); investigating social class differences in self-reported health status. *Journal of Public Health Medicine*, 22(2), 182-190.
- Dos Santos, T. (1971). *El concepto de clases sociales*: Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, Centro Interamericano de Desarrollo Rural y Reforma Agraria.

- Engels, F. (2012). *The Condition of the Working-Class in England in 1844 with a Preface written in 1892*: tredition.
- Erikson, R., y Goldthorpe, J. H. (1992). *The constant flux : a study of class mobility in industrial societies*. Oxford England. New York: Clarendon Press; Oxford University Press.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., y Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 7-12. doi: 10.1136/jech.2004.023531
- García-Pelayo, M. (1949). La teoría de la sociedad en Lorenz von Stein. *Revista de estudios políticos*(47), 43-90.
- Gjelsvik, A., Zierler, S., y Blume, J. (2004). Homicide risk across race and class: a small-area analysis in Massachusetts and Rhode Island. *Journal of Urban Health*, 81(4), 702-718. doi: 10.1093/jurban/jth152
- Goldthorpe, J. H., y Hope, K. (1974). *The social grading of occupations: a new approach and scale*: Clarendon Press.
- Harnecker, M. (1979). *Clases sociales y lucha de clases*: Akal.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Kaplan, G. A. (1996). People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services*, 26(3), 507-519.
- Krieger, N., Chen, J. T., Waterman, P. D., Soobader, M. J., Subramanian, S. V., y Carson, R. (2003). Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and childhood lead poisoning: The Public Health Disparities Geocoding Project (US). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(3), 186-199.
- Krieger, N., Williams, D. R., y Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18, 341-378.
- Laurell, A. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11
- Laurell, A. y Noriega, M. (1987). Proceso de trabajo y salud en SICARTSA. *Cuadernos Médico Sociales*, 40, 5-24.
- Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. (2000) En: Berkman LF, Kawachi I, (Eds). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Lombardi, C., Bronfman, M., Facchini, L. A., Victora, C. G., Barros, F. C., Beria, J. U., y Teixeira, A. M. (1988). *Revista de Saúde Pública*, 22(4), 253-265.
- López, O. (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 49:144-150.
- López, O. y Blanco J. (2003). Desigualdad social e inequidades en salud. *Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema, Nueva Época*, 8:14-15.
- López, O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller de determinantes sociales de ALAMES. *Medicina Social/Social Medicine*, 3(4):323-335
- Macleod, J., Davey Smith, G., Metcalfe, C., y Hart, C. (2005). Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Social Science & Medicine*, 61(9), 1916-1929. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.04.009

- Marmot, M. (2012). *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health*. Londres, Inglaterra: Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M., Smoth, G.D.; Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A.. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Martikainen, P., y Valkonen, T. (1999). Bias related to the exclusion of the economically inactive in studies on social class differences in mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28(5), 899-904.
- Marx, K. y Engels, F. (1972) Carta de Marx a Weydemeyer, del 5 de marzo de 1852, en, *Correspondencia, seleccionada, comentada y anotada por el Instituto Marx-Engels-Lenin*. Buenos Aires: Editorial Cartago.
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarin, M. I., y Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950-958.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Diala, C., Kessler, R. C., y Sorlie, P. D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 47(12), 2043-2053.
- Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J., y Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 166-175.
- Naess, O., Claussen, B., Thelle, D. S., y Smith, G. D. (2005). Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3), 215-221. doi: 10.1080/14034940410019190
- O'Campo, P. (2003). Invited commentary: Advancing theory and methods for multilevel models of residential neighborhoods and health. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 9-13.
- Oakes, J. M., y Kaufman, J. S. (2006). *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco, Estados Unidos de Norteamérica: Wiley.
- Oakes, J. M., y Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 56(4), 769-784.
- Office for National Statistics (ONS). (2010). *The National Statistics Socio-economic Classification (NS-SEC rebased on the SOC2010)*. Disponible en: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/current-standard-classifications/soc2010/soc2010-volume-3-ns-sec-rebased-on-soc2010--user-manual/index.html>
- Ossowski, S. (1963). *Class structure in the social consciousness*: Routledge & Kegan Paul.
- Rose, D., y Harrison, E. (2014). *Social Class in Europe: An Introduction to the European Socio-economic Classification*: Taylor & Francis.
- Rosen, G., (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI editores.
- Roux, A. V. D., Merkin, S. S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, F. J., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H., y Watson, R. L. (2001). Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Heart Disease. *New England Journal of Medicine*, 345(2), 99-106. doi: [doi:10.1056/NEJM200107123450205](https://doi.org/10.1056/NEJM200107123450205)
- Sampson, R. J. (1991). Linking the Micro- and Macrolevel Dimensions of Community Social Organization. *Social Forces*, 70(1), 43-64. doi: 10.1093/sf/70.1.43
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., y Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "neighborhood effects": Social Processes and New Directions in Research. *Annual Review of Sociology*, 28(1), 443-478.

- Sémblér, C. (2006). *Estratificación social y clases sociales: Una revisión analítica de los sectores medios* (Vol. 125): United Nations Publications.
- Sengupta A. (2007) Informe presentado por el experto independiente encargado de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza (A/HRC/5/3) http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/stories/biblioteca/pdf/documentos-sistema-naciones-unidas/Informes_relatores_especiales/Informes_pobreza/2007_4_pobreza.pdf
- Sigerist, H. (1987). *Civilización y enfermedad*. Biblioteca de la Salud, México: Instituto Nacional de Salud Pública/Fondo de Cultura Económica.
- Singh, G. K. (2003). Area deprivation and widening inequalities in US mortality, 1969-1998. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1137-1143.
- Sram, I., y Ashton, J. (1998). Millennium report to Sir Edwin Chadwick. *British Medical Journal*, 317(7158), 592-596.
- Turrell, G. (2000). Income non-reporting: implications for health inequalities research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(3), 207-214.
- Victoria, C; Barros, F; Vaughan, P. (1992) *Epidemiología de la desigualdad*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Weber, M. (1969). *Economía y sociedad*. 1, *Esbozo de sociología comprensiva*: Fondo de Cultura Económica.
- Wohlfarth, T. (1997). Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45(3), 399-410.
- Wright, E. O. (1979). *Class structure and income determination*. New York: Academic Press.
- _____ (1983). *Class, Crisis and the State*: Verso.
- _____ (1997). *Classes*. London ; New York: Verso.
- Yost, K., Perkins, C., Cohen, R., Morris, C., & Wright, W. (2001). Socioeconomic status and breast cancer incidence in California for different race/ethnic groups. *Cancer Causes & Control*, 12(8), 703-711.
- Zierler, S., Krieger, N., Tang, Y., Coady, W., Siegfried, E., DeMaria, A., y Auerbach, J. (2000). Economic deprivation and AIDS incidence in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1064-1073.

Género y derecho a la salud

María de los Ángeles Garduño Andrade

José Arturo Granados Cosme

I. El enfoque de derechos humanos en salud

Bajo una interpretación de determinación social de la salud, en capítulos anteriores se ha definido el derecho a la salud como inclusivo, lo que implica el cumplimiento de otros derechos relacionados con condiciones de vida digna como por ejemplo alimentación, vivienda, trabajo, medio ambiente y educación. En este capítulo se hará referencia a la necesidad de aplicar esta visión con una perspectiva de género especialmente en cuanto a otros elementos que se entretajan en su concepción vinculante: la participación en los procesos de decisiones, asegurar equidad y no discriminación.

Los argumentos discriminatorios que fortalecen las relaciones inequitativas de género, se desprenden de una mirada superficial de las diferencias entre varones y mujeres que se expresan en hechos de la vida cotidiana, resultado de complejos procesos de naturalización y normalización de las desigualdades, es por ello que hace falta repensarlos desde sus expresiones concretas, en el mundo de la pseudo concreción, y mostrar que son fenómenos que ocultan en su interior lo esencial. Un poder de lo masculino sobre lo femenino que no sólo se sitúa en el dominio de lo económico, sino en todas las relaciones humanas y que no se abandonará voluntariamente.

En la mirada superficial de los estereotipos de género, se presupone que las prácticas discriminatorias, por estar presentes en toda historia y

lugar son justificables, de hecho se argumenta la naturalidad como eje de su permanencia. Para las ciencias sociales y en particular para los estudios en salud, se requiere, develar “la dialéctica de la cosa misma”, con este principio se puede comprender que las relaciones de poder genéricas, se ejercen en una práctica-utilitaria que recrea las representaciones sobre la diferencia sexual y elabora un sistema de conceptos, que no son otra cosa que prácticas fragmentadas basadas en prejuicios sobre una aparente invariable, división social del trabajo jerarquizada (Kosik 1979).

En el hilo de argumentación de la pseudo-concreción, los fenómenos se interpretan de manera fetichizada e ideológica dan la impresión de ser condiciones naturales y no resultados de la actividad social. Este proceso de fetichización, naturaliza los artefactos culturales mediante los cuales se justifican prácticas disciplinarias que incluyen la discriminación, estableciéndolas como destinos inmutables y negando su historicidad. En una constante reconstrucción de esas interpretaciones, las diferencias entre varones y mujeres se imponen como intercambios desiguales, lo mismo aquellos que suceden en la intimidad, que los mercantiles, los políticos y todas las prácticas sociales. Las justificaciones respecto a la discriminación de las mujeres y de aquellas personas cuyas identidades sexuales, no se ajustan a la dicotomía heterosexual, están situadas en un mundo connotado como masculino, que busca apoyarse en argumentos de diferencias biológicas, ignorando que esos rasgos originales han sido suprimidos en sus dinámicas cuando se trata de la humanidad, aunque se mantengan conservadas en cuanto seres vivientes.* La superación dialéctica de lo biológico en lo social, es ocultada a partir de una ideología del género, para argumentar desigualdades injustas como diferencias.

En el conjunto de oposiciones binarias que constituyen las estructuras ideológicas en que se reproduce la cultura de género, encontramos la que

* En la naturalización de las inequidades entre varones y mujeres, se recurre a la validación de pseudo-argumentos que postulan a la inevitable biología como si ésta perdurara operando con sus propias leyes y expresándose inefablemente en la conducta humana. Otros enfoques menos esencialistas consideran la naturaleza humana una mixtura de dimensiones en las que la biológica permanece apenas envuelta por la cultural, y ésta representa la “capa” que contiene una naturaleza primigenia y la somete a las leyes de la sociedad. Un enfoque dialéctico plantea que la nueva naturaleza humana no conserva intacta la biología ni la mantiene sometida sino que las leyes de la dimensión social la han modificado y la han trascendido por lo que no es posible aludir a ningún orden “natural” de las cosas sino asumir la transformación como el mecanismo esencialmente humano en el que la biología ha sido reconstruida.

asocia lo femenino a la naturaleza y lo masculino a la civilización (Héritier, 1991), desde esta oposición también se construye ideológicamente una supuesta necesidad de los varones por controlar a las mujeres, en tanto que la “naturaleza” debe ser sometida a su transformación para la satisfacción de las necesidades humanas, habiendo ya asimilado en dicha ideología que “lo” humano es masculino, esta estructura permite además la instalación de relaciones de poder basadas en la diferencia biológica. Haber asociado a las mujeres a la naturaleza ha tenido diversas consecuencias como suponer que la razón, en tanto rasgo de la civilización, es un atributo “natural” en el hombre y que el instinto o el impulso, por oposición, es característica también “natural” en las mujeres. Durante mucho tiempo las mujeres no fueron consideradas humanas, de hecho, el reconocimiento de la humanidad de las mujeres fue el punto de partida de la lucha por la igualdad, y con ello de la crítica a la discriminación que la contraviene (Amorós, 1994). Pero lo realmente previo fue un proceso de deshumanización de las mujeres para imponer el predominio masculino con la subsiguiente argumentación ideológica de las inequidades. Uno de los efectos de este proceso fue la falta de reconocimiento de los derechos humanos a las mujeres y otros sectores sociales no identificados con la dicotomía que impone la cultura de género.

La universalidad de lo humano, no se muestra inmediatamente; es mediaticada por el fenómeno, pero aun opacada no es pasiva. Así que como fenómeno lo llamado femenino o masculino, ya muestra las diferencias, dándose por ciertas y justas, cuando en realidad oculta un ejercicio de las prácticas hegemónicas expresadas en relaciones desiguales (en el sentido del ejercicio de los derechos, en el control del cuerpo) de subordinación (toma de decisiones), de aceptación de una protección por una aparente minoría de capacidades, e incluso de violencia (individual o colectiva, explícita o implícita).*

* El predominio de lo masculino se expresa en su carácter político, mediante una diversidad de prácticas que van desde la negación de derechos (negando el acceso a los bienes con que se satisface el derecho, sea la propiedad privada, el sufragio o los métodos anticonceptivos por ejemplo) hasta prácticas que en apariencia “protegen” a las mujeres por considerarlas vulnerables a determinados peligros o riesgos cuando en los hechos son conductas que limitan la autonomía, la libertad y la movilidad de las mujeres, argumentando una debilidad física y una incapacidad psíquica para ser suficientemente “razonable”. Considerar a las mujeres débiles o incapaces las plantea como sujetos de “necesidad”, incluso si ésta implica el control y el sacrificio de sus derechos.

Pero esos fenómenos que manifiestan la construcción desigual de las identidades de género y su complejidad, se develan cuando las luchas de las mujeres y de quiénes no se reconocen en los estereotipos duales de lo femenino-masculino, triunfan y dejan claro que la calidad de humanos está siendo conculcada históricamente.

La Ilustración al reconocer la universalidad de lo humano abrió la posibilidad de lograr la igualdad de las mujeres, sin embargo las estructuras del orden de lo fenoménico con su propia legalidad, pero encuentra obstáculos que mantienen las explicaciones de la discriminación y sus expresiones fraccionadas.

Esas expresiones son representaciones en apariencia útiles, cotidianas e independientes, que obstaculizan el camino de la igualdad, por ejemplo a cada avance de la posibilidad de controlar los procesos reproductivos, se imponen representaciones que sobrevaloran la maternidad argumentando propiedades “esenciales” o “instintivas” en las mujeres para tal función; a la propuesta de una repartición equitativa de la carga de trabajo doméstico, se insiste en una especie de “capacidad multifacética” innata de las mujeres. El reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres no ha abandonado las significaciones previas sobre lo femenino, en una suerte de adición a los atributos supuestamente “naturales” de las mujeres se le han agregado las virtudes ahora “reconocidas”, traducándose este mecanismo en una segunda “naturalización” del papel de las mujeres en la sociedad, justificando la segunda y tercera jornada de trabajo (el trabajo asalariado y el cuidado de los enfermos por ejemplo).

Otras prácticas utilitarias promueven los rasgos impuestos a lo masculino y a lo femenino, en la modelación de procesos de trabajo, para obtener mayores ganancias; o abren nuevos mercados de productos para que las mujeres compitan por un modelo reconocido como “atractivo”. El número enorme de ejemplos, unos más transparentes que otros, dificulta tener una mirada totalizadora de la desigualdad social que niega lo humano como cualidad intrínseca que se disfraza de diferencias supuestamente reconocidas y respetadas.

II. Perspectiva de género

La perspectiva teórica de género surge de las propuestas del feminismo respecto a las desigualdades que afectan a las mujeres en el sentido de sus derechos como humanas. Inicialmente género se redujo a la explicación de las condiciones de las mujeres, pero actualmente se refiere a las relaciones que se construyen de las identidades sociales y psicológicas con base en connotaciones culturales femeninas o masculinas.

Como se señaló, las prácticas y representaciones que favorecen las relaciones inequitativas y discriminatorias, se imponen resaltando el conjunto de cualidades económicas, psicológicas, políticas y culturales atribuidas a los sexos, y constituyen tanto a los particulares como a los grupos sociales (Lagarde, 1993). Desarmar esa visión ha supuesto mostrar que la inclusión y la exclusión de conductas, tareas y actitudes, es base de dominación y que no es invariable, pues los procesos históricos en su sentido de construcción social, están basados en la realidad primaria superada. Pero esta argumentación encuentra todavía rechazo en diversos ámbitos y en diferentes grados, las reacciones en los enfoques más tradicionales intentan evitar que se trastocuen las estructuras de poder sobre las que se asienta la composición más íntima de cada persona y de la sociedad.

Por eso se mantiene el sistema sexo-género como norma, como una forma de poder social que se impone binaria, y pretende su prolongación como resultado de una normatividad que se pretende vital para el cuerpo social y para los cuerpos individuales. Así los símbolos históricos y religiosos, aun estando destinados a mediar entre la comunidad y el Estado, para transitar a la sociedad civil, mantienen su eficacia. Las expresiones más o menos radicales de las relaciones de género, pueden ser explicadas en la conservación de la subordinación de lo femenino frente a lo masculino en cada nivel de socialización aunque haya sido superado. Así el ejercicio de poderes particulares se mantiene, aun en contradicción con una normatividad general de los derechos de igualdad y respeto de lo humano.

El mayor riesgo de las explicaciones que biologizan las relaciones sociales, es la validación de desigualdades (Samaja, 1980), por ello al abor-

dar los problemas del derecho a la salud con perspectiva de género, es necesario asumir una posición crítica de la “naturalización” de procesos contruidos en el devenir de la historia, develando los argumentos que sostienen las jerarquías injustas de instituciones como, la familia, la iglesia, el estado y la escuela (Bourdieu, 2000).

III. Derecho a la salud y género

La estructura binaria en que se desarrolla la cultura dominante de género tiene una sola base heterosexual en la que los “estancos” de la oposición binaria masculino/femenino muestran unicidad y en donde adquieren sentido las diferencias entre varones y mujeres al plantearlas ideológicamente como complementarias. Este esquema hetero genera procedimientos de socialización de los individuos que incluye la corporalización de la normatividad, el “amoldamiento” del cuerpo a la “cuadratura” del género y su base heterosexual, los límites de la estructura normativa de la cultura dominante de género es, en términos prácticos, la limitación de los derechos o si se quiere ver en términos positivos, el espacio en el que se pueden ejercer los derechos, pero impone de inicio un territorio con fronteras objetivamente limitadas en el que se recrean un número siempre finito de opciones aparentemente libres y autónomas.

El modelaje de los cuerpos a la estructura hetero y a la oposición binaria de los géneros se instrumenta mediante tecnologías disciplinarias que en su conjunto se denominan hetero-normatividad e imponen la visión binaria y jerárquica de aquello que se identifica como masculino sobre lo femenino, permea todos los ámbitos sociales y se refleja, en los determinantes de los problemas de salud lo mismo que en el tipo de atención que se les presta, los recursos y su orientación, replican el marco biologizado de las diferencias sexuales.

En cada nivel de socialización se replica esa imposición binaria hetero-normativa, en los de menor agregación como el comunitario, persiste la fuerza de los “guardianes locales de la conducta” (Petcheski citado por Ortiz, 1999), especialmente de la sexual y reproductiva, que ejercen una

violencia disciplinaria. En los de mayor agregación los programas y las políticas asignan a varones y mujeres papeles diversos y presuponen como opción de acceso a los servicios de salud una organización familiar nuclear tradicional y regida por roles también tradicionales. Todos los niveles de organización social se ven atravesados por la reglamentación social una vez que se ha institucionalizado un discurso que contiene, en sus estructuras, las oposiciones binarias valorizadas y para cada nivel, el poder encomienda a distintos agentes de su discurso la función de hacerlo prevalecer y reproducir. Así al ser las mujeres quienes ocupan el polo de subordinación de la relación inequitativa entre géneros, se privilegian acciones relacionadas a la reproducción, y se dejan de lado ciertos padecimientos que parecen ser ajenos, tal es el caso de los infartos que les son diagnosticados más tardíamente (Tajer, 2004), por considerar además que este tipo de padecimientos son “propios” de los varones por las exigencias sociales que implica cumplir con un modelo dominante de masculinidad asociadas a altos niveles de estrés, al rol de proveedor y a altos estándares de “éxito”. La ausencia de la perspectiva de género, impide la verdadera asimilación de propuestas del movimiento de mujeres como son, la desmedicalización de los procesos reproductivos, la decisión informada, el respeto a la autodeterminación sobre el cuerpo, la valoración del trabajo doméstico como trabajo y la validez de los conocimientos que se transmiten de una generación para el cuidado de la salud. Y la tendencia a retomar el papel tradicional de las mujeres en el trabajo doméstico, para que sustituyan a las instituciones estatales cada vez más retiradas de la satisfacción de necesidades básicas de sus ciudadanos.

Esa ceguera de género frente a problemas que están fuera de las normas predominantes de género (De Keijzer, 2008) también impacta a los varones, cuando se prioriza en los servicios de seguridad social su reinserción rápida al trabajo. No se implementan programas específicos para problemas masculinos como son, la alta frecuencia de los daños por hechos de violencia, de problemas reproductivos y sobre todo la promoción del autocuidado y del cuidado de la salud de los otros, tampoco se les incluye en los procesos obstétricos (embarazo, parto y puerperio) ni en la anticoncepción más allá del uso del condón y más recientemente de la vasectomía.

El proceso de reforma que se ha impuesto en el sector salud de nuestros países, ha generado una competencia desleal entre actores hegemónicos y subordinados, la imposición de medidas de ajuste en las tareas del Estado y la apertura de los mercados dejan al primero en calidad de espectador del abuso de las empresas.

Ante ese panorama parece imposible encontrar algún resquicio por el que la población logre algunos beneficios. Sin embargo la mundialización ha sido penetrada por una ola de comunicación e intercambio entre grupos que tratan de hacer visibles los problemas y proponen alternativas novedosas de organización, por ejemplo la mayor liberalidad de algunos países en relación con el sistema de géneros, permiten que en otros - que mantienen una estructura más rígida -, se cuestionen aspectos del cuerpo y la salud como pueden ser; la decisión individual de utilizar métodos anticonceptivos, despenalización del aborto, riesgos laborales, autogestión de servicios o promoción de la salud.

Gracias a la posibilidad de sostener tecnológicamente una comunicación mundial, también se han podido difundir los derechos humanos. Aunque el hecho de ser reconocidos no lleve inmediatamente a su aplicación, puede decirse que son postergados por intereses retardatarios y por la debilidad de las organizaciones, pero no por desconocimiento.

En esta tónica de intercambio, un número importante de mujeres de organizaciones y al interior de instituciones, se mantienen activas y atentas en el seguimiento de logros de la Plataforma de acción de Beijing, en la que justamente se propone evaluar el avance de la presencia de las mujeres en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones. Otro ejemplo son los acuerdos de trabajadoras y trabajadores, que llevan a iniciativas para difundir y hacer respetar derechos laborales y el mejoramiento de su salud. Se trata de esfuerzos que llevan al fortalecimiento, en los países más desfavorecidos, de grupos de referencia y solidaridad. También es fundamental la integración de organizaciones de varones de la sociedad civil que cuestionan ya el modelo hegemónico de masculinidad principalmente para enfrentar problemáticas como la violencia hacia las mujeres,* frecuentemente estas formas de

* En el caso de México, desde hace algunas décadas surgieron iniciativas autogestivas para cuestionar el rasgo violento de la masculinidad para atender a varones que se reconocen como agentes de la violencia, principalmente en la expresión de éstas en el ámbito familiar (CORIAC y Hombres por la equidad).

respuesta social ante los problemas de salud generados por las inequidades de género, son expresión de una ausencia o incapacidad estatal frente a problemáticas que siguen sin formar parte de la cobertura de servicios médicos.

Frente a la privatización, que pretende, competencia, eficiencia, eficacia, también el nuevo modelo lleva a la ruptura de lo que era la obligación del Estado en materia de salud, no se busca en realidad un mejoramiento de los servicios, sino un nuevo campo para la acumulación de capital. Rompiendo con el derecho de recibir atención a la salud, con el argumento de que se trata de un ámbito de lo privado, se va conformando un nuevo mercado de servicios en el que las grandes compañías aseguradoras logran captar a la población que puede pagar la atención médica y dejan fuera a los pobres comprobados que deberán conformarse con un sistema de atención reducido.

Esta tendencia característica de la política social de corte neoliberal, tiene un serio impacto en términos de la estructura social y su expresión en el acceso y ejercicio al derecho a la salud, para Esping-Andersen (1991) los regímenes de política social modifican la composición de los estratos que constituyen a la sociedad lo cual implica una modificación en la dinámica de la relación entre clases sociales que es mediada por el Estado. En el caso de los regímenes de bienestar social que incluyeron a la salud como derecho social y a la atención médica y previsión como bienes públicos para acceder a dicho derecho, el criterio para acceder a estos bienes fue fundamentalmente meritório y productivista en tanto que sólo quienes se incorporaron al trabajo asalariado y la economía formal adquirirían el “mérito” de la derechohabencia obtenida a cambio de aportaciones solidarias basadas en el ingreso, se conformaron así tres estratos sociales (patrones, trabajadores asalariados y trabajadores no asalariados) cada uno con beneficios diferenciados, la mediana desmercantilización de los regímenes previsionistas fue profundamente estratificante. Sin embargo, la tendencia remercatilizadora de la fase neoliberal del capitalismo, al dismantelar el subsistema de seguridad social y reducir el derecho a la salud a un conjunto mínimo de servicios médicos, tiene un efecto polarizante en la estructura social, paradójicamente reduce la estratificación pero incrementa la distancia entre quienes ejercen su dere-

cho a la salud accediendo a los servicios médicos privados y quienes buscan ejercerlo en el sistema público ya reducido al máximo.

Una vertiente del análisis de la salud con enfoque de género, tendría que incluir la doble polarización que causa la política sanitaria actual en la cultura de género predominante. Se asume que las inequidades de raza, clase social y género tienen un efecto sinérgico en la vida concreta de los individuos, la polarización como efecto de las políticas sociales en el neoliberalismo tendría también un efecto sinérgico, al agregarse a la polarización establecida por la estructura dicotómica y heterosexual del género.

Este recorte de los derechos por vía de la privatización se ha logrado por completo en algunos países, en otros las resistencias han permitido sostener esquemas de atención estatal e incluso en localidades autónomas,* aunque sean precarios. En éstos puede aprovecharse la puesta en discusión de la estructura de las instituciones estatales de salud, de temas como el corte autoritario de los programas y la burocratización de su práctica. Con la acción orientada de usuarias y usuarios más informados de sus derechos, se pueden exigir respeto y participación de las decisiones que atañen a su salud.

Las organizaciones sociales de mujeres, tienen camino andado en la demanda de mejor servicio y de no permitir los abusos. Con su experiencia y una presión mayor pueden modificarse las relaciones entre prestadores y receptores del servicio, eliminando la imposición de los primeros y la pasividad de los segundos. Los espacios de mayor participación de las mujeres pueden convertirse en la punta de lanza para abrir el camino del cambio.

Un resquicio de participación para avanzar en la recuperación de los derechos es la promoción de la participación de los usuarios como consumidores de servicios pagados o los recursos que se pueden interponer ante instancias como las comisiones de derechos humanos, los consejos para prevenir la discriminación y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuyo desempeño debe ser valorado críticamente pues con frecuencia muestra

* Tras el surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional y la creación de localidades autónomas en Chiapas, la sociedad civil ha implementado modalidades de atención a la salud independientes de la oficial que parecen estar obteniendo buenos resultados pese a la situación no sólo de autonomía sino de resistencia que han tenido que enfrentar frente al régimen estatal y federal.

rasgos propios de la burocratización, tales como dilación en la respuesta a las denuncias, gestión paralela o extra institucional de las quejas, negativa a emitir recomendaciones en detrimento de los quejosos o falta de respuesta de las instancias que niegan u obstaculizan el derecho. Con todo, se trata de recursos potenciales para supervisar el adecuado ejercicio de los derechos.

La focalización como estrategia complementaria de la privatización, se concreta en la selección de poblaciones y acciones que sustituyen la universalidad como principio, y se basa en la idea de que existen grupos de individuos que no pueden acceder a los servicios por estar en situación de pobreza, pero que deben ser atendidos, ya sea para sostener una capa de capital humano, o para mantener la legitimidad del gobierno. Para ellos está el paquete básico y algunas medidas suplementarias como complementos alimenticios, atención a cuadros agudos de diarreas en niños y otras que signifiquen poca inversión y máximo beneficio.

La cobertura universal, se había mantenido como meta y la persistencia de acciones focalizadas era una estrategia sustitutiva y aparentemente temporal para cubrir algunas necesidades de los sectores de población más empobrecidos. Ahora los programas asistencialistas sustituyen la propuesta de lograr una cobertura universal y los gobiernos utilizan la estrategia de focalización como eje de la reforma del sector. Al privilegiar esta orientación no están tomando en cuenta que cada día se acerca más el límite que impone la magnitud de la población desposeída.

La grieta que se abre cada vez más es el crecimiento de la población pobre, ésta puede generar una coyuntura propicia para que se impongan medidas de mayor racionalidad, atendiendo a las demandas de esta gran masa.

Haciendo a un lado las limitaciones que seguramente llevarán a cambios en de la estrategia de focalización, parece importante rescatar la idea de plantear problemas que apenas son visibles, con la propuesta de identificar grupos vulnerados. Así se han puesto en marcha programas de protección a mujeres y niños víctimas de violencia, para la prevención de enfermedades de transmisión sexual especialmente SIDA entre mujeres parejas de migrantes, o los de atención a niños de la calle. Esta estrategia puede tener poros

para que las mujeres intervengan autogestivamente en el reconocimiento y la atención de necesidades particulares.

La descentralización, como estrategia ha conducido a la responsabilización de los niveles locales de gobierno en acciones en salud. Al igual que en las otras estrategias puede decirse que el modelo neoliberal ha logrado sustituir los objetivos derivados de derechos sociales, proponiendo otros que aparentan solucionar problemas añejos de ineficiencia e inequidad. Pero al igual que otras estrategias la descentralización se mueve en el filo de lo que se pretende y de posibilidades de transformación, pues “es compatible tanto con la autocracia como con la democracia” (López, 1994).

Referencias

- Amorós, C. (1994) *Feminismo. Igualdad y diferencia*. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Bourdieu, P. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- De Keijzer B. (2003) “El género y el proceso salud-enfermedad-atención” *Boletín Género y salud en cifras* Vol. 1 N° 3. Secretaría de Salud. México.
- Esping-Andersen, G. (1991) *As tres economías políticas do welfare state*. *Revista Lua Nova* (24):85-116.
- Héritier F. (1991). “La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres”. *Alteridades* 1(2): 93-102.
- Kosík, K. (1979). *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.
- Lagarde, M. (1993) *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM, México.
- López, O. (1994) “La selectividad en la política de salud”. En: Laurell, AC. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UAM y Friedrich Ebert Stiftung.
- Ortiz, A. (1999) “El papel de los derechos humanos en la construcción de ciudadanía para las mujeres”. En Ortiz-Ortega Adriana (comp.) *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Samaja, J. (2004) *Epistemología de la salud*. Editorial Lugar Argentina
- Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Soler V. (2002): “Equidad de género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares”, en *X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 215-222.

El derecho de las mujeres a la salud

María de los Ángeles Garduño, Addis Abeba Salinas

Deyanira González de León

I. Introducción

Este capítulo aborda el derecho de las mujeres a la salud, particularmente en relación a sus derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (SSR). Se parte de que un elemento crucial para lograr que las mujeres ejerzan su derecho a la salud es la redefinición de las relaciones de poder en que se sustenta la discriminación de género. Se parte también de que las posibilidades para el ejercicio del derecho a la salud difieren en función de factores estructurales complejos que propician las desigualdades sociales e inciden en las condiciones particulares de vida de las mujeres. Las inequidades de género no afectan por igual a todas las mujeres y sus posibilidades para el ejercicio de derechos en cualquier ámbito de la vida social están mediadas por factores diversos como la clase social, la edad, el estado civil, la escolaridad, la raza y la etnicidad, el lugar de residencia o la orientación sexual.

Un hecho incontrovertible en la compleja realidad actual de México, resultado de las profundas inequidades sociales y de género, es que la mayoría de las mujeres —por el hecho de ser mujeres— carecen de los recursos necesarios para considerarse a sí mismas como ciudadanas con derechos.

Para muchas mujeres el ejercicio de sus derechos está mediado por factores que permiten la existencia y la reproducción de un sistema jerarquizado

de género. Así, las posibilidades de decidir sobre sus propios cuerpos entran en franca contradicción con el discurso del “*interés público*” que guía el diseño de políticas públicas que limitan sus derechos a la autonomía (Correa y Petchesky, 1996). En el ámbito de lo privado, y particularmente en el nivel público de socialización, se ignora el reconocimiento formal y la línea de preeminencia de los derechos de las mujeres y su ejercicio es limitado o impedido por “*los guardianes locales de la conducta sexual y reproductiva*”, quienes ejercen el control real sobre sus vidas (Petchesky, 1999). Así, tanto en el ámbito privado como en el público, estas mediaciones se expresan a partir de mecanismos que implican formas de violencia implícita o explícita hacia las mujeres. Como señala Butler (2009), cuando el *ethos* colectivo deja de serlo y pierde autoridad se traduce en anacronismos impuestos violentamente pero legitimados a partir de una supuesta universalidad.

Cabe señalar que el reconocimiento que hoy existe a nivel internacional en relación a los derechos de las mujeres como derechos humanos ha sido producto de los esfuerzos de muchos actores sociales progresistas, entre los que sin duda destacan los movimientos de mujeres, en particular el movimiento feminista. Han sido las mujeres quienes han logrado que los derechos de las mujeres —a la salud, a la educación, a vivir sin violencia, a la participación social y política— sean plenamente reconocidos como derechos humanos y como un asunto que implica la obligación del Estado para promoverlos y protegerlos.

El reconocimiento de los derechos de las mujeres se ha plasmado en el contenido general y particular de todos los tratados de derechos humanos adoptados por organismos de carácter internacional, especialmente en relación a sus derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Este reconocimiento debería reflejarse en las legislaciones de los países que han firmado tratados, convenciones y pactos relativos a derechos humanos con carácter jurídicamente vinculante cuyo propósito es la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. Esta línea de principios, sin embargo, enfrenta obstáculos en dos sentidos. Por un lado, en el contenido específico de las legislaciones y sus normatividades y, por el otro, en el ejercicio de los derechos en el nivel individual.

En cuanto al primer obstáculo es claro que hoy en día la invisibilidad de las mujeres en el ámbito legislativo ha sido superada relativamente, tanto por los logros de los movimientos de mujeres en la arena política internacional como por los obtenidos a nivel de los países por movimientos que buscan la igualdad de género (Torres, 2002). Sin embargo, en los procesos de diseño legislativo aún se discuten aspectos que ocultan las diferencias reales entre hombres y mujeres. Algunos enfoques reclaman la homogenización de las leyes, dejando de lado aspectos que deberían ser reconocidos como particulares de las mujeres, en tanto otros, aun reconociendo estas diferencias, no proponen cambios radicales dirigidos al ejercicio de derechos bajo relaciones de poder equitativas.

Existe además un ir y venir de prejuicios provenientes de niveles sociales de agregación que traspasan las instancias legislativas; así, quienes las conforman expresan en sus posiciones discursos que parecen provenir de estructuras arcaicas que no se superan por completo e incluso adquieren nuevos significados, convirtiéndose en obstáculos para la igualdad de género y evitando que los principios básicos del reconocimiento de las mujeres como personas con derechos se reflejen plenamente en el contenido de las leyes.

Respecto al primer tipo de obstáculos, en México el contenido de la Constitución federal —que rige como ley suprema del país—, de las constituciones estatales, de las leyes generales y de los reglamentos y normas secundarios que definen su aplicación, los DESC son opacados por el resabio de principios laicos patriarcales y naturalistas que siguen considerando a la familia nuclear, encabezada por parejas heterosexuales, como la célula constitutiva de la sociedad. La histórica lucha entre conservadores y liberales, previa al establecimiento del Estado laico, sigue influyendo en el diseño de políticas públicas en todos los ámbitos. Aun con la separación entre la Iglesia y el Estado se han mantenido rasgos patriarcales inspirados en valores religiosos para el control sobre los cuerpos de las mujeres que son asumidos como principios universales especialmente en lo relacionado con su función reproductiva. A pesar de que se han limitado las declaraciones directas a la moral, ésta sigue presente en la

Constitución (Martínez, 2011) y no se logra todavía una inclusión explícita de la democracia entre los géneros ni la uniformidad en las distintas legislaciones estatales.

El resabio de la familia patriarcal es aún más evidente en el contenido de los códigos penales y de normas particulares que reafirman las imposiciones de género. Tal es el caso de las políticas de población que sitúan a las mujeres como un objeto de control. Así, por ejemplo, frente a la interrupción del embarazo las legislaciones locales imponen regulaciones contradictorias respecto al contenido de tratados y acuerdos internacionales de derechos humanos, firmados y ratificados por el Estado mexicano, que deberían plasmarse no sólo a nivel de la Constitución federal, sino también a nivel de las legislaciones estatales (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013a); incluso las sanciones impuestas al *delito de aborto* en algunas leyes estatales tienen explícitamente el propósito de “*reafirmar el valor de la maternidad y el fortalecimiento de la familia*” Por otro lado, las dificultades para mantener los principios laicos como uno de los ejes para guiar el diseño de las leyes persisten actualmente en nuestro país. Un ejemplo es la gran influencia de los principios dictados por la alta jerarquía de la Iglesia católica en los legisladores más conservadores del país, cristalizada en la serie de reformas para “*proteger la vida desde el momento de la concepción*” y limitar el derecho de las mujeres a la interrupción del embarazo (GIRE, 2013a).

En cuanto al segundo tipo de obstáculos para el ejercicio y la exigibilidad de los DESC y del derecho a la salud, las mujeres enfrentan actualmente un panorama desfavorable, dadas las limitaciones, e incluso la imposibilidad, para controlar sus vidas, sus cuerpos y su sexualidad, lo cual está regulado explícita o implícitamente por las leyes y las normas vigentes. Así, en cada nivel de socialización persisten aún contradicciones entre las decisiones personales de las mujeres y sus condiciones para poder o no tomarlas.

La relatividad cultural existe, pero su reconocimiento no debe imponerse al núcleo de los derechos. Se trata de una contradicción que aparece cuando se analiza la distancia entre los ámbitos aparentemente ajenos de

lo público y lo privado, pero que se observa con claridad cuando el análisis parte de lo planteado acerca de los niveles de socialización. En cada uno de estos niveles se expresa la exclusión de las mujeres de lo público y al mismo tiempo persiste la falta de regulación jurídica del ámbito privado.

Desde una mirada superficial podría suponerse que el uso de anticonceptivos implica la opción libre y autónoma de cada mujer para decidir sobre su cuerpo y controlar su sexualidad. Sin embargo, es fundamental reconocer que en cada contexto particular predominan controles diversos determinados social y culturalmente y que es a partir de esa realidad que las mujeres optan por soluciones propias. Asimismo, no pueden soslayarse ni la determinación social de la salud ni la aspiración al ejercicio del derecho a la salud “*como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada*” (López, 2011).

Las oportunidades para el ejercicio de los derechos de las mujeres se relacionan con recursos y poderes en cada nivel de socialización. El de mayor agregación se refiere a la organización estatal, en la que se ubican las legislaciones federal y estatales, así como los agentes locales, comunitarios y familiares en todas las expresiones de las relaciones inequitativas de género que conforman nudos de contradicción teñidos por la naturalización de las asimetrías. Se trata de un contexto de discriminación que explica las necesidades de las mujeres tanto en los perfiles de salud y enfermedad como en las respuestas sociales para atenderlas (Rodríguez, 1997) que se impone al ejercicio individual y expresa contradicciones propias de las relaciones económicas, políticas y sociales cruzadas siempre por las relaciones de género. Por ello las políticas y programas del sector salud dan por sentado que son las mujeres las responsables del cuidado de su propia salud y la de los demás y es en función de ello que se definen las estrategias y las metas. Las madres son a la vez actoras y receptoras “privilegiadas”, sin que ello represente un avance en el reconocimiento de sus derechos.

Las demandas de los movimientos de mujeres por la salud no han tenido impacto sobre la práctica médica hegemónica que mantiene su perspectiva medicalizada frente a los procesos de salud/enfermedad. Tampoco se ha generalizado la decisión informada o el respeto a la au-

todeterminación sobre el cuerpo. De hecho hay una tendencia a abusar del papel tradicional de las mujeres que incluye, como parte del trabajo doméstico, un número importante de responsabilidades que sustituye las obligaciones de las instituciones estatales (Garduño, 1998).

Al igual que en otros países latinoamericanos, en México la reforma del sector salud inspirada en la ideología neoliberal ha tenido un impacto negativo sobre los derechos de las mujeres a una vida saludable afectándolas en varios sentidos. Un primer efecto de la reforma es que ha limitado la cobertura de servicios a través de los denominados paquetes básicos de servicios de salud, a partir de la lógica de “universalizar” las acciones reducidas del Seguro Popular. Las mujeres pobres reciben recursos condicionados a la aceptación de ciertos programas, como el uso de métodos de planificación familiar o el cumplimiento de tareas de prevención. Se busca sustituir la seguridad social por un aseguramiento privado que compita por los clientes, que implica la pérdida de derechos ganados y deja sin protección a la población en mayor rezago económico. Así, el nuevo papel asignado al Estado es el de promotor de programas diseñados por entidades transnacionales que imponen políticas que se aplican especialmente en los países pobres, contribuyendo a la construcción de un ambiente apropiado para la expansión de los mercados (Benería, 1999).

El aseguramiento privado afecta especialmente a las mujeres porque tienen menores oportunidades de acceder al empleo formal y cuentan por ello con menos recursos para pagar servicios de salud. El papel asignado a las mujeres como cuidadoras de la salud disminuye los gastos de las instituciones públicas y las convierte en el “nivel cero” de atención. Ante ese panorama pareciera imposible encontrar algún resquicio por el que las mujeres puedan encontrar beneficios. Sin embargo, la globalización tiene dos caras y ha sido penetrada por una ola de comunicación e intercambio entre grupos de mujeres que dan visibilidad a sus problemas y proponen alternativas novedosas de organización. Así, por ejemplo, la mayor liberalidad que existe en algunos países en relación con el sistema de géneros permite que en otros que mantienen una estructura más rígida se cuestionen aspectos relativos al cuerpo y la salud como la decisión individual de utilizar métodos

anticonceptivos, la despenalización del aborto, la detección de riesgos laborales, la autogestión de servicios, o la promoción de la salud.

Las nuevas tecnologías en el terreno de la comunicación han permitido difundir la perspectiva de los derechos humanos, especialmente los de las mujeres. Aunque el hecho de ser reconocidos no lleva mecánicamente a su aplicación, puede decirse que algunas veces son postergados más por intereses retardatarios y por la debilidad de las organizaciones que por desconocimiento.

Dos temas son el centro del ejercicio de los derechos en el ámbito de la SSR: los relacionados con la reproducción y los que se refieren a la sexualidad. A continuación se hace referencia a ambos en dos líneas. La primera se referirá al derecho mismo y la segunda a su ejercicio. En el desarrollo del tema de la SSR se hace énfasis en el aborto, asunto que ha provocado innumerables controversias relacionadas con la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo. El segundo tema, la sexualidad, también se aborda en esta perspectiva y se pone de relieve la falta de respuesta institucional.

II. Salud reproductiva

El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres adquirió especial relevancia a nivel internacional desde la década de 1990 a partir de los acuerdos aprobados por consenso en dos foros auspiciados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM), celebrada en Beijing en 1995.

La relevancia de estas conferencias radica en que dieron voz a las demandas para mejorar la condición social y la salud de las mujeres sostenidas durante décadas por el feminismo y por actores sociales progresistas. La incorporación de los enfoques de género y de derechos humanos en las plataformas de acción de El Cairo y de Beijing propició el desarrollo de nuevos paradigmas para abordar y atender los problemas de las mujeres.

La CIPD colocó en el centro del debate las políticas de población y afirmó que los DSR forman parte de los derechos humanos fundamentales de las mujeres. Por primera vez en un foro internacional sobre asuntos de población se reconoció plenamente la autonomía de las mujeres para controlar todos los aspectos de su vida sexual y reproductiva. Su Programa de Acción enfatizó el papel de las inequidades sociales y de género en la salud de las mujeres y convocó a los gobiernos a lograr el acceso universal a servicios de SSR accesibles y de alta calidad en el año 2015 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1994; Germain y Kyte, 1995; Correa y Petchesky, 1996; Langer, 1999; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004; Cook, 2006; Haslegrave, 2013).

Por su parte, la Plataforma de Acción de Beijing ratificó los acuerdos de El Cairo y afirmó la necesidad de promover la autonomía de las mujeres como condición básica para el ejercicio de sus derechos humanos, así como la obligación de los estados para promover y proteger sus derechos a la educación, la salud, la alimentación, el empleo y la participación social y política. Las recomendaciones de Beijing llamaron a los gobiernos a responder a las necesidades de salud de las mujeres desde una perspectiva amplia que incluye, además de la salud materna, asuntos como las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, los cánceres de mama y del aparato reproductor, el climaterio, la infertilidad, las enfermedades crónicas, la salud mental, las consecuencias de la violencia de género, y los riesgos derivados del trabajo (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1995).

A partir de los acuerdos logrados en estas dos conferencias, los DSR de las mujeres han sido incorporados en todos los tratados internacionales sobre derechos humanos, así como en numerosos acuerdos de la ONU y de organismos regionales que han dado seguimiento a las plataformas de acción de El Cairo y Beijing. Entre los tratados internacionales que afirman la necesidad de proteger los derechos humanos de las mujeres destaca la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer —la CEDAW por sus siglas en inglés—, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1979. A nivel de la región de Las Américas destaca la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y

Erradicar la Violencia contra la Mujer —la Convención de Belém do Pará— adoptada por la Organización de Estados Americanos en 1994.

Como Estado parte de la ONU, México ha firmado y ratificado todos los tratados y acuerdos internacionales relacionados con los derechos de las mujeres a la SSR. Estos derechos están garantizados por el Artículo 4^o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos —que reconoce tanto el derecho de las personas a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos como el derecho a la protección de la salud—, así como por la Ley General de Población y por la Ley General de Salud (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2010).

El Estado mexicano respondió a los acuerdos de las conferencias de El Cairo y de Beijing estableciendo programas de SSR que integraron los servicios de planificación familiar y salud materna e infantil (Langer, 1999). A pesar de que han transcurrido ya dos decenios desde las conferencias del Cairo y de Beijing, persisten obstáculos —de orden ideológico, político, financiero y normativo— que impiden que millones de mujeres mexicanas ejerzan sus DSR. Estas barreras fueron identificadas (Langer, 1999) y se abrió el debate público sobre asuntos como los DR y los DS, el aborto y las deficiencias de la educación sexual. A pesar del conservadurismo del gobierno federal en turno, en 2004 se aprobó el uso de la anticoncepción de emergencia, una medida que provocó la fuerte oposición de la Iglesia católica, pero a la que la Secretaría de Salud no dio marcha atrás. La reforma del sector salud emprendida en esos años provocó que la atención a la SSR fuera confinada a paquetes de servicios básicos para las mujeres pobres y provocó restricciones financieras que propiciaron una severa crisis de calidad en los servicios (Haslegrave, 2013).

En los años recientes las políticas públicas en el ámbito de la SSR se han alejado de los compromisos internacionales contraídos por el Estado mexicano, dando prioridad a la salud materna para alcanzar las metas establecidas por la ONU en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Las estrategias para lograr el ODM 5 dirigido a mejorar la salud materna —cuyas metas incluyen disminuir la mortalidad materna (MM) en 75% respecto al nivel de 1990 y lograr el acceso universal a servicios

de SSR en 2015— se han apoyado en programas asistenciales dirigidos a las mujeres de los sectores sociales pobres que refuerzan su papel tradicional como madres y que no han logrado cubrir las necesidades de las más vulnerables.

Organizaciones civiles que promueven los derechos de las mujeres a la SSR han documentado los escasos logros de México en relación al ODM 5. La razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido pero sigue siendo inadmisiblemente elevada, particularmente en las entidades del país con altos niveles de pobreza y exclusión social (Bissell, 2009; Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013a). De acuerdo con proyecciones del Consejo Nacional de Población, en 2012 la RMM a nivel nacional fue de 50.5 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, cifra aún bastante alejada de la meta de 22 a ser alcanzada en 2015. Por otro lado, el acceso universal a servicios de SSR accesibles y con calidad —cuyos indicadores son la prevalencia en el uso de anticonceptivos, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, la cobertura de la atención prenatal y la demanda insatisfecha de anticoncepción— sigue siendo una promesa incumplida para la mayoría de las mujeres. Además, la calidad de los servicios de atención obstétrica tiene grandes deficiencias, ya que en 2012 el 72% de las muertes maternas registradas a nivel nacional ocurrieron en clínicas y hospitales del sector público (Freyermuth y Luna, 2014).

Por otro lado, la escasa prioridad otorgada a la salud de las mujeres fuera del ámbito de la reproducción ha complejizado el panorama de la salud materna. La obesidad y las enfermedades crónicas —como la diabetes y la hipertensión—, así como las epidemias de influenza que han ocurrido en años recientes, han provocado un incremento sostenido de muertes maternas atribuidas a *causas indirectas* (Troncoso, 2012); en 2012, casi el 27% de la MM registrada a nivel nacional se debió a estas causas, con porcentajes de alrededor de 30% en Chiapas e Hidalgo y superiores al 60% en Baja California y Baja California Sur (Freyermuth y Luna, 2014).

Se ha documentado también que, además de los retos que supone solucionar los problemas relacionados con la salud materna, en la actuali-

dad existe una compleja agenda pendiente en el ámbito de los derechos relacionados con la SSR (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2013; Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013a). Entre los asuntos pendientes se encuentran las deficiencias de la educación sexual y las dificultades de acceso de las y los adolescentes a servicios integrales de SSR; las necesidades insatisfechas de anticoncepción que afectan sobre todo a las mujeres más jóvenes y a las de grupos en mayor rezago social; el aumento del embarazo adolescente; las barreras en el acceso al aborto legal y seguro para la mayoría de las mujeres del país; las prácticas discriminatorias en los servicios de planificación familiar; el elevado índice de cesáreas y los altos niveles de violencia obstétrica; la discriminación hacia las mujeres indígenas y lesbianas; la falta de estrategias para promover la responsabilidad de los hombres en la SSR; el incremento del VIH/SIDA en las mujeres; la insuficiencia de servicios de reproducción asistida; la alta frecuencia de violaciones a los DR y laborales de las mujeres incluyendo la exigencia de pruebas de ingravidez para obtener un empleo, el despido por embarazo o la falta de apoyo para la lactancia; y la falta de personal de salud sensibilizado y capacitado para respetar los derechos de las mujeres y ofrecerles una atención digna y con calidad. La agenda pendiente incluye también los problemas de cobertura y calidad de los servicios para dar atención a las mujeres durante el climaterio, así como las deficiencias de los programas para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama que cobran la vida de miles de mujeres cada año.

A continuación se hace referencia a un asunto que ilustra con gran claridad la violación a los derechos reproductivos de las mujeres en México: las restricciones en el acceso al aborto legal y seguro.

El derecho al aborto legal y seguro está reconocido en diversos tratados internacionales y se fundamenta a su vez en los derechos de todas las mujeres a la salud —incluida la SR— a la integridad física, a la vida privada, a la no discriminación y a la autonomía reproductiva (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013).

En el contexto de México, el derecho al aborto legal y seguro sin restricciones durante las primeras 12 semanas del embarazo está reconoci-

do sólo en el Distrito Federal. En el resto del país, el aborto es considerado delito. Todas las legislaciones estatales autorizan el aborto cuando el embarazo es resultado de violación y admiten al menos alguna otra circunstancia en la que el aborto no es sancionado. Sin embargo, salvo en el Distrito Federal, la interrupción legal y segura del embarazo en las circunstancias amparadas por las leyes está severamente restringida. Sólo ocho de los códigos penales estatales tienen normas precisas para autorizar la interrupción del embarazo cuando éste es resultado de violación, lo cual entra en franca contradicción con la Norma Oficial Mexicana 046, publicada en 2006 que establece los servicios a que tienen derecho las víctimas de violación sexual, incluyendo la interrupción del embarazo, y que obliga a todas las dependencias del Sistema Nacional de Salud a ofrecer este servicio (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013).

Como resultado de lo anterior, el aborto en México es un problema relevante de justicia social, ya que las mujeres pobres o que carecen de información corren el riesgo de sufrir complicaciones o de morir por abortos inseguros y sólo las mujeres pobres y sin protección social enfrentan eventualmente una sanción penal por recurrir a un aborto ilegal (Ubaldi, 2008).

De acuerdo con estimaciones recientes, la incidencia del aborto inducido aumentó en México durante el período 1990-2009, de poco más de 500,000 a más de un millón, con una tasa que se elevó de 25 a 38 abortos por cada mil mujeres de 15-49 años, ubicándose entre las más altas del mundo (Juárez y Singh, 2011). Por otro lado, el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto aumentó en forma considerable en años recientes, con un total de 1 millón 604,976 ingresos de niñas y mujeres de 10 a 54 años en hospitales públicos en el período 2000-2008 (Schiavon y cols., 2011). Un análisis de estadísticas oficiales indica que el aborto inseguro se mantiene como una importante causa de mortalidad materna en México; entre 1990 y 2005, el 7.2% de las muertes maternas totales a nivel nacional —1,537— se atribuyeron a complicaciones del aborto (Schiavon y cols., 2007; 2011); para el 2012, el porcentaje estimado fue del 8.2% (Freyermuth y Luna, 2014). Además, la mortalidad atribuible al aborto afecta desproporcionadamente a las mujeres más jóvenes:

entre 1990 y 2005, el 13% de estas muertes ocurrieron en adolescentes (Schiavon y cols., 2007).

La despenalización del aborto en el Distrito Federal en 2007 ubica a la capital del país en la vanguardia del movimiento para liberalizar las leyes en América Latina y El Caribe, una región que se caracteriza por mantener las normas más restrictivas frente al aborto y que tiene las tasas de aborto inducido más altas del mundo. En la actualidad, sólo Cuba, Guyana y Uruguay tienen leyes progresistas similares a las de la Ciudad de México.

Sin embargo, la despenalización del aborto en el Distrito Federal no se tradujo en una tendencia nacional hacia la liberalización de las leyes sobre el aborto en el resto del país. Por el contrario, el contexto legal del aborto se ha vuelto extremadamente complejo a raíz de una agresiva campaña por parte de sectores ultra conservadores para evitar su despenalización en otras entidades del país y que ha culminado en la promulgación de reformas constitucionales estatales para proteger la vida desde el momento de la concepción (Langer, 2011; Grupo de Información Elegida, 2013b).

Los congresos de 16 estados del país han aprobado este tipo de reformas que buscan la criminalización de las mujeres que recurren al aborto. De acuerdo con un análisis reciente sobre el impacto de estas reformas, entre 2009 y 2011 fueron procesadas por el delito de aborto 679 mujeres con un promedio anual de 226, una cifra muy superior a la estimada entre 1992 y 2007 que fue de 62 mujeres procesadas por año. En el contexto de estas reformas, a los riesgos para la salud y la vida que enfrentan las mujeres al someterse a abortos inseguros se suma el riesgo de ser penalmente procesadas por un aborto clandestino e incluso por un aborto espontáneo. La documentación de algunos casos revela que la mayoría de las mujeres eran jóvenes y con pocos recursos económicos y de información; que la mayoría fueron denunciadas por profesionales de la salud —médicos, enfermeras, trabajadoras sociales— en el ámbito hospitalario violando su derecho a la confidencialidad; que las mujeres fueron presionadas para admitir que se habían sometido a un aborto clandestino como condición para darles atención médica; que todas fueron sometidas a tratos crueles

e inhumanos por el personal de salud; y que a la mayoría no se le informó sobre los cargos en su contra ni se les explicó que tenían derecho a permanecer en silencio y a una representación legal (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013).

Lo anterior constata que no obstante el reconocimiento del tema de los DSR impulsado por organismos internacionales, la posibilidad de que las mujeres ejerzan el derecho a la interrupción legal y segura del embarazo es muy limitado. Un aspecto que subyace a esta complejidad es la sexualidad, como una forma de control y poder que se agrega a la larga cadena de limitantes hasta aquí señaladas. Por tanto, es relevante discutir en torno al tema de la construcción social de la sexualidad.

III. Sexualidad

En esta sección se discute la distancia que existe entre el planteamiento de los DSR y las posibilidades para ejercerlos. Partiendo de la postura de que la sexualidad es una construcción social, la autorización o la prohibición de los comportamientos sexuales están condicionadas por patrones culturales que adquieren especificidad en determinados tiempos y espacios. De manera que los aspectos políticos, sociales y económicos se conjuntan para convertirse en instrumentos de control de la sexualidad.

Esta circunstancia guía a la reflexión sobre las bases en las que se sustentan los derechos humanos. Si bien, como se dijo, estos derechos están delineados por las tendencias establecidas por organismos internacionales, también están sustentadas en el ejercicio del control sobre las personas en los diferentes niveles de socialización. Un ejemplo de esto es la política de control demográfico establecida en México en la década de los setenta, que encontró sus mayores obstáculos en la tradición que valora la maternidad como única forma de realización de las mujeres.

Para iniciar la reflexión sobre la sexualidad, es necesario el reconocimiento de que los derechos sexuales (D)S “(...) incluyen el derecho de todos los individuos, libres de coerción, discriminación y violencia, para: alcanzar el más alto estándar de salud sexual, incluyendo el acceso a servicios de atención de salud sexual y

reproductiva; a buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad; a la educación sexual; al respeto a la integridad corporal; a elegir una pareja; a decidir sí o no ser sexualmente activos; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio consensuado; a decidir si tener o no hijos, y cuándo; y a disfrutar de una vida sexual segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todos los individuos respeten los derechos de los otros” (Glasier y col., 2006).*

Esta definición abarca aspectos complejos que derivan en cuestionamientos sobre la oportunidad, que en este caso, tienen las mujeres para ejercer estos derechos. Algunas de las interrogantes al respecto se refieren a cuáles son las instancias encargadas de sentar las bases para el ejercicio de estos derechos, si la sociedad los promueve, si los individuos los conocen, si las mujeres están preparadas para demandar su cumplimiento, y si los servidores públicos en diferentes ámbitos están capacitados para ello.

Al considerar la sexualidad como una construcción social, que va más allá de la visión esencialista, se coincide con la postura de Weeks (1986) que destaca tres aspectos: el género, la jerarquía sexual —con el predominio del coito genital heterosexual— y la idea de que el sexo actúa como *una fuerza natural irresistible*, particularmente en el caso de los hombres. Estos aspectos definen las marcadas diferencias en torno a los comportamientos sexuales masculinos y femeninos, propios de las desigualdades de género, que afectan a las mujeres a lo largo de sus vidas, con un sinfín de dificultades que impiden el ejercicio de sus derechos sexuales.

Foucault (1991), señala que a lo largo de la historia la sexualidad ha sido reprimida como una forma de control y poder, que establece los parámetros que definen y legitiman la *normalidad* en el terreno sexual. Los comportamientos que no se ajustan a esos patrones de normalidad y que rebasan los límites establecidos son restringidos a escenarios alternos, como los burdeles o los manicomios, donde es posible expresarlos. Sin embargo, estas expresiones quedan sujetas al escrutinio de diferentes ins-

* Es importante destacar que en el artículo citado se señala que si bien esta definición surge de una consulta técnica internacional sobre salud sexual convocada por la OMS, ésta no representa una postura oficial de este organismo.

tancias de control como la medicina, en particular la psiquiatría, la justicia penal y la religión. Por tanto, la regulación de la sexualidad va más allá del propio organismo biológico o de la psique (Loyola, 2003), en tanto también está sujeta a las normas impuestas por una determinada sociedad. En este sentido, Rubin (1989) señala que socialmente la sexualidad se presenta en dos planos opuestos: la sexualidad buena, normal, natural, y sagrada, y sexualidad mala, anormal, antinatural y maldita.

En el ámbito de la medicina, la sexología se ha dado a la tarea de clasificar los comportamientos sexuales. Esto, por un lado, ha permitido ampliar el conocimiento sobre el tema, pero ha llevado también a crear lo que Weeks (1986) conceptualiza como una *tradición sexual* que establece parámetros que regulan los comportamientos y define lo *normal* y lo *patológico* desde el punto de vista médico centrado en el organismo biológico y descartando el papel de la subjetividad, que es lo que define en cada individuo, e incluso en determinadas sociedades, el valor de su comportamiento sexual.

Los distintos escenarios en que se ha posicionado la sexualidad llevan a reflexionar sobre los dispositivos de poder actualmente impuestos, más aún cuando estos se enfrentan a dos factores importantes: las diferentes formas de expresión de la sexualidad, producto de los cambios continuos generados en la cotidiana interacción social, y los notables avances en la tecnología sexual. Ejemplo de esto es el uso de fármacos que aumentan la potencia sexual masculina que, sorprendentemente, en sociedades como la italiana son altamente demandados por los jóvenes, un grupo que en realidad no los necesita pero que responde, con el uso de estos fármacos, a un estilo de comportamiento que se apega a las exigencias del mercado (Giammuso, 2006). Existen también avances en el campo de la tecnología biomédica que resuelven problemas como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz con el empleo de medicamentos. En estos casos se soslayan aspectos socioculturales que justifican los comportamientos masculinos estereotipados; son los hombres quienes, ante la presión de mostrarse sexualmente poderosos, agreden a las mujeres física y emocionalmente violando así sus derechos sexuales. Estas situaciones son más evidentes

entre mujeres adolescentes de bajos recursos, frecuentemente presionadas por sus parejas para iniciar su vida sexual bajo el argumento de que tener sexo es una prueba de amor (Stern, 2007).

El marco expuesto, incluida la definición de DS, sirve como base para analizar las contradicciones frente a la visión estructurada socialmente en torno a la sexualidad, lo que se convierte en una barrera para el ejercicio de los DS. Uno de los puntos a destacar en esta definición es la posibilidad de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. En el primer caso resulta difícil para las mujeres optar por no embarazarse, puesto que socialmente la procreación les ha sido impuesta como una respuesta natural e inmodificable; quienes no responden a ese patrón de comportamiento se exponen a que su femineidad sea cuestionada. En otros casos, las mujeres tienen que optar por el embarazo o por su desarrollo profesional, ya que la maternidad y las exigencias laborales suelen ser incompatibles. Así lo expresan mujeres académicas funcionarias de una universidad pública en México (Salinas, 2012).* En este caso, la violación de un derecho laboral limita el ejercicio de los DSR. Asimismo, se dice que las mujeres tienen libertad para decidir sobre su vida reproductiva, pero en la mayoría de los casos son ellas quienes asumen el cuidado y la crianza de los hijos frente a la ausencia de padres que asumen esta responsabilidad.

Respecto a los servicios de planificación familiar, cuyo papel es dar respuesta a las necesidades de anticoncepción de la población para regular la fecundidad y el espaciamiento entre sus hijos, éstos han sido creados para las parejas estables dejando fuera las necesidades de las mujeres adolescentes y las jóvenes solteras que han iniciado su vida sexual. Así, una joven que decide usar anticonceptivos y tener relaciones sexuales placenteras, evitando preocupaciones sobre un posible embarazo, carece de servicios que atiendan sus necesidades, exponiéndose, además, a ser socialmente censurada y etiquetada como poco respetable. Lo que subyace a este tipo

* A diferencia de los hombres quienes pueden seguir con sus proyectos académicos, estudios de posgrado, o laborales, pues aun cuando opten por la paternidad, son sus parejas quienes toman la responsabilidad, ellos no tienen que detenerse para tomar este tipo de decisiones.

de posturas es la negación del deseo sexual femenino. Este tipo de situaciones se refuerzan desde los primeros encuentros sexuales y se expresan en marcadas diferencias por género en cuanto al comportamiento sexual. Entre los hombres este hecho está marcado por la exploración y el reconocimiento de sus zonas erógenas a través de la masturbación, mientras que para las mujeres el inicio es determinado por la menstruación vinculada, a partir de ese momento, con la reproducción. Además, es común que en la relación íntima con la pareja no sea ella sino el otro quien la lleva a descubrir el placer sexual (Wight y cols., 1998).

Las restricciones para que las mujeres asuman su sexualidad libre y responsablemente son ejemplificadas con los hallazgos de un estudio de Stern (2007), cuyo propósito fue diferenciar los estereotipos de los y las adolescentes respecto al embarazo y otros aspectos de SSR en tres estratos socioeconómicos. Este autor señala que entre las adolescentes la sexualidad se vincula a la expresión de la obligación conyugal, ligada a la procreación y a los requerimientos de sus parejas masculinas. En el grupo de menores ingresos, las jóvenes para ser reconocidas públicamente como respetables tienen que poner freno a la “*natural*” e incontrolable sexualidad de los hombres y controlar su propia sexualidad. Por otro lado, en el grupo con un nivel socioeconómico más alto, las jóvenes enfrentan la disyuntiva de elegir entre el modelo tradicional, que las define como románticas, sentimentales y tiernas, y un modelo moderno que les demanda ser seguras, asertivas y con planes para el futuro. Por lo tanto, son los varones quienes marcan la pauta de los comportamientos sexuales de las mujeres y ellas quienes se ajustan a sus exigencias.

En la definición de DS destaca también que la persona es libre para elegir una pareja, para decidir si quiere o no ser sexualmente activa y para tener relaciones sexuales consensuadas. Sin embargo, cuando la iniciación sexual ocurre a edades tempranas, la probabilidad de que las adolescentes sean forzadas a tener relaciones sexuales, en ocasiones a cambio de dinero, es una realidad propiciada por sus precarias condiciones de vida que les niegan oportunidades reales de estudio y trabajo (Wellings et al, 2006).

Cómo, entonces, pueden las mujeres ejercer los DS cuando el abuso

de una joven es respaldado por la creencia de que los hombres tienen la libertad de poseerlas y las mujeres han crecido con la idea de que están obligadas a satisfacer al otro. Además, en el esquema cognitivo de muchas mujeres no existe la percepción de que son seres humanos con derechos. De esta manera, la no percepción de la violación de un derecho limita su ejercicio. Las mujeres no tendrían que ser violentadas si se les reconociera como independientes, sin dueño, y con la libertad de tomar sus propias decisiones.

En este contexto de limitaciones y barreras para la expresión de la sexualidad, las mujeres se convierten en el foco del acoso sexual de los hombres. Una trabajadora de la confección lo refiere con estas palabras: *“A mí me gusta vestirme con vestido y tacones, y aun cuando mis faldas las uso a la rodilla, la gente me molesta. No me visto para los otros me visto para mí, y me incomoda mucho que me digan cosas... Yo no tengo aquí escrito (señala su frente) que necesito un hombre, y a mí me molesta porque yo me arreglo para mí, porque a mí me gusta arreglarme y entonces toda esa situación de que te acosen, te sigan. Yo no estoy de acuerdo que uno se compre unos zapatos para gustarle a los hombres ¡no, eso no es!”* (Salinas y Garduño, 2014). Estas experiencias, que forman parte de la vida cotidiana, son formas normalizadas de agresión contra las mujeres.

IV. Conclusiones

La presión social que se ejerce de manera directa o indirecta hacia las adolescentes para negar su sexualidad o para moldearla de acuerdo con el imperativo social, así como las inequidades sociales (Ortiz, 1999), son elementos que dificultan el ejercicio de los derechos de las mujeres.

En este amplio contexto de factores que limitan el ejercicio de los DS no puede quedar fuera de la discusión el personal de salud, ya que los mitos y miedos que están íntimamente asociados con cuestiones sobre el sexo, la sexualidad y la salud sexual, que están fuera de los escenarios tanto educativos como clínicos, impiden al personal de salud maximizar el potencial para promover el bienestar, tanto para ellos mismos como para los usuarios de los servicios (Evans, 2000).

El personal de salud carece, en general, de los conocimientos y habilidades necesarias para atender aspectos vinculados con la sexualidad; desde la historia clínica se evita explorar el tema y el interrogatorio se restringe a la vida reproductiva. Cuando este personal aborda la sexualidad desde la perspectiva biológica se facilita su manejo y la complejidad emerge cuando se involucran aspectos socioculturales o cuando aparece el tema de lo erótico. Estos aspectos resultan antagónicos con las nociones adquiridas durante su formación profesional (Salinas y Jarillo, 2013).

En este capítulo se reflexionó sobre los derechos de las mujeres a la salud, particularmente sobre sus derechos en el ámbito de la SSR, analizando los ejes de iniciativas internacionales para promoverlos y protegerlos. Se destacó también que al ignorar las desigualdades de género y la imposición del modelo de dominación masculina se seguirán instrumentando políticas y programas que limitan a las mujeres en el ejercicio de los DESC.

Las desigualdades de género marcan diferencias sustantivas en los perfiles de enfermedad y muerte de hombres y mujeres, así como en el tipo de atención que ofrecen los servicios de salud en cuanto a recursos y orientación.

El hecho de que sean las mujeres quienes se encuentran en el extremo de la subordinación y de la relación inequitativa entre los géneros, influye para que se les excluya en la toma de decisiones sobre sus cuerpos y sobre su salud.

Referencias

- Asamblea General de la Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Documento A/171/13, Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Asamblea General de la Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Nueva York: ONU
- Benería, L. (1999) Mercados globales género y el hombre de Davós. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 10 (diciembre): 7-48.
- Bissell, S. (2009). La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento. En: Freyermuth, G., Sesia, P. (Coordinadoras). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos / Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Coalición por la Salud de las Mujeres (2013). Todos los derechos para todas y todos. Diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: CSM. Disponible en: www.lacoalicion.org.mx
- Cook, R.J. (2006). Abortion, human rights and the International Conference on Population and Development (ICPD). En: Warriner, I.K., Shah, I.H (Editors). Preventing unsafe abortion and its consequences. Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute.
- Correa, S., Petchesky, R. (1996). Derechos Sexuales e reproductivos: una perspectiva feminista. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 6(1/2): 147-177.
- Evans, D.T. (2000). Speaking of sex: the need to dispel myths and overcome fears. *British Journal of Nursing*, 9(10):650-655.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2004). Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: UNFPA.
- Foucault, M. (1991). Historia de la Sexualidad 1. La Voluntad de Saber. México: Siglo XXI.
- Freyermuth, G., Luna, M. (editoras). (2014). Mortalidad materna en México. Numeralia 2012. México: Observatorio de Mortalidad Materna.
- Garduño, MA, (1998) La salud de las mujeres, un derecho o un medio. *Revista Salud Y Mujer, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 4:51-55.
- Germain, A., Kyte, R. (1995). The Cairo consensus: The right agenda for the right time. New York: International Women's Coalition.
- Giammuso, B. (2006). Uno de cada 10 jóvenes italianos consume viagra sin necesitarlo. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2006/02/01/index.php?section=ciencias&article=a03n2cie>.
- Glasier, A., Metin, A., Schmid, G., García, C., Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368: 1595-1607.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2010). Los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México. Hoja Informativa. México: GIRE. www.gire.org
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2013a). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE. www.gire.org.mx
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2013b). Derechos humanos de las mujeres y protección de la vida prenatal en México. México: GIRE. www.gire.org.mx
- Haslegrave, M. (2013). Ensuring the inclusion of sexual and reproductive and rights under sustainable development goal on the post-15 human rights framework for development. *Reproductive Health Matters*, 21(42): 61-73.
- Juárez, F., Singh, S. (2011). Incidence of induced abortion by age and state, Mexico 2009: New estimates using a modified methodology. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2): 58-67.
- Langer, A. (1999). Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Bronfman, M., Castro, R. (Coordinadores). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública / Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Langer, A. (2011). Introduction to the special section on abortion legalization in Mexico. *Studies in Family Planning*, 42(3): 156-158.
- López, O. (2011) Derecho a la salud en México. México: UAM-Xochimilco
- Loyola, M. A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4): 875-899.

- Martínez, R. E. (2011) Sexualidad y Derecho. En: Peña S. E y Hernández A. L. Diversidad sexual: justicia, educación y salud. Memorias VI semana cultural de la diversidad sexual, Divulgación UNAH.
- Ortiz-Ortega, A. (1999). Introducción. En: Ortiz-Ortega (compiladora) Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México. México: Edamex, UAM-X.
- Petchesky, R. (1999). Presentación. En: Ortiz-Ortega (compiladora) Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México. México: Edamex, UAM-X.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, C. Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina. Madrid: Revolución.
- Salinas, A.A. (2012). Diferencias por género: la mirada del personal de la Universidad de Guanajuato. En: Meza G. y Salinas, A. A. Mujeres y Hombres. Perspectivas sobre relaciones de género en la Universidad de Guanajuato. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Salinas, AA, Jarillo, E. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):733-742.
- Salinas, A. A. y Garduño M.A. (2014) La Entrevista como un Espacio de Reflexión sobre el Significado de la Sexualidad en Costureras. Ponencia presentada en: Congress of Qualitative Inquiry. University of Illinois, Urbana-Champaign, Illinois.
- Schiavon, R., Polo, G., Troncoso, E. (2007). Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto (hoja informativa). México: Ipas.
- Schiavon, R., Troncoso, E., Polo, G. (2011). Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 188(Suppl.2): S78-S86.
- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos*, Vol. XXV (1): 105-129.
- Torres, M. (2002) De la invisibilidad a la propuesta de un nuevo paradigma: el debate actual sobre mujeres y derecho humanos. En: Urrutía, E. (coordinadora). Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México: Colegio de México.
- Troncoso, E. (2012). MDGs and SRHR in Mexico's Social Programs: so near and yet so far. Mexico case study. En: Smiles, S. (Editor). Breaking through the development silos. Sexual and reproductive health and rights. Millennium development goals and gender equity. Experiences from Mexico, India and Nigeria. Quezon City, Philippines: Development Alternatives with Women for a New Era.
- Ubaldi, N. (2008). El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México. Serie Tópicos para la Discusión, Número 7. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- Weeks, J. (1986). Sexualidad. México: UNAM/PUEG.
- Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. (2006). La conducta sexual en su contexto: una perspectiva mundial. *Lancet (Español)*, 368, 45-68
- Wight, D., Abraham, C., Scott, S. (1998). Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research*, 13(3), 317-330.

El derecho a la salud de la población joven

Victoria Ixshel Delgado Campos, Oliva López Arellano

I. Introducción

Desde hace varias décadas ha existido un gran interés por profundizar en el estudio conceptual del término juventud. Desde diversos campos científicos –tanto de las ciencias sociales como de las ciencias biológicas– se han generado aproximaciones que buscan ampliar las clasificaciones existentes y con ello, los marcos teóricos y metodológicos que faciliten su abordaje. Se ha señalado que definir “juventud” a partir de una clasificación etaria que tome en cuenta únicamente aspectos como la edad y el sexo, restringe su comprensión y limita los alcances del concepto, pues atribuye un peso esencial a elementos de naturaleza biológica, desdibujando las relaciones existentes entre juventud y procesos sociales (Margulis, 2001).

En palabras de Margulis “juventud es un significante complejo que contiene en su intimidad las múltiples modalidades que llevan a procesar socialmente la condición de edad, tomando en cuenta la diferenciación social, la inserción en la familia y en otras instituciones, el género, el barrio o la microcultura grupal” (Margulis, 2001:40) Es decir, más que juventud, es necesario hablar de juventudes múltiples, que remiten a un panorama variado que abarca comportamientos, referencias identitarias, lenguajes y formas de sociabilidad. Por lo que es necesario diferenciar entre jóvenes (agrupados por edad) y “juventudes” en la medida en que se trata un con-

cepto cambiante, construido y determinado por momentos socio-históricos específicos cuya caracterización implica ejes de diferenciación social, de clase, de etnia, de género y de generación y alude a la identidad de los sujetos sociales en sistemas complejos de relaciones en diferentes marcos institucionales como la familia, la escuela y otras organizaciones sociales y/o políticas (Margulis, 2001).

En la medida en que la “juventud” es una construcción social, es importante identificar su surgimiento en el marco del desarrollo de las sociedades capitalistas. De acuerdo con Balardini (2000), la juventud como fenómeno social, entendida en términos occidentales, es un producto del capitalismo como sistema de ordenamiento social, político y económico. Las transformaciones capitalistas en las relaciones de producción y consumo, configuraron el surgimiento de nuevas necesidades; la creación de espacios de formación que brindaran a los individuos ciertas habilidades y conocimientos, permitiendo su integración en las nuevas estructuras y sistemas productivos. De ahí, la creación del sistema escolar como institución central encargada de la “producción de juventud” (Balardini, 2000). De ser un sistema elitista y dirigido a jóvenes de la burguesía, el sistema escolar se masifica en los países capitalistas centrales y hasta los años setentas funciona como productor de juventudes relativamente homogéneas cuyo rasgo principal es la condición de estudiante. En América Latina, dada la configuración desigual y excluyente del sistema escolar, esta condición juvenil no es homogénea y las juventudes se diversifican y fragmentan aún más en el periodo actual de globalización neoliberal. El reordenamiento del mundo en la lógica del mercado, ha tenido impacto en todas las esferas de la vida social incluidos los espacios productores de juventud (la institución escolar) y de adultez (el mundo del trabajo), afectando también las condiciones de vida de los jóvenes y configurando juventudes cada vez más diferenciadas que ponen en entredicho algunas de las nociones contenidas en el concepto normativo de juventud como la moratoria social y la etapa de transición.

Este abordaje reconoce la dificultad que implica aproximarse teórica y metodológicamente a los derechos de los jóvenes ante la ausencia de una

definición de aceptación general de juventud más allá del criterio etario. Desde el punto de vista jurídico, la idea de “joven” oscila de manera poco clara entre la niñez y la adultez, pues a pesar de considerarse etapas diferenciadas por alcanzar la mayoría de edad, éste último criterio también presenta variaciones que pueden ir desde los dieciocho años y hasta los veintiuno; según el país o nación, el concepto al que se haga referencia o el instrumento jurídico aplicable (Caballero, s/f). Así también, cada sociedad atribuye un significado específico a la noción de “juventud”, según aspectos de naturaleza cultural, social e ideológica, que puede coincidir o no con el criterio etario, pero que trastoca los derechos de los jóvenes.

Diversos documentos internacionales ponen de manifiesto algunos elementos que permiten distinguir a niños y jóvenes. La Declaración de los Derechos de los Niños (Sociedad de las Naciones, 1924) quizás sea el primer antecedente internacional que busca proteger los derechos de la infancia, pero no es hasta la Convención de los Derechos del Niño (1989) que se enuncia claramente una definición de niño: “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad”, una vez superado este rango, toda persona asume el carácter jurídico de un adulto. En el plano internacional, la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966), así como el Protocolo de San Salvador (OEA, 1988), ratifican una serie de derechos vinculatorios con los establecidos en la Convención de los Derechos del Niño tomando como referencia el concepto de “persona”.

La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (en adelante, La Convención), firmada en 2005, en su primer artículo, plantea por primera vez una diferencia entre niños y jóvenes según el criterio etario y señala: “La presente Convención considera bajo las expresiones “joven”, “jóvenes” y “juventud” a todas las personas nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. Esa población es sujeto y titular de los derechos que esta Convención reconoce, sin perjuicio de los que igualmente les beneficie a los menores de edad por aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.”

Como se ha mencionado, el criterio etario para definir a los jóvenes no es homogéneo en los países latinoamericanos, es el caso de Ecuador y Colombia, cuyas edades de “juventud” son consideradas entre 18 y 29 años y 16 y 26 años, respectivamente (Caballero, s/f). En México, de acuerdo con la Ley del Instituto de la Juventud publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1999, se considera joven a toda persona cuya edad comprende entre los 12 y los 29 años de edad (DOF, 1999). Se observa que el rango de edad en nuestro país implica la mayoría de edad, lo que para efectos jurídicos, se considera el inicio de la etapa adulta en cuanto a libertades, capacidades y obligaciones. Al respecto, el Código Civil para el Distrito Federal en el Capítulo II “De la mayoría de edad” señala en su artículo 646 que: “La mayor edad comienza a los dieciocho años cumplidos”, en el artículo siguiente, queda manifiesto que “el mayor de edad dispone libremente de su persona y sus bienes”. Dicho Código Civil, en el Título Primero de las Personas Físicas, artículo 22 menciona que las personas físicas desde que nacen y hasta que mueren tienen capacidad jurídica, considerada en dos dimensiones: la capacidad de goce y la capacidad de ejercicio. No obstante, el artículo 23 ratifica que la minoría de edad se considera una restricción a la capacidad de ejercicio, por lo que los “incapaces” pueden ejercer sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes. De acuerdo con lo anterior, el concepto de juventud implica la mayoría de edad, pero no se limita a ella. De ahí que, los derechos de los jóvenes transiten entre la protección y tutela de los derechos de los niños y el ejercicio de derechos y obligaciones del adulto.

No es propósito de este capítulo presentar una revisión exhaustiva de las divergencias o concordancias entre los conceptos de niñez y adultez, pero si es de interés mostrar la complejidad que implica aproximarse al tema de los derechos de este grupo poblacional.

México ha tenido una amplia historia en materia de legislaciones y normativas en torno a los derechos de la infancia, desde la adhesión a diversos tratados internacionales, hasta la publicación de leyes locales, entre las que destacan la “Ley de las y los jóvenes del Distrito Federal”, publicada en el Diario Oficial de la Federación en el año 2000; y la “Ley de

la Juventud del Estado de México” publicada en la Gaceta del Gobierno del Estado de México en el año 2010, entre otras iniciativas. No obstante, se reconoce a Ley del Instituto Mexicano de la Juventud (1999), como documento oficial de carácter nacional sobre derechos y protección de la infancia. Cabe destacar que en 2005, México se adhirió a La Convención, y a 9 años de la firma, el gobierno mexicano aún se encuentra en proceso de ratificación.

II. Los jóvenes y el derecho a la salud

El reconocimiento mundial de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) plasmado en distintos pactos y acuerdos internacionales es un avance sustancial en el proceso civilizatorio. “Los derechos humanos son universales, indivisibles, inalienables, interdependientes, interrelacionados, de igual importancia para la dignidad humana y exigibles, y los DESC tienen el mismo estatuto legal, importancia y urgencia que los derechos civiles y políticos. El goce de los derechos económicos, sociales y culturales es determinante para la posibilidad del goce efectivo, igualitario y no discriminatorio de los derechos civiles y políticos” (Jusidman y Marín, 2008: 6).

El derecho a la salud, entre otros, está reconocido por el gobierno mexicano a través de la firma de diversos pactos internacionales, artículos constitucionales y leyes particulares. Las condiciones de salud de la población joven son expresiones concretas de las formas como se garantizan estos derechos, reconocidos como tales por el Estado mexicano.

En los tratados internacionales, el derecho a la salud se reconoce como “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Este concepto que incorpora tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado, debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (ONU, 1966). Se trata de un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales

de- terminantes de la salud, como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas; el acceso a alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Incluye, además, la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional (Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2009).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce, asimismo, el Derecho a la Protección a la Salud, que en su artículo 4º constitucional señala que “ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (DOF, 2012:5).

El derecho a la salud en los jóvenes tiene como marco el derecho a la salud general. México ha desarrollado diversos esfuerzos para generar una Ley de Juventud que incluya desde luego el derecho a la salud. La creación de la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, mostró el interés de la sociedad en este grupo poblacional. Aunque se han reformado algunos artículos de dicha Ley,* en México aún se tiene grandes vacíos en cuanto a la conformación de una Ley integral que garantice y torne efectivos los derechos de la población joven. La Convención en su Capítulo III señala los DESC y en su artículo 25, ratifica el “derecho a la salud” como sigue:

* La Cámara de Diputados en su sesión ordinaria celebrada el 21 de marzo de 2013, presentó una iniciativa y proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 1º y 8º de la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. Dichas reformas se refieren a la descentralización del Instituto, y a los criterios para las suplencias de la Junta Directiva del Instituto. Para una revisión más amplia, véase Cámara de Diputados. Dictamen de la Comisión de Juventud por el que se reforman los artículos 1 y 8 de la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. DOF. (2013).

1. Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.
2. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.
3. Tienen igualmente derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva.
4. Los Estados Parte velarán por la plena efectividad de este derecho adoptando y aplicando políticas y programas de salud integral, específicamente orientados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludable entre los jóvenes. Se potenciarán las políticas de erradicación del tráfico y consumo de drogas nocivas para la salud.

Por su parte, la “Ley para la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes” publicada en el Diario Oficial de la Federación (2000) y reformada en 2014, menciona el derecho a la salud en su Capítulo Octavo artículo 28. Cabe destacar que los puntos mencionados en dicho artículo son acciones a las que se comprometen las autoridades competentes, entre las que es posible identificar los siguientes puntos en cuanto a la población adolescente:*

1. Asegurar asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.
2. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
3. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.

* Dicha Ley, considera a los niños y niñas hasta los 12 años de edad, mientras que define como adolescentes al grupo etario comprendido entre los 12 años cumplidos y hasta los dieciocho años. Véase, Cámara de Diputados. Ley para la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. DOF (2000).

4. Establecer las medidas tendientes para prevenir embarazos adolescentes.
5. Disponer lo necesario para que niños, niñas y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición...
6. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan... casos de violencia familiar.

En cuanto a la “Ley de las y los jóvenes del Distrito Federal,”* publicada en el Diario Oficial de la Federación en el año 2000, se asienta el derecho a al salud en el Capítulo IV, artículos 15 al 17:

- a) Art. 15: Todas las y los jóvenes tienen derecho a la protección de la salud, tomando en cuenta que esta se traduce en el estado de bienestar físico, mental y social.
- b) Art. 16: El gobierno debe formular las políticas y establecer los mecanismos que permitan el acceso expedito de las y los jóvenes a los servicios médicos que dependan del gobierno.
- c) Art. 17: El plan debe incluir lineamientos y acciones que permitan generar y divulgar información referente a temáticas de salud de interés y prioritarias para las y los jóvenes, adicciones, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), nutrición, salud pública y comunitaria, entre otros.

Con excepción de esta última ley,[‡] el derecho a la salud plasmado en diversos documentos, está limitado a aquellas acciones de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, las referentes a la salud sexual

* Para operar esta Ley se define a los jóvenes en dos dimensiones: los menores de edad (entre 14 y 18 años) y los mayores de edad (entre 18 y 29 años). Cfr. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de las y los jóvenes del Distrito Federal (GODF, 2000).

‡ Que menciona en la sección primera del Capítulo IV “Del derecho a la salud” las siguientes fracciones: Art. 17 Bis: El gobierno deberá realizar campañas permanentes e intensivas, dirigidas a las y los jóvenes, a fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos alimenticios. Art. 17 Ter: Las y los jóvenes podrán solicitar información y atención a la Secretaría de Salud del Distrito Federal para conocer las medidas de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, así como de los trastornos alimenticios. Art. 17: La Secretaría de Salud deberá proporcionar atención a las y los jóvenes que padezcan sobrepeso, obesidad y cualquier trastorno alimenticio así como anorexia y bulimia. Para ello el gobierno deberá destinar recursos presupuestales suficientes para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, así como de los trastornos alimenticios entre las y los jóvenes del Distrito Federal.

y reproductiva y al acceso a servicios de atención a la salud. No hay, por ejemplo, alguna mención en torno a la responsabilidad del Estado para abordar de manera integral, otros problemas de salud en la población joven, como las enfermedades crónicas y degenerativas, particularmente obesidad y diabetes mellitus, así como los problemas de salud derivados de violencias, accidentes y agresiones. Otro problema existente, es que aún cuando exista la reglamentación oficial, es necesario dotar a las instituciones de salud de infraestructura necesaria para atender dichos problemas y de capacitación adecuada para los profesionales de la salud, pues de lo contrario, la insuficiente disponibilidad de servicios, las dificultades en el acceso y la falta de aceptabilidad, constituyen vacíos fundamentales que obstruyen el ejercicio y la materialización del derecho a la salud en la población joven.

III. Desigualdades sociales y pobreza en los jóvenes

México –a diferencia de la mayoría de los países latinoamericanos– ha continuado por la ruta neoliberal, trazada desde los años ochenta y profundizado su articulación subordinada a la globalización hegemónica. La ruta neoliberal, definida por los sucesivos gobiernos desde 1982, ha debilitado la capacidad económica del país, reducido su soberanía e incrementado la desigualdad social, limitando el margen de actuación del Estado para garantizar el bienestar de la población (López, Rivera y Blanco, 2011). La crisis económica más reciente (2009-2010) impactó de forma muy grave a México, resultando uno de los países más afectados y con menor capacidad de recuperación de toda la región latinoamericana.

En niveles de pobreza, hacia 2005 la población joven entre quince y veinticuatro años en América Latina (promedio simple de dieciocho países) alcanzaba un índice de pobreza del 38,9% y de indigencia del 13,5%, siguiendo de cerca los promedios para el conjunto de la población, con niveles similares a los de 1980 (Hopenhayn, 2008). Para 2010, las cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2010) señalaban que entre 2008 y 2009 la pobreza en Latinoamérica mostró un leve

aumento, equivalente a un aumento de 0.1 puntos porcentuales, mientras que la pobreza extrema incrementó 0.4 puntos porcentuales. Para 2010 se estimaba que – en general - la pobreza se encontraba debajo de los niveles de 2008 e incluso en países como Brasil que lograron una reducción importante de la pobreza. En contraste, en México entre 2006 y 2010, se suman a la pobreza 23 millones de personas y se incrementa la pobreza laboral (CONEVAL, 2011). Esta situación impacta negativamente la calidad de vida y la salud de la población general y de manera específica a los jóvenes mexicanos, mostrando un escenario poco halagüeño en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

En 2010 el Censo Nacional de Población y Vivienda (INEGI, 2011) reportó que en nuestro país había más de 36.2 millones de personas entre 12 y 29 años de edad, las cuales representaban 32.2 por ciento de la población total del país. En contextos de pobreza, la mayoría de la población es afectada, sin embargo, en algunos grupos la vulneración de derechos se magnifica (López, Rivera, Delgado y Blanco, 2012). En el caso de los jóvenes, los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestran que en 2008, 14.9 millones de hombres y mujeres de 12 a 29 años (es decir, 14.0 por ciento de la población total) se encontraban en pobreza multidimensional y tenían, en promedio, 2.7 carencias sociales. (Tabla 1). La falta de acceso a seguridad social, a servicios de salud y a la alimentación son las carencias sociales más frecuentes en este grupo etario. Las entidades federativas que concentraban en 2008 el mayor porcentaje de jóvenes en condición de pobreza multidimensional fueron Chiapas, Guerrero, Puebla y Oaxaca (CONEVAL, 2009).

En 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reportó que en México residían 31 millones de jóvenes de 15 a 29 años, cifra que representa 26.5 por ciento de la población total (INEGI, 2013). Datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el CONEVAL, muestran que en 2012, 21.2 millones de personas entre 0 a 17 años (53.8 por ciento) se encontraban en situación de pobreza; mientras que 4.7 millones de personas en el mismo rango de edad (12.1 por ciento) se encontraban en situación de pobreza extrema. Los datos

Tabla 1. Indicadores de pobreza y carencias sociales en la población de 12 a 29 años (porcentaje). México, 2008

Indicadores de incidencia	Porcentaje de jóvenes de 12 a 29 años			Porcentaje de la población total
	12 a 17 años	18 a 29 años	Total	
Población en situación de pobreza multidimensional	48.2	39.5	42.9	44.2
Indicadores de carencias sociales¹				
Rezago educativo	14.1	20.7	18.1	21.7
Acceso a los servicios de salud	40.5	47.5	44.7	40.7
Acceso a la seguridad social	66.2	69.1	68.0	64.7
Calidad y espacios de la vivienda	20.6	16.5	18.1	17.5
Acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.2	17.0	19.1	18.9
Acceso a la alimentación	25.9	19.4	22.0	21.6

¹ Se reporta el porcentaje de la población con cada carencia social.

Fuente: Adaptado de Cuadros del Comunicado del Día Internacional de la Juventud. Estimaciones del INEGI/CONEVAl con base en el MCS-ENIGH, 2008.

globales muestran que este grupo etario presenta niveles de pobreza mayores que otros grupos poblacionales; los grupos de 18 a 64 años y de 65 y más años que viven en condiciones de pobreza representaron en 2012, 40.7 por ciento y 45.8 por ciento de la población total, respectivamente. Cuando se desagregan los datos por sub-grupos de edad, se observa que del total de la población de 0 a 17 años que vive en condiciones de pobreza, los menores de 1 año representan 54.6 por ciento, los niños de 2 a 5 años representan 56.4 por ciento, los escolares entre 6 y 11 años representan 55.6 por ciento, y finalmente, los adolescentes entre 12 y 17 años representan 50.1 por ciento, cifra que muestra un menor nivel de pobreza en comparación con el resto del grupo. (CONEVAL/UNICEF, 2014). El criterio etario presente en este reporte, limita el abordaje integral de la población joven, considerada de acuerdo al Instituto de la Juventud, entre 12 y 29 años de edad.

De acuerdo con De Oliveira y Mora (2008), las persistentes desigualdades sociales y las condiciones de pobreza, moldean las trayectorias de vida de los jóvenes y el tránsito hacia la vida adulta. Lo que significa que la experiencia y las estrategias derivadas de estas condiciones, asumen características muy heterogéneas entre jóvenes de distintos estratos sociales. Algunos procesos como la incorporación al mercado laboral, la salida de la casa de los padres y la formación de un nuevo núcleo familiar, muestran aspectos de la complejidad en la transición joven-adulto, principalmente cuando se analiza la ocurrencia de cada proceso. Las desigualdades sociales se expresan en la salida de los jóvenes a edades más tempranas, en forma precaria y bajo presiones de tipo económico, social y emocional y sus derechos son vulnerados por el acceso insuficiente a satisfactores esenciales, bienes y servicios que contribuyan a mejorar globalmente sus condiciones de vida.

Estas transiciones precarias se constatan con datos del Consejo Nacional de Población que señala que “la mayor parte de la población joven ocupada vive en los estados del Centro y Sur-Sureste del país, que agrupan 26.2 y 29.3 por ciento, respectivamente... que los adolescentes ocupados se concentran principalmente en la segunda región, mientras los jóvenes de mayor edad lo hacen en la primera. De lo anterior, podría inferirse que la participación de los adolescentes en el mercado laboral se asocia con situaciones socioeconómicas de mayor precariedad y menor desarrollo de los mercados locales de trabajo, pues las entidades que componen la región Sur-Sureste se caracterizan, entre otros aspectos, por presentar altos niveles de marginación social” (CONAPO, 2011:27).

Las desigualdades sociales son expresiones de la distribución inequitativa de los bienes producidos socialmente, la educación, la alimentación, el empleo y la seguridad son algunos derechos que se encuentran interrelacionados con el de la salud. México, caracterizado por contextos de incertidumbre y marcados contrastes sociales, la situación de los jóvenes expresa con claridad, las desventajas y la vulneración de sus derechos.

Esto es relevante pues los años de juventud son decisivos para perpetuar o contener la exclusión social. En estos años, se acumulan capacida-

des y redes de relaciones que se utilizan para insertarse en el mundo del trabajo, se accede a decisiones más autónomas y se transita hacia el ejercicio de la ciudadanía. Es decir, la juventud como condición relacional, determinada por la interacción social y cuya base es la edad procesada por la cultura, es un periodo crucial de la biografía de las personas para el logro de vidas productivas y participativas y requiere la inclusión social en varios sentidos: el acceso a satisfactores esenciales, la titularidad efectiva de ciudadanía política, civil y social y el desarrollo de capacidades para el ejercicio de libertades (Hopenhayn, 2008).

El aumento de pobreza, la precarización del empleo, el aumento del desempleo, la desarticulación de las instituciones de protección social y la primacía de los mercados y los consumidores por encima de los ciudadanos, generan cambios en la perspectiva de los sujetos que quedan tempranamente responsabilizados de su propia suerte en sociedades políticamente adultocéntricas y culturalmente juvenilizadas (Balardini, 2000). En donde los jóvenes enfrentan dificultades crecientes para acceder a satisfactores esenciales de educación, salud y alimentación-nutrición, entre otros.

Históricamente, los jóvenes han sido un grupo olvidado en la formulación de políticas sociales que busquen mejorar sus condiciones de vida. Recientemente, se ha enfatizado que las políticas sociales basadas en un enfoque de derechos pueden constituir una vía factible para disminuir las desigualdades en la medida en que los sujetos se configuren como ciudadanos poseedores de derechos exigibles y que el Estado se comprometa a protegerlos, garantizarlos y promoverlos (Jusidman, 2009). Los años de juventud, son esenciales para la formación personal, la construcción de capacidades, la autonomía e independencia y la configuración de futuros posibles. Son también, años de incertidumbre y de acelerados cambios psicobiológicos que requieren acompañamiento y cuidado. La juventud, puede considerarse como un período de transiciones personales, familiares, escolares y laborales hacia la adultez. La forma en que se experimenten estas transiciones condicionará sus posibilidades de inclusión e integración social futuras (Saraví, 2009).

IV. Indicadores de salud y atención en población joven

Los indicadores de acceso a servicios muestran un panorama poco halagüeño para los jóvenes. La falta de acceso a seguridad social y a servicios de salud son las carencias sociales que presentan las mayores proporciones en este grupo etario. Destaca que el 64.7 por ciento de la población entre 12 y 29 años carece de seguridad social y que el 40.7 por ciento no tiene acceso a servicios de salud (CONEVAL, 2009). En general, se supone que la población joven es saludable y que no presenta graves problemas de enfermedad; sin embargo, la información sobre mortalidad y morbilidad en este grupo muestra un panorama de alta complejidad que requiere de políticas públicas intersectoriales y específicas para enfrentar los distintos problemas de salud de los jóvenes.

En los varones destaca como cuarta causa de mortalidad, la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se presenta mayormente en el grupo de 25 a 29 años, aunque sigue siendo un grupo muy joven que muere por esta causa, es probable que el contagio de la enfermedad ocurra en etapas tempranas de la vida, lo que puede apuntar hacia insuficiente información y un acceso limitado a servicios de atención a la salud que garanticen el tratamiento oportuno de la enfermedad en etapas posteriores. En la población femenina, destaca que a partir de la cuarta causa de muerte, se presentan las enfermedades crónicas, entre ellas la leucemia seguida de la diabetes mellitus. La leucemia se presenta mayormente en el grupo de 15 a 19 años (5.6 por ciento del total de defunciones en este grupo) y la diabetes produce el 3.8 por ciento del total de muertes en población entre 25 a 29 años (INEGI, 2013).

Estos datos contrastan con los obtenidos para años anteriores, por ejemplo, en 2007 se registró como principal causa de muerte entre los jóvenes varones a los accidentes, seguido de las lesiones, tumores malignos, infecciones parasitarias y las cardiovasculares. Mientras que entre la población femenina, la primera causa de muerte fueron los accidentes, pero el orden se invierte para los tumores malignos y las lesiones, seguidas de las casusas maternas y las infecciones parasitarias. (CONAPO/SEGOB, 2010).

Para 2008-2009, el incremento de las muertes violentas es muy acelerado y rompe con la tendencia sostenida de los 20 años previos. En dos años, la tasa nacional vuelve a los niveles de 1991, en 2008 incrementa un 50 por ciento y en 2009 otro 50 por ciento. Además, las muertes violentas en los últimos 20 años se desplazan del centro y sur hacia el oeste, el noroeste y la frontera con Estados Unidos. En 2008 y 2009 se confirma esa tendencia e incluso se acentúa la concentración: el porcentaje de homicidios que corresponde a la frontera y el noroeste aumenta considerablemente (Escalante, 2010). Para 2008, los datos del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) reportaron que 4 de cada 10 jóvenes entre 15 y 29 años que mueren, fallecen por causas violentas, siendo el homicidio la primera de ellas, mientras que el 13 por ciento de las muertes es causado por accidentes viales. Los homicidios son segunda causa de muerte para este grupo en el país y primera causa en algunos estados (CONADIC/INSP, 2010).

Tabla 2. Distribución porcentual de las defunciones de los jóvenes por sexo y grupo quinquenal de edad según causa de mortalidad.¹ Nacional, 2011.

Causas de mortalidad	Total	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Hombres	100.0	100.0	100.0	100.0
Agresiones	33.0	29.4	34.3	34.2
Accidentes de transporte	16.2	17.9	17.5	13.9
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6.6	8.3	7.0	5.2
Enfermedad por VIH	2.9	0.4	2.1	5.1
Ahogamiento y sumersión accidentales	2.2	3.3	2.2	1.5
Enfermedades isquémicas del corazón	1.8	0.9	1.7	2.5
Las demás causas	37.3	39.8	35.2	37.6

Mujeres	100.0	100.0	100.0	100.0
Agresiones	11.4	10.7	11.9	11.6
Accidentes de transporte	10.8	11.3	11.4	9.7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6.6	9.4	6.3	4.4
Leucemia	4.0	5.6	4.0	2.7
Diabetes mellitus	2.7	1.6	2.6	3.8
Malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas	2.7	2.9	3.3	1.9
Las demás causas	61.8	58.5	60.5	65.9

¹ Lista especial de tabulados (tabulación 1 para la mortalidad) CIE-10.
Fuente: INEGI, 2013.

En 2011, la primera causa de muerte entre la población joven fue por agresiones, presentándose tanto en hombres y mujeres (aunque en menor proporción en estas últimas) y siendo el grupo de 20 a 24 años el que presentó mayor porcentaje (Tabla 2). Tanto hombres como mujeres comparten las 3 primeras causas de muerte: agresiones, accidentes y lesiones autoinfligidas intencionalmente. Esta última causa de muerte, presente en ambos sexos, es mayor en el grupo de 15 a 19 años (8.3 por ciento para varones y 9.4 por ciento en mujeres), situación que muestra un panorama alarmante de muerte por lesiones. Como quinta causa de mortalidad se ubican el ahogamiento y sumersión accidentales. Conviene incluir una referencia a la reducción de la esperanza de vida por el efecto de estas muertes.

En 2012, el INEGI engloba a las muertes violentas como “causas externas” y abarca a los accidentes, los suicidios, homicidios, lesiones por intervención legal y de guerra, así como aquellas que se ignora si ocurrieron de manera accidental o intencional y autoinfligida. En 2011, 12.8 por ciento de las defunciones totales fueron por causas violentas, de las cuales 31.7 por ciento ocurrieron en el grupo de 15 a 29 años, y en este grupo 86.1 por ciento se presentó en la población masculina. Destaca que 44.2

por ciento de las muertes violentas ocurrieron por homicidio (73.2 por ciento por arma de fuego, 11.8 por ciento por armas punzo-cortantes y 5.6 por ciento por sofocación); 38.4 por ciento por accidentes, y 10.4 por ciento por suicidios. (Tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad por “causa externa” en jóvenes de 15 a 29 años según ocurrencia. Nacional, 2011.

Causas externa	Porcentaje
Nacional para el grupo de edad	31.7
Homicidio (de las cuales):	44.2
Lesiones con arma de fuego	73.2
Armas punzo-cortantes	11.8
Sofocación	5.6
Accidentes (de los cuales):	38.4
De transporte	61.5
Ahogamiento y sumersión	7.6
Caídas	3.2
Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas	2.8
Por exposición al humo, fuego y llamas	1.2
Suicidios	10.4

Fuente: INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos nacionales.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, los datos muestran que la población adolescente (12 a 17 años de edad), aumentó significativamente el consumo de alcohol. De tal manera que el indicador de “consumo alguna vez” pasó de 35.6 por ciento en 2002 a 42.9 por ciento en 2011. En “el último año” pasó de 25.7 por ciento a 30 por ciento y en el “último mes” de 7.1 por ciento a 14.5 por ciento, para los mismos años. (CONADIC/INSP, 2012). En el periodo 2002-2011, el consumo diario de alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó, pero aumentó significativamente el índice de adolescentes dependientes del alcohol (de 2.1 por ciento a 4.1 por ciento, respectivamente). Esta

tendencia se observa entre hombres y mujeres, aunque destaca que la dependencia se duplicó en los varones (3.5 a 6.2 por ciento), mientras que se triplicó en las mujeres (0.6 a 2.0 por ciento).

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), muestran que en 2011, más de la mitad de las personas que consumieron alcohol (55.2 por ciento), lo hicieron por primera vez a los 17 años o menos, cifra que en 2008, representaba 49.1 por ciento de las personas. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 18 años y se ha mantenido estable en el periodo mencionado. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 20 a 29 años. Destaca que el patrón de consumo típico de bebidas alcohólicas es de grandes cantidades por ocasión de consumo, lo que significa que aunque la población beba con poca frecuencia, cuando lo hace ingiere cantidades excesivas. Además, se reconoce una estrecha relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la ocurrencia de accidentes. Se estima que en 2010, uno de cada 100 hombres y una de cada 200 mujeres de 15 a 19 años, sufrieron daños a su salud como resultado de un accidente.

El tabaquismo, definido como un consumo de más de cien cigarrillos en la vida de una persona, está presente en 2.5 por ciento de los jóvenes mexicanos. La prevalencia en el consumo de tabaco (haber fumado alguna vez en la vida) es de 14.9 por ciento entre la población adolescente y la edad promedio de inicio en el consumo de tabaco fue de 13.7 años en este mismo grupo etario (CONADIC/INSP, 2010). En conjunto, los trastornos psicológicos y las adicciones son problemas de salud poco atendidos en los jóvenes. Una revisión de las estrategias específicas de salud para los jóvenes, indica que las políticas de atención a la salud mental de este grupo son limitadas.

El Plan Nacional de Juventud menciona tres estrategias principales para atenderlos: 1) Diseño y la aplicación de campañas para la prevención de la depresión, el suicidio, 2) Prevención de estos problemas en la educación secundaria y media superior y 3) Atención y tratamiento de las adicciones, a través de campañas de salud y centros de atención y prevención. A pesar de que en los tres casos se habla de la participación

de los diversos niveles de gobierno, así como de la co-responsabilidad de la familia, las comunidades, los medios de comunicación, la sociedad civil y el sector privado, se pone mayor énfasis en la familia, la escuela y la comunidad para la prevención y atención de dinámicas de riesgo que rebasan estos espacios (Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2010). Respecto a la prevención de accidentes existen campañas genéricas de educación vial (“conduce sin alcohol”) y dispositivos de disuasión para evitar el consumo de alcohol cuando se maneja un vehículo automotor que penalizan esta conducta, como el alcoholímetro.

Estos datos muestran la necesidad de la intervención del Estado a través de las autoridades sanitarias para hacer efectivo el derecho a la salud, promoviendo intervenciones de salud colectiva que consideren diversas dimensiones del complejo panorama socio sanitario que afecta a los jóvenes en México, en donde destaca la situación de violencia general que vive el país desde hace varios años y que afecta gravemente a este grupo etario.

Referencias

- Balardini S. (2000). “De los jóvenes, la juventud y las políticas de juventud”. *Última Década*, Vol. 8(13):11-24.
- Caballero JA (s/f). “Derechos de los jóvenes”. Publicación interna del Instituto de Investigación Jurídicas, UNAM. Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. pp. 49-58.
- CEPAL (2010) Panorama Social de América Latina 2010. Documento Informativo. Naciones Unidas/CEPAL.
- CONADIC/INSP (2010 y 2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2008 y 2011. Consejo Nacional Contra las Adicciones/Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- CONAPO (2011) “¿A qué se dedican los jóvenes en México? Análisis de la condición de actividad de la población de 14 a 29 años de edad”. La situación demográfica de México 2011. Consejo Nacional de Población. Dirección de Estudios Sociodemográficos, pp. 23-40.
- CONAPO/SEGOB (2010). La situación actual de los jóvenes en México. Consejo Nacional de Población/Secretaría de Gobernación. Serie de documentos técnicos. México, Distrito Federal: 1° Edición.
- CONEVAL (2009). Cuadros del Comunicado del Día Internacional de la Juventud. Dirección de información y comunicación social. México: CONEVAL.
- CONEVAL (2011). Informe sobre los resultados de la medición de la pobreza 2010. Dirección de información y comunicación social. México: CONEVAL.
- CONEVAL, UNICEF (2014). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012. México: CONEVAL, UNICEF.

- ONU (1989) Convención sobre los derechos del niño. Naciones Unidas, del 20 de noviembre.
- Sociedad de las Naciones (1924). Declaración de Ginebra sobre los derechos de los niños. Ginebra, 28 de febrero.
- De Oliveira O, Mora SM (2008). Desigualdades sociales y transición a la adultez en el México contemporáneo. *Papeles de Población*, julio-septiembre. Núm. 057: 117-152.
- DOF (2009) Diario Oficial de la Federación del 29 de mayo de 2000: Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Última Reforma 02 de abril de 2014.
- DOF (2012). Diario Oficial de la Federación del 9 de febrero de 2012: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma.
- Diario Oficial de la Federación 6 enero de 1999: Decreto por el que se crea la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. Última Reforma.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 25 de julio de 2000: Ley de las y los jóvenes del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura.
- Gaceta del Gobierno del Estado de México 31 de agosto de 2010: Ley de la Juventud del Estado de México.
- Escalante F (2010) Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso. NEXOS en línea. Núm. 397.
- Hopenhayn M. (2008) “Inclusión y exclusión social en la juventud latinoamericana” La juventud ante el desafío de la inclusión y la amenaza de la exclusión. *Pensamiento Iberoamericano* Núm. 3:49-71
- INEGI (2011). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
- INEGI (2008 y 2013). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Datos Nacionales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
- Jusidman C; Marín O. (2008). “Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales”. *Incide-social A. C.* Ponencia presentada en el IX Seminario de política social. Las perspectivas del universalismo en México. México, Guadalajara: 18 y 19 de noviembre.
- López O, Rivera JA, Blanco J (2011) “Determinantes sociales y salud en México. Cambios, rupturas y perspectivas en el siglo XXI”. En: Contreras ME y Chapela C (coordinadoras) *La salud en México. Pensar el futuro de México*, Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias, México: UAM, 93-123.
- López O, Rivera JA, Delgado VI, Blanco L (2012) “Pobreza, salud, educación y alimentación en jóvenes mexicanos: una aproximación desde los derechos humanos”. *Revista Salud Problema*, Segunda Época Año 6 (11):8-24.
- Margulis M. (2001). “Juventud: aproximación conceptual”. En: Burak SD (Comp). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago/Libro Universitario Regional. pp. 41-56.
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos (2009). *Marco jurídico Internacional*. México, Incide Social. Disponible en: <http://incidesocial/observatorio>
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos (2010). *Año internacional de la juventud. Jóvenes y salud mental en México*, Incide Social. Disponible en: <http://incidesocial/observatorio>
- OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). Asamblea General de la OEA, 18 Periodo de Sesiones. San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Organización Iberoamericana de Juventud (2005). “Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes”. Acta final.
- Saraví G. (2009). “Desigualdad en las experiencias y sentidos de la transición escuela-trabajo”, Papeles de Población, 15(59):83-118

El derecho a la salud de niños y niñas

Victoria Ixshel Delgado Campos

I. Infancia y niñez, aproximación conceptual

El estudio de las condiciones de salud y de alimentación de la población infantil no es un tema reciente ni nuevo en la historia de las grandes luchas por la salud de la población mexicana. La mortalidad infantil es un indicador de desarrollo social que se constituyó como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000 (Torres y Mújica, 2004). La situación de la infancia ha motivado su abordaje desde diversas perspectivas teóricas y miradas epistemológicas y constituye uno de los grandes pilares de la política pública en materia de salud en México. Este interés, ha colocado a esta etapa de la vida en el centro del debate entre salud, sociedad y acción social y es ejemplo de las grandes coyunturas y tensiones en la relación Estado-sociedad que se expresa en miradas específicas para comprender la infancia.

Desde la mirada de la medicina social, la salud en la infancia como construcción conceptual, tiene una naturaleza social y biológica en cuanto a su determinación; asume una perspectiva individual y colectiva en cuanto a su abordaje y requiere una mirada histórica para comprender las relaciones que entraña en cuanto proceso dinámico y específico de una sociedad en un momento dado, cuyos aspectos culturales, políticos y económicos aportan el marco de interpretación contextual. Pese a que

la niñez e infancia pueden abordarse desde diversas aproximaciones, la gran mayoría coincide en que *el cuidado, la protección y la intervención-asistencia* constituyen elementos que subyacen a toda política pública en pro de los derechos de la infancia. No obstante, hablar de niñez e infancia implica cuando menos una diferenciación conceptual básica; de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (RAE) se entiende por infancia, una etapa del ciclo vital humano, es decir el periodo comprendido entre el nacimiento y la pubertad, también el primer estado de una cosa después del nacimiento y el conjunto de los niños de este grupo etario; proviene del latín *infantia* cuyo significado esencial sugiere la incapacidad de hablar. Los *infans* o *infantis* son aquellos niños no mayores de los siete años de edad; también alude al título real que se otorga a un pariente del rey, generalmente los hijos legítimos, e incluye la posición de soldado “que sirve a pie”. La RAE considera a la niñez e infancia bajo estas mismas connotaciones. Hablar de niño o niña implica, además de lo anterior, a quienes “tienen pocos años”, “tienen poca experiencia”, o “que obran con poca reflexión”. De acuerdo con Wasserman (2001) (citada en Pavez, 2012), el concepto de infancia asume un doble valor; por un lado es un lugar privilegiado en tanto alude a una posición de realeza, pero por otro es una condición de subordinación social (servidumbre). En ambos casos el común denominador es la “incapacidad” de hablar, que en palabras de la autora dicha incapacidad refiere más bien a quienes no tienen permitido hablar –dada su posición social–no tanto a quienes carecen de este atributo por algún impedimento físico o de otro tipo (Pavez, 2012). Por ejemplo, la palabra niña también se utiliza para aludir a la pupila del ojo y su connotación en latín refiere a una persona “huérfana menor de edad y que está bajo la autoridad de un tutor”. La indefensión y la incapacidad son conceptos atribuidos históricamente a la niñez que están presentes en la legislación de los países cuando se habla de derechos de la infancia.

Pavez (2012), entiende a la infancia como un espacio socialmente construido, que es objeto y unidad de análisis de las ciencias sociales, mientras que la niñez sugiere al grupo social que conforman niños y niñas. Otros autores como Gaitán (2006), delimitan el concepto de infancia como una

condición social dada por una construcción cultural e histórica diferenciada, cuya característica principal son las relaciones de poder, mientras que niños y niñas serían los sujetos sociales que se desarrollan en dicho espacio social. La comprensión de la infancia como construcción social se ha interpretado históricamente a partir de sus relaciones con otros espacios sociales como la familia y la escuela (Pavez, 2012), desde una visión reduccionista de infancia se considera un momento de transición hacia la adultez, es decir, una etapa de socialización preparatoria a la vida adulta, o un momento “presocial” caracterizado por etapas diferenciadas del desarrollo biológico y mental, por lo que niños y niñas son seres biológicos, incapaces e inmaduros. Esta mirada coloca a los niños como seres naturales y presupone comportamientos deseables y normativos acerca de los roles sociales en esta etapa. Es claro que la infancia es una etapa de cambios físicos y biológicos, pero este enfoque no es suficiente para comprender y explicar otras dimensiones de la vida social en la infancia actual, sobre todo cuando dichos cambios ocurren en contextos específicos de clase social, género, generación y grupo étnico de pertenencia.

Desde el campo tradicional de la salud pública, se ha definido a la infancia a partir de su clasificación como grupo etario, considerando aspectos como sexo y edad; en donde el cambio entre niñez y juventud, por ejemplo, está determinado por aspectos propios del crecimiento y desarrollo biológico. El modelo hegemónico de la salud, conserva las ideas de dependencia y asistencia para definir a los infantes clasificándolos como grupo vulnerable igual que los adultos mayores, las mujeres y los indígenas, atribuyendo al lugar de residencia y al nivel socioeconómico de los hogares la condición de vulnerabilidad, pero desdibujando un análisis estructural sobre la determinación social de la vulnerabilidad. Desde el punto de vista jurídico, prevalece la idea de niño y niña en función del criterio etario, considerándose niño aquel menor de edad con restricciones en la capacidad de ejercicio.* Incluso en los Documentos Internacionales

* El Código Civil para el Distrito Federal señala que la capacidad de ejercicio se adquiere a partir de los 18 años de edad y se refiere a la libertad para decidir sobre la persona y sus bienes; así cuando la persona es “menor de edad” se considera “incapaz” por lo que requiere la guarda y custodia de un adulto. Cabe mencionar que fuera del criterio etario, la legislación mexicana es ambigua sobre una definición clara de niñez.

sobre derechos de los niños aún se observan discrepancias en la diferenciación entre niñez y juventud. No es objeto de este trabajo realizar una revisión exhaustiva de estas diferencias, pero si resulta de interés mostrar que analizar la situación de la infancia en el país, requiere una mirada que supere la definición de grupo etario y articule un análisis profundo sobre la organización social y sus determinaciones políticas, culturales e ideológicas en torno a los derechos de los niños.

De acuerdo con Ballester y Balaguer (1994), la infancia también se ha definido en cada momento histórico según la conformación social específica, así, en la época premoderna, prevalece la idea romántica e ideal de niñez en función de los conceptos de inocencia y pureza. Perspectiva que se modifica con la Revolución Industrial y que caracteriza por primera vez al *niño como trabajador*, sujeto de explotación a quien se le exige se incorpore al mundo laboral adulto y abandone su etapa “de inocencia”. La mortalidad infantil en los inicios del siglo XX, también modificó la forma de pensar la niñez, en donde conceptos como *enfermedad, miseria, hambre y muerte* comienzan a tener un peso relevante para explicar la situación general de la infancia a principios de siglo. Posteriormente, en la sociedad burguesa clásica, el sistema educativo y la escuela como institución, caracterizó al *niño como estudiante*, el ámbito escolar se conformó en un espacio de relaciones de poder que expresa la contradicción de la lucha de clases. La creación de lugares de formación que brindarían a los estudiantes habilidades y ciertos conocimientos, les permitía insertarse de manera continua al modo de producción capitalista. Paulatinamente, de ser un espacio cerrado y orientado a la burguesía, el sistema escolar se masificó convirtiéndose en un espacio productor de *juventudes* con características homogéneas en cuanto al término de estudiante, pero claramente desiguales en contextos como el latinoamericano donde la infancia y la juventud se fragmentan y diversifican en el periodo actual de globalización neoliberal (López et al, 2012).

En este trabajo se analiza la infancia como una estructura social específica, no como una fase transitoria entre etapas, sino una categoría permanente, que requiere un tratamiento propio aunque articulado con

otros espacios sociales. Es un hecho que niños y niñas son un grupo social que requiere protección, tutela y cuidado por parte de la sociedad, tal como lo expresa la Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño de 1924; “*la humanidad debe al niño lo mejor que esta pueda darle*”. Este documento visibiliza por primera vez, el compromiso del Estado con la integridad y bienestar de los niños. Sin embargo, en sociedades occidentales, adultocéntricas en cuanto a los espacios de decisiones, pero juvenilizadas en el discurso, la infancia ha sido considerada históricamente una minoría sujeta a marginación y exclusión. Este panorama muestra una gran diversidad de *maneras de crecer* en México, la infancia no es homogénea entre la población mexicana ni ocurre bajo las mismas condiciones sociales, culturales, familiares, educativas y económicas. La posibilidad de crecer plena y satisfactoriamente, demanda la participación de la sociedad para accionar estrategias que no consideren a los niños y niñas como un grupo homogéneo, sino que reconozcan que la salud, la educación, la alimentación, la vivienda y un ambiente familiar y social pleno, más que decisiones individuales, son, principalmente garantías del Estado.

II. Marco del derecho a la salud de niños y niñas mexicanos

Como se mencionó en el párrafo anterior, la Declaración de Ginebra fue el primer documento que reconoce y afirma la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas, pero fundamentalmente, hace visible la responsabilidad de los adultos y la sociedad hacia ellos. Este documento firmado en 1924, seis años después del término de la Primera Guerra Mundial, advirtió la necesidad de protección especial para la infancia a través de cinco postulados fundamentales:

El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual.

El niño hambriento debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser atendido, el niño deficiente debe ser cuidado, el niño desadaptado debe ser radicado, el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y ayudados.

1. El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
2. El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier explotación.
3. El niño debe ser educado inculcándole el sentido del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo.

La Declaración de Ginebra fue un hito histórico en la formulación de derechos de niños y niñas, pese a que su contenido se muestra en un nivel muy general y que carece de fuerza vinculante para los Estados. Después de terminada la Segunda Guerra Mundial, se funda Naciones Unidas (ONU), organización de carácter global cuyo propósito fundamental es la cooperación entre naciones en asuntos de derecho internacional, la paz y seguridad, el desarrollo económico y los derechos humanos. A partir de la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, varios Estados miembros de la ONU solicitaron la creación de un documento internacional que vinculara legalmente a los Estados que ratificaran dicha Declaración. Así es como en 1959 se firma y aprueba la Declaración de los Derechos del Niño de manera unánime por 78 Estados miembros de la ONU. La Declaración de 1959, ratifica lo enunciado en la Declaración de Ginebra y añade 10 principios bajo el siguiente preámbulo:

...Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que este pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios: (ONU, 1959: 141)

1. Derecho a no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas, nacionalidad, posición económica.
2. Derecho a la protección que permita el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social, en forma saludable, en condiciones de libertad y dignidad.
3. Derecho a un nombre y una nacionalidad desde el nacimiento.

4. Derecho a gozar los beneficios de la seguridad social, derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin se deberá proporcionar tanto a él como a la madre, cuidados especiales, atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
5. El derecho a una educación y a un tratamiento especial para los niños que se encuentren física y mentalmente impedidos.
6. El derecho a crecer y desarrollarse en un ambiente de afecto, amor y comprensión; de seguridad moral y material, de ser posible, bajo el amparo y responsabilidad de sus padres. Salvo en circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar a los niños sin familia o sin medios de subsistencia.
7. El derecho a recibir educación gratuita y obligatoria al menos en las etapas elementales. El derecho a la recreación y al juego.
8. El derecho a recibir protección y socorro antes que otros.
9. El derecho a ser protegido contra cualquier forma de explotación, abandono, crueldad, o cualquier tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada, ni tampoco realizar empleo alguno que perjudique su salud, educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.
10. Derecho a ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal.

El interés específico por la salud de los niños y las niñas se observa en el segundo principio de la Declaración de Ginebra y en el cuarto principio de la Declaración de los Derechos del Niño. En estos documentos ya se observa la vinculación entre diversos derechos, pues se reconocen como elementos necesarios para una salud adecuada, la alimentación, la atención y cuidado médico, la vivienda, la protección y el recreo. Sin embargo, ambos documentos carecen de una definición clara de niño o de la duración de la infancia cuando menos. Tampoco es suficientemente claro el concepto de “buena salud”, por ejemplo. Es hasta la Convención de los Derechos del Niño (CDN) en 1989, que se enuncia claramente una definición de niño: “se entiende por niño todo ser humano menor de

dieciocho años de edad” (ONU, 1989). En el plano internacional, la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966), así como el Protocolo de San Salvador (OEA, 1988), ratifican una serie de derechos vinculatorios con los establecidos en la Convención de los Derechos del Niño. México ratificó dicha convención en septiembre de 1990, con lo que asumió su responsabilidad y compromiso con la protección, el cuidado y la garantía de los derechos de niños y niñas del país. Desde entonces, el gobierno mexicano ha reconocido el derecho a la salud, entre otros, a través de la firma de diversos pactos internacionales, artículos constitucionales y leyes específicas. Las condiciones de salud de la población infantil son expresiones concretas de las formas como se garantizan estos derechos, reconocidos como tales por el Estado mexicano.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce, asimismo, el derecho a la protección a la salud, entendido en el artículo 4º como sigue: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (DOF, 2012a:5). El derecho a la salud de niños y niñas, tiene sustento en el derecho a la salud general plasmado en la Constitución Mexicana. En la Convención de los Derechos del Niño, este derecho se describe en su artículo 24 de la siguiente manera:

Artículo 24.1 Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de estos servicios sanitarios.

Artículo 24.2 Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

1. Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
2. Asegurar la prestación de servicios y asistencia médica, enfatizando la atención primaria en salud;

3. Combatir las enfermedades y la malnutrición... mediante la aplicación de tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos y agua potable.
4. Asegurar la atención prenatal y posnatal apropiada a las madres.
5. Asegurar que todos los sectores de la sociedad, padres y niños conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, ventajas de la lactancia, higiene y saneamiento y las medidas de prevención de accidentes.
6. Acciones de planificación familiar.

(ONU, 1989)

El artículo 4º constitucional sobre el derecho a la protección a la salud, tiene complementariedad con la Ley General de Salud (LGS) y las demás normas aplicables. Asimismo, sentó las bases para que en el año 2000 se anunciara en el Diario Oficial de la Federación, la “*Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*”, cuya última reforma fue publicada en el mes de abril del 2014. Cabe destacar que en este documento de carácter oficial, se considera niño a las personas hasta los 12 años de edad, mientras que los adolescentes son quienes tienen 12 años cumplidos y hasta los 18 años de edad (DOF, 2014a). Se observa también la transición en el discurso, que pasó de la “protección de la salud” al “derecho a la salud”. El artículo 28 así lo señala:

Niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus competencias, se mantendrán coordinados a fin de: reducir la mortalidad infantil, asegurar atención y servicios médicos para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud, fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y de manera complementaria hasta el segundo año de vida, combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada, fomentar los programas de vacunación, ofrecer atención pre y posnatal, atender enfermedades transmisibles, endémicas y epidémicas, establecer medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos, detectar y atender casos de violencia familiar, brindar atención y servicios médicos a niños y niñas con capacidades diferentes (DOF, 2014a:7-8).

El hecho de que el gobierno mexicano reconozca el derecho a la salud de niños y niñas en diversos documentos, marca un avance importante en materia de derechos humanos en el país. Con excepción de la última reforma al artículo 28 de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, este derecho se encuentra todavía limitado a aquellas acciones que promueven de manera individual un “estilo de vida saludable”, se circunscribe a la prevención de enfermedades de vigilancia epidemiológica y aquellas transmisibles con la finalidad de reducir las cifras de mortalidad infantil, como principal indicador de salud general. No se observa, por ejemplo, alguna mención en torno a la responsabilidad del Estado para abordar de manera integral otros problemas de salud en la población infantil, como las enfermedades crónicas, particularmente la obesidad, que muestra una tendencia de aumento entre los niños y niñas en edad escolar. Tampoco se hace alguna mención en torno a la factibilidad de lactar de manera exclusiva* durante los primeros seis meses de vida, sobre todo para las mujeres trabajadoras, quienes por ley, solo tienen derecho a un mes de descanso previo a la fecha de parto y dos meses posteriores al mismo. Estos últimos dos meses, son insuficientes para cumplir la recomendación internacional de lactar de manera exclusiva por seis meses, sobre todo, cuando la recomendación general de los profesionales de la salud es que el amamantamiento sea “a libre demanda”, lo que significa, la disponibilidad total de la madre para cada momento de alimentación.

Pese a que en febrero de 2014 se adicionaron y reformaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio de Estado, el apartado B del artículo 123 Constitucional, la Ley del Seguro Social, la Ley del ISSSTE y la Ley de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes (DOF, 2014b); se observan vacíos en cuanto a la operación de dichas reformas. Uno de ellos es que, aun cuando se

* La lactancia materna exclusiva (LME) es definida en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, como la alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

consideran 2 descansos extraordinarios al día durante la lactancia para la extracción de leche o para el amamantamiento, la mayoría de los centros laborales no cuentan con la infraestructura necesaria para la extracción de leche ni tampoco con la capacitación adecuada para ello (el Decreto menciona que se brindará capacitación, pero no dice cómo o a través de que mecanismos) tampoco se considera la viabilidad de llevar al niño al centro de trabajo para que sea amamantado o la posibilidad de conservar la leche extraída en condiciones higiénicas adecuadas, o el tiempo de traslado que implicaría a la madre regresar a su casa, con excepción de los centros laborales que cuentan con estancias o guarderías para tal efecto.

Aun cuando existan las normas oficiales correspondientes, es necesario que el Estado asuma su compromiso y responsabilidad más allá del discurso; asigne a las instituciones de salud la infraestructura para atender dichos problemas, así como establecer los mecanismos de capacitación adecuada para los profesionales de la salud, pues de lo contrario, constituye un vacío fundamental que obstruye el ejercicio y la materialización del derecho a la salud de los niños y niñas del país.

III. Diversas infancias, diversos contextos sociales

Cuando se habla de programas y políticas de salud infantil, es necesario hablar de infancias y no de infancia. Las condiciones en las cuáles crecen los niños y niñas en México, remiten a un panorama diverso y complejo de múltiples determinaciones que abarcan momentos socio-históricos específicos, contextos singulares de cohesión familiar y social, accesos heterogéneos a satisfactores esenciales como vivienda, educación, salud y alimentación, así como formas diversas de construir identidades de género y generación, por mencionar algunos. En este último aspecto, destaca el análisis de Mercer et. al. (2008), quienes colocan en el centro de la discusión el hecho de que la relación entre género y salud se ha abordado tradicionalmente con referencia a la población joven y adulta, invisibilizando aspectos fundamentales de la construcción de género que determinan la salud y el desarrollo desde las primeras etapas de la vida.

De acuerdo con Jusidman y Marín (2008), el derecho a la salud es inclusivo y vinculante pues considera que para su plena garantía, es necesario que la población cuente con acceso a condiciones sanitarias y de vivienda adecuadas, acceso y disponibilidad de alimentos que garanticen una nutrición adecuada, acceso a mejores niveles de educación e información, así como la participación de la población en los procesos de toma de decisiones. Estos son algunos elementos que muestran un panorama complejo y adverso para el cumplimiento de los derechos de los niños, principalmente el derecho a la salud. De ahí, la pertinencia de analizar la situación de la infancia en el país a partir de diversos indicadores de desarrollo social. En este trabajo, se analizan indicadores de pobreza en México.

Nuestro país, tiene una historia importante de crisis en diferentes esferas sociales, económicas y políticas que han impactado la calidad de vida de la población en general y de los niños y niñas en particular. A partir de la implementación de políticas de ajuste y estabilización económica durante los años 80's, el país registró un incremento acelerado de la pobreza con lo que se observó la tendencia hacia una sociedad polarizada y con marcadas condiciones de desigualdad social. La crisis de 2009, impulsada por la desregulación financiera de las economías globales agudizó esta tendencia observada en la disminución de la actividad económica en su conjunto y que se caracteriza entre otros procesos, por un aumento del desempleo, una desigual distribución del ingreso y una mayor inflación general que, aunados al aumento en el precio de los alimentos, deterioran las condiciones de vida de la población y adquieren expresiones concretas en la salud de diversos grupos sociales (López et. al. 2010).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México residían alrededor de 112.3 millones de personas, de las cuales 32.5 millones son niños y niñas de 0 a 14 años de edad, lo que representa 29 por ciento de la población total. A su vez, el grupo de 0 a 5 años de edad está conformado por 10.7 millones de niños y niñas; mientras que el grupo de 6 a 14 años lo conforman 29.8 millones de niños y niñas (INEGI, 2013).

En México, el desarrollo demográfico muestra una serie de cambios en la estructura de su población caracterizados por el aumento en número y

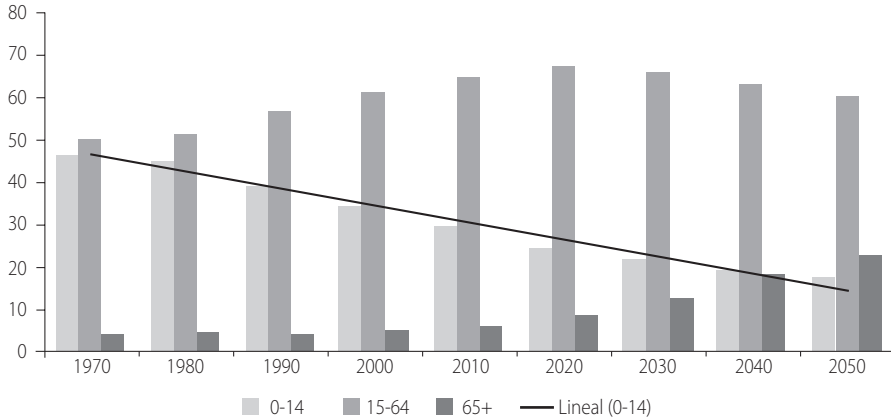
porcentaje de personas de 60 y más años y por el descenso en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad* (Ham-Chande, 1996). Estos cambios coinciden con una fase avanzada de la transición demográfica (CONAPO, 2011) y comenzaron a notarse con mayor claridad a partir de 1970 cuando entró en vigor un conjunto de políticas de población encaminadas al control de la natalidad (Ham-Chande, 1996). A partir de 1970, se observa la disminución de la población en rangos de edad de 0 a 14 años manteniéndose a la baja hasta 2050. El pico máximo de la población entre 15 y 64 años se espera en 2020 para descender paulatinamente, mientras que el grupo de 65 y más años proyecta un gran crecimiento principalmente a partir de 2020 (Gráfica 1).

Los datos sobre pobreza muestran que en el periodo 2008-2010, que coincide con la crisis que vivió el país en 2009, se incrementaron los niveles de pobreza a nivel nacional, pasando de 48.8 millones de personas (44.5 por ciento) a 52 millones de personas (46.2 por ciento) respectivamente. Esto significó un incremento de 3.2 millones de personas (1.6 por ciento) en situación de pobreza (CONEVAL, 2011).

Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), muestran que en 2010 más de la mitad de la población menor de 15 años (56.3 por ciento) se encontraba en situación de pobreza multidimensional, 75.6 por ciento vivía en pobreza moderada y 24.1 por ciento vivía en condiciones de pobreza extrema. Este último grupo son quienes residen en hogares que aún al ocupar el total de su ingreso

* En los estudios sociodemográficos suele clasificarse a la población general en rangos de 0 a 14 años, de 15 a 64 años y de 65 y más años. La población infantil se clasifica, a su vez, en diversos sub-grupos: los menores de 1 año; los niños de 1 a 5 años que generalmente coinciden con la etapa preescolar; y los niños de 6 a 14 años, que coinciden con las etapas escolar y adolescente. No obstante lo anterior, aún no existe consenso entre los expertos para definir cuál es la duración de la infancia. Los Tratados Internacionales sobre derechos de los niños, así como la Constitución Mexicana, consideran a los niños como los menores de 18 años; los estudios epidemiológicos derivados de Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, consideran 3 grupos: menores de 5 años, de 5 a 11 años y de 12 a 19 años. Otra forma de clasificar a la población infantil, considera el esquema predominante de alimentación y aspectos del crecimiento biológico; así, los neonatos son los recién nacidos y hasta el día 28 de vida; los lactantes menores del día 29 de vida y hasta el primer año y los lactantes mayores del primer año al segundo año de vida. En este trabajo se plantea que, definir estos aspectos, va más allá de criterios biológicos o poblacionales, implica un posicionamiento teórico sobre cómo la sociedad y el Estado definen la infancia.

Gráfica 1. Distribución porcentual de la población por grupos de edad. México, 1970-2050.



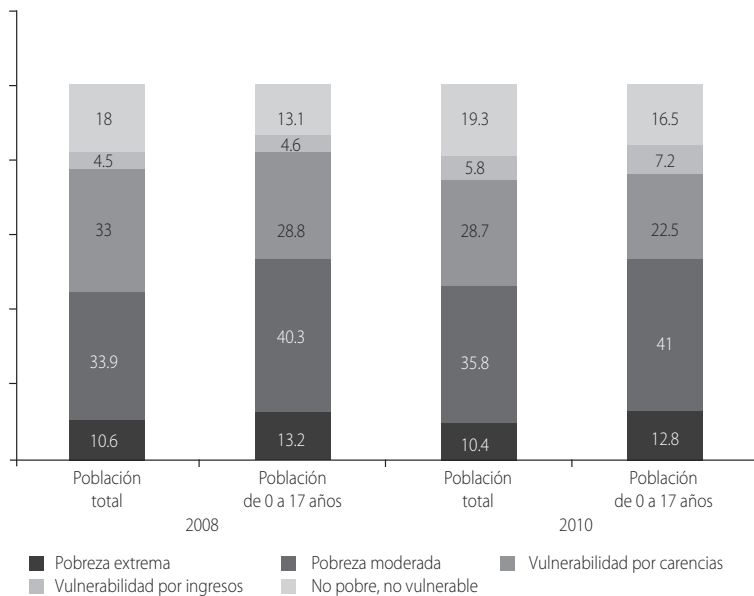
Fuente: INEGI, Censo de Población 2010. Tabulados básicos.

para la compra de alimentos, no pueden adquirir lo indispensable para garantizar una nutrición adecuada y presentan al menos 3 de 6 carencias sociales, según la clasificación del CONEVAL (CONEVAL, 2011).

En 2014, en un esfuerzo por examinar indicadores de pobreza y rezago social en la población infantil, el CONEVAL y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron el documento “Pobreza y derechos sociales de niños, niñas y adolescentes en México, 2008-2010”. De acuerdo con este documento, la población de 0 a 17 años presentó en el periodo 2008-2010 niveles de pobreza superiores a los de la población total. Así en 2008, la población total en situación de pobreza fue de 44.5 por ciento y el grupo de 0 a 17 años mostró niveles de pobreza en 53.5 por ciento para ese mismo año; ya en 2010, las cifras fueron de 46.2 por ciento para la población total y de 53.8 por ciento para la población infantil (Gráfica 2). La diferencia entre los niveles de pobreza de la población infantil y adolescente y aquellos de la población general, muestra las condiciones de vida precarias en las que la población mexicana está creciendo.

Cuando los datos se analizan según carencias sociales, destaca que la carencia por acceso a la alimentación fue la única que aumentó en el periodo 2008-2010, pues pasó de 26.7 por ciento en 2008 a 29.5 por ciento en 2010 en el grupo de 0 a 17 años de edad, este aumento también se observó en la población general, siendo de 21.7 y 24.9 por ciento, respectivamente (CONEVAL/UNICEF, 2014). Datos globales muestran que las familias con niños, niñas y adolescentes tuvieron un aumento en la carencia por acceso a la alimentación y disminuyeron sus ingresos entre 2008 y 2010; asimismo, la población de 0 a 5 años presentó niveles mayores de pobreza y vulnerabilidad que el conjunto del grupo de 0 a 17 años. Finalmente, 7 de cada 10 niños y niñas indígenas vivía en situación de pobreza en 2010 (CONEVAL/UNICEF, 2014).

Gráfica 2. Distribución porcentual de la población total e infantil según condiciones de pobreza. México, 2008-2010.



Fuente: CONEVAL/UNICEF, 2014.

Otro indicador que evidencia las condiciones precarias de vida de la población infantil, es el trabajo. De acuerdo con el UNICEF, el trabajo infantil es un obstáculo para el desarrollo social y económico, pues socava el pleno crecimiento y desarrollo de los niños, limita las posibilidades de continuar estudiando y perpetúa las desigualdades sociales (UNICEF, 2010). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), 168 millones de niños en el mundo se encuentran en situación de trabajo infantil. La mayoría trabaja de tiempo completo, no va a la escuela, no tiene tiempo de recreación, más de la mitad se encuentra expuesta a condiciones de explotación y al desempeño de actividades peligrosas; incluyendo trabajo forzoso, actividades ilícitas como el tráfico de drogas y la prostitución infantil, así como la participación obligada en conflictos armados (OIT, 2013). En México, los Artículos 22 y 23 de la Ley Federal del Trabajo prohíben esta actividad en los menores de 14 años de edad, así como a los mayores de 14 y menores de 16 años que no hayan concluido la educación básica obligatoria, ellos requieren, además, la autorización de los padres o tutores (DOF, 2012b). No obstante lo anterior, datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) en 2011, muestran que la tasa de ocupación en el grupo de 5 a 14 años fue de 5.6 por ciento, esto significa que alrededor de 1.2 millones de niños y niñas en este rango de edad realizaron alguna actividad económica (INEGI, 2011). Es pertinente señalar que, los datos anteriores son solo aquellos de los que se puede obtener algún registro, es decir, son actividades consideradas dentro del trabajo formal, sin embargo, aún se desconocen las cifras referentes al trabajo informal u otro tipo de trabajo, lo que contribuye al sub-registro de esta actividad y agudiza el panorama de incumplimiento del derecho a una vida digna de la población infantil.

El maltrato infantil viola indiscutiblemente el Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que dice: “los Estados Parte, deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (ONU,

1989). En el país, la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, ratifica este compromiso y establece las obligaciones de los tutores y del Estado para vigilar el cumplimiento de este derecho. Pese a ello, en 2009, la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, señala que 21 mil 060 niñas y 19 mil 089 niños en el país sufrieron algún tipo de violencia (DIF, 2009).

Los datos señalan que los niños y las niñas del país enfrentan un contexto adverso para el cumplimiento de sus derechos, pues aunado a la situación de pobreza, este grupo se ve orillado a incorporarse al mercado laboral a edades tempranas, en la mayoría de los casos, en condiciones que violan sistemáticamente sus derechos esenciales, también se observa el aumento de la deserción escolar sobre todo durante los estudios de secundaria (López et. al. 2010). En paralelo, la salud y la nutrición de niños y niñas presenta un panorama polarizado y complejo, pues mientras que continúan las enfermedades infecto-contagiosas y aquellas derivadas de carencias nutricionales como principales causas de mortalidad, aumentan las complicaciones derivadas del exceso de masa grasa en el cuerpo y las enfermedades metabólicas (Gutiérrez, et. al., 2012). Cabe destacar que, en los últimos años, las muertes violentas y los accidentes han emergido como principales causas de mortalidad entre la población general y cada vez con mayor frecuencia, entre la población joven e infantil (López et. al. 2010).

IV. Contexto epidemiológico y de salud de la población infantil

Bajo el panorama anterior, los indicadores de salud y nutrición no muestran un escenario halagador para la población infantil en el país. No obstante que desde el siglo pasado México puso en marcha un conjunto de intervenciones en salud que lograron disminuir la mortalidad infantil por enfermedades transmisibles, carencias nutricionales y malformaciones, estas aún forman parte de las principales causas de muerte sobre todo en niños y niñas menores de un año de edad (Tabla 1).

Los datos anteriores muestran contrastes evidentes; solo la primera causa de muerte representa casi la mitad de las muertes en menores de un

Tabla 1. Principales causas de muerte en menores de un año de edad. México, 2010

Número	Causa	Defunciones	Tasa*	%
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14377	746.41	49.8
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6477	336.27	22.4
3	Neumonía e influenza	1256	65.21	4.3
4	Accidentes	768	39.87	2.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	586	30.42	2.0
6	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	572	29.70	1.9
7	Septicemia	557	28.92	1.9
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	424	22.01	1.4
9	Enfermedades del corazón	409	21.23	1.4
10	Enfermedades del esófago	146	7.58	0.5

*Tasa calculada 1/100,000 nacimientos
Fuente: Fernández et. al. 2012.

año y las tres primeras causas en conjunto explican el 75 por ciento del total de defunciones (Fernández et. al. 2012). Las afecciones en el periodo perinatal son la dificultad respiratoria aguda, la sepsis bacteriana, los trastornos relacionados con la corta duración del embarazo y con el bajo peso al nacer, la asfixia del nacimiento y neumonía congénita. Aunque la tendencia de mortalidad por esta causa disminuyó en diez años (entre 2000 y 2010 se redujo en 26 por ciento), aún no ha variado su peso relativo respecto del total. En el segundo grupo de causas de muerte se encuentran principalmente, malformaciones del corazón, seguidas por las del sistema osteomuscular, las de las grandes arterias y anencefalia. Los problemas respiratorios han disminuido como causas de mortalidad en los últimos años, sin embargo, son las principales causas de consultas en los servicios de salud. Datos de la Secretaría de Salud, muestran que las infecciones respiratorias agudas, son las enfermedades principales de vigilancia epi-

demiológica (SINAVE/DGE/SALUD, 2011). En cuanto a la distribución regional de la mortalidad, las tasas más elevadas se encuentran en los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca (INEGI, 2013).

Cuando se analizan los datos por sub-grupos de edad, en 2011, del total de defunciones del grupo de 1 a 14 años, el mayor porcentaje se concentró entre los niños de 5 a 14 años con 15.3 por ciento, seguido del grupo de 1 a 4 años con 13.9 por ciento. En este último grupo, las malformaciones congénitas y deformidades cromosómicas representaron el 15.6 por ciento de las defunciones; los accidentes ya figuran como causa de muerte con 7.8 por ciento, la neumonía ocupó el 6.8 por ciento, mientras que más de la mitad (69.8 por ciento), son las causas no identificadas o englobadas genéricamente como “las demás causas”. Entre los niños de 5 a 14 años ocurre lo mismo para este grupo genérico de causas, pues representó el 72.6 por ciento de las defunciones. Los accidentes de transporte aumentaron como causa de muerte en este grupo de edad con 12.7 por ciento de las defunciones, seguido de la leucemia (8.7 por ciento) y de las malformaciones congénitas y deformidades cromosómicas (6.0 por ciento) (INEGI, 2013).

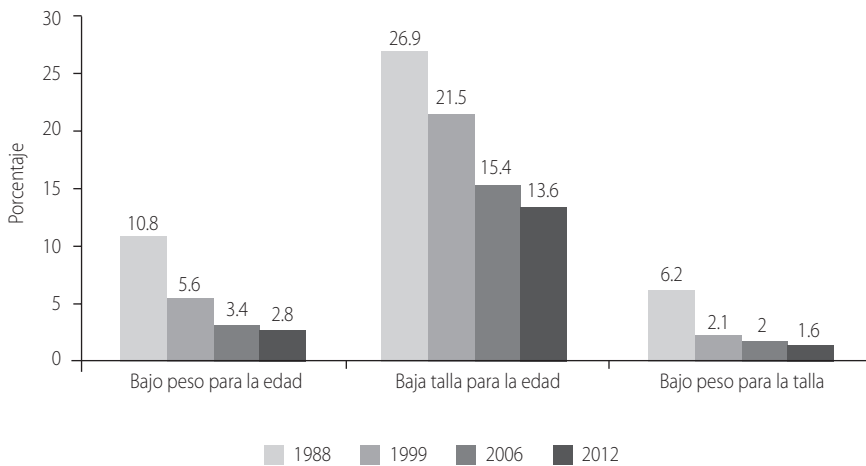
Cabe destacar que, la mayoría de las causas de muerte en la población infantil, son causas evitables, que además, están relacionadas con otros aspectos de la calidad de vida como una nutrición adecuada tanto de los niños y niñas como de la mujer embarazada, el acceso oportuno y eficiente a los servicios de salud, el contar con un tratamiento y medicamentos adecuados y un ambiente de cuidados y protección para los menores, por mencionar algunos.

Los principales problemas nutricionales que enfrenta la población infantil son la expresión de una historia de carencias de alimentación en amplios sectores de la población mexicana durante las últimas décadas. Por un lado, persisten los problemas de desnutrición expresados en bajo peso para la talla y baja talla para la edad, anemia e inseguridad alimentaria; por el otro, se registra una tendencia en aumento en la prevalencia de obesidad y sus posibles impactos metabólicos a largo plazo. Pese a que los principales indicadores de desnutrición infantil han disminuido durante

los últimos 26 años, en 2012, la baja talla sigue siendo un problema grave en comparación con otros índices como bajo peso para la edad y bajo peso para la talla, pues afectan a 13.6, 2.8 y 1.6 por ciento de la población menor de 5 años de edad, respectivamente (Gutiérrez, et. al., 2012). Esto resulta significativo, pues la baja talla compromete el crecimiento lineal, ya que es resultado de una exposición a largo plazo de carencias alimentarias, es decir, este índice permite evaluar la desnutrición crónica en un sujeto, caracterizada por una exposición continua al déficit nutricional, ya sea por un limitado aporte energético o de nutrimentos específicos, pero que, en ambos casos, no es suficiente para cubrir los requerimientos calóricos diarios (Gráfica 3).

Cuando se analizan los datos por región y tipo de localidad, la región sur-rural del país, presenta prevalencias mayores de desnutrición en comparación con otras regiones y localidades. En paralelo, la obesidad es ya un problema de salud pública en el país, debido a su magnitud a nivel nacional y al impacto negativo en la salud derivado del exceso de grasa

Gráfica 3. Prevalencias de desnutrición en menores de 5 años de edad en 1988, 1999, 2006 y 2012. México, 2012.



Fuente: Gutiérrez, et. al., 2012

corporal, como el desarrollo de alteraciones metabólicas, resistencia a la insulina y diabetes, hipertensión arterial y problemas cardiovasculares entre otros. De acuerdo con la ENSANUT, los niños y niñas en edad escolar (5 a 11 años) presentaron en 2012 una prevalencia de obesidad de 14.6 por ciento. La prevalencia es mayor en los niños (17.4 por ciento) que en las niñas (11.8 por ciento). Asimismo, en el periodo de 1999 a 2012, la prevalencia de obesidad registró un aumento a la alza para ambos sexos; en los niños pasó de 9.6 a 17.4 por ciento, y en las niñas de 8.3 a 11.8 por ciento (Gutiérrez, et. al., 2012).

La anemia es un problema frecuente de deficiencia de hierro, ácido fólico y/o cobalamina, generalmente asociado con desnutrición. En los niños menores de 5 años, la prevalencia general en 2012 fue de 23.3 por ciento, siendo mayor en los niños de 12 a 23 meses de edad (38 por ciento). Lo que significa que, el primer año de vida sigue siendo una etapa crucial para proveer alimentos suficientes en cantidad y calidad que permitan el desarrollo de una nutrición y salud adecuados. Esto también implica, garantizar una nutrición adecuada a la madre durante la lactancia y en la etapa previa de embarazo. En el grupo de 5 a 11 años de edad, la prevalencia de anemia disminuyó durante el periodo de 1999 a 2012, pues pasó de 15.2 a 10.1 por ciento (Gutiérrez, et. al., 2012).

Estos datos sugieren no solo la urgente intervención del Estado y de las autoridades sanitarias del país para generar políticas y programas de salud que consideren diversas dimensiones del proceso de salud-enfermedad en la población infantil, sino que articulen las iniciativas ya existentes; tanto aquellas orientadas a enfrentar los problemas de desnutrición y enfermedades carenciales y transmisibles, como aquellas orientadas al control de la obesidad y enfermedades crónico-degenerativas. Aunado a lo anterior, es necesario un análisis urgente del contexto de violencias y agresiones que enfrenta la población infantil y adolescente, reflejo del contexto nacional, que impacta negativamente en el ejercicio y la materialización del derecho a la salud de niños y niñas mexicanos.

V. Reflexiones finales

En una sociedad neoliberal como la mexicana, caracterizada por profundas desigualdades sociales y sanitarias, abordar la situación de la infancia en México requiere re-pensar a la niñez como categoría socialmente construida, como una etapa permanente con matices propios y no como una etapa de transición “inmediata” hacia la adultez. Implica que los niños y niñas no sean pensados como grupo homogéneo solo en función del criterio etario, sino como sujetos sociales cuyas condiciones de vida demandan la comprensión de diversas formas y maneras de crecer. Es decir, se requiere hablar de infancias diversas, moldeadas por dinámicas socioculturales específicas que expresan las relaciones entre el Estado y la sociedad en momentos históricos concretos. La protección, cuidado y atención a los niños y niñas constituyen un derecho que demanda la participación colectiva del Estado y la sociedad para generar mecanismos que permitan la exigencia y materialización de derechos en esta etapa de la vida, de tal modo que se exprese claramente el interés superior de la niñez en el ámbito de los derechos humanos. No obstante, la idea de niñez como un estado de “incapacidad” o “inmadurez”, coloca a los niños y niñas en una posición de marginación y exclusión. El hecho de que sean un grupo que requiere la tutela de los adultos, no significa que deban ser marginados de los procesos sociales que viven y de sus contextos culturales.

También se reconoce que la definición de políticas y programas de salud, debe pasar por una discusión a partir de un enfoque de derechos. Esto implica necesariamente, un análisis desde el ámbito jurídico para suplir aquellos “vacíos” teóricos y prácticos que existen actualmente en la legislación mexicana en torno a la salud y la calidad de vida. Asimismo, se reconoce que para que niños y niñas tengan mejores condiciones de vida y salud, requieren el acceso a diversos satisfactores esenciales como alimentación adecuada, educación, vivienda, acceso a agua potable, entre otros. Todos ellos son, más que resultado de las capacidades individuales, garantías del Estado.

En concordancia con Mercer (2008), es importante que el enfoque de derechos en la infancia también asuma una perspectiva de género, pues

además de constituirse como un momento de crecimiento y desarrollo biológico, también es un momento crucial en la definición y construcción de identidades. El Estado mexicano ha mostrado su compromiso con la niñez a través de la firma de diversos Tratados Internacionales, así como de leyes y normas locales, no obstante, es urgente que incorpore una discusión sobre el tema de la violencia y agresión que vive el país, que afecta de forma particular a la población infantil y que implica colocar en el centro de la discusión temas de migración, trabajo y explotación infantil, entre otros.

La situación de pobreza y desigualdades sociales que enfrenta la población infantil constituye una limitación fundamental en la garantía del derecho a la salud. Las desigualdades sociales en acceso a la educación, vivienda y trabajo digno, entre otros, generan desigualdades en salud, particularmente entre quienes cuentan con menos recursos socioeconómicos. Esta situación no es ajena para amplios sectores de la población, entre ellos, los niños, niñas y jóvenes. Sin embargo, no todos los niños y niñas crecen de la misma manera, no todos tienen las mismas necesidades, y en consecuencia, no requieren de las mismas soluciones. Asimismo, las intervenciones en materia de política pública en salud responden a posturas político-ideológicas, contextos socioeconómicos y necesidades de atención diversas. En las últimas décadas, las políticas públicas en México incluidas aquellas orientadas a la atención de la niñez, han operado bajo la lógica de “combate a la pobreza” como principal estrategia del Estado para “resolver” los problemas de salud de la población infantil. Desde esta óptica, la niñez vista “como grupo vulnerable” es considerada un asunto de pobreza y una etapa de carencias de todo tipo. El contraste entre los indicadores de pobreza en la población infantil respecto de la población total, es un punto de partida para discutir si los programas orientados “al combate a la pobreza” han mejorado las condiciones de vida de este grupo poblacional en los últimos años.

Finalmente, aunque a nivel nacional se observa una clara disminución en la prevalencia de desnutrición y de enfermedades transmisibles en la población infantil, estas aún constituyen un grave problema de salud pública

sobre todo en la región sur-rural del país. Aunado a esto, el aumento en las prevalencias de enfermedades crónicas como la obesidad en niños en edad escolar, plantean la necesidad de articular y unificar las intervenciones ya existentes para abordar ambos problemas desde un frente común: la atención integral de la salud infantil. Esto constituye un aspecto fundamental para garantizar este derecho en la población infantil de México.

Referencias

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal y Cámara de Diputados. Código Civil para el Distrito Federal (vigente) 2014.
- Ballester, R. y Balaguer, E. (1994). “La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España”, *Acta Hisp. Med, Sci. Hist, Illus*, Núm. 15: 177-192.
- CONEVAL (2011). Informe sobre los resultados de la medición de la pobreza 2010. Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social. Dirección de información y comunicación social. México.
- CONEVAL, UNICEF (2014). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012. Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social/ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. México.
- CONAPO (2011). Dinámica demográfica de México 2000-2010. En: CONAPO. La situación demográfica de México 2011. Consejo Nacional de Población. Disponible en: www.conapo.gob.mx
- DOF (1995) Diario Oficial de la Federación del 6 de enero de 1995: Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- DOF (2012a) Diario Oficial de la Federación del 9 de febrero de 2012. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma.
- DOF (2012b) Diario Oficial de la Federación del 30 de noviembre de 2012. Ley Federal del Trabajo. Última Reforma.
- DOF (2014a) Diario Oficial de la Federación del 2 de abril de 2014. Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Última Reforma.
- DOF (2014b) Diario Oficial de la Federación del 2 de febrero de 2014: Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. Última reforma.
- DIF (2009). Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Disponible en: http://procuraduria.dif.mx/micrositio_pdmf/
- Fernández, S.; Gutiérrez, G. y Viguri, R. (2012). “Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes”, *Bol Med Hosp Infant Mex*, vol. 69. Núm. 2: 144-148.
- Gaitán, L. (2006). Sociología de la infancia. Síntesis, Madrid.

- Gutiérrez, JP; Rivera-Dommarco, J.; Shamah-Levy, T. et. al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- Ham-Chande, R. (1996). “El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud de México”, Salud Pública de México, vol. 38, Núm. 006: 409-418.
- INEGI. (2010). Censo de Población 2010. Tabulados Básicos. Disponible en: www.inegi.gob.mx
- INEGI. (2011). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Módulo de Trabajo Infantil. Presentación de resultados.
- INEGI. (2013). Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales.
- Jusidman, C. y Marín, O. (2008). “Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales”. Incide-social A. C. Ponencia presentada en el IX Seminario de política social. Las perspectivas del universalismo en México. México, Guadalajara: 18 y 19 de noviembre.
- López, O.; Rivera, JA.; Delgado, VI. y Blanco, J. (2010). “Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social”, Medicina Social. Vol. 5, Núm. 2: 165-170.
- López, O.; Rivera, JA.; Delgado, VI. y Blanco, J. (2012). “Pobreza, salud, educación y alimentación en jóvenes mexicanos: una aproximación desde los derechos humanos”, Salud Problema. Año. 6, Núm. 11: 8-24.
- Mercer, R.; Szulik, D.; Ramírez, MC. y Molina, H. (2008). “Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia”, Rev Chil Pediatr, vol. 79, Suplemento Núm. 1:37-45.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas. 20 de noviembre.
- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). Asamblea General de la OEA, 18 Periodo de Sesiones. San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- ONU (1989). Convención de los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas. 20 de noviembre.
- OIT (2013). Medir los progresos en la lucha contra el trabajo infantil. Estimaciones y tendencias mundiales 2000-2012. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: www.ilo.org
- Pavez Soto, I. (2012). “Sociología de la infancia: las niñas y los niños como actores sociales”, Revista de Sociología, Núm. 27: 81-102.
- UNICEF (2010). Los derechos de la infancia y la adolescencia en México. Una agenda para el presente. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Disponible en: www.unicef.org
- SINAVE/DGE/SALUD (2011). Perfil epidemiológico de la infancia en México, 2010.
- Torres, C. y Mújica, O. (2004). “Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Rev Panam Salud Publica, vol. 15, Núm. 6: 430-439.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Disponible en: <http://www.rae.es>

Perspectivas y recomendaciones

Los alcances del derecho a la salud en México

Edgar C. Jarillo Soto, Soledad Rojas Rajs, Julián H. Londoño

I. Introducción

Este capítulo presenta una perspectiva para la interpretación del derecho a la salud en México, a partir del análisis de las acciones concretas realizadas para cumplir con el precepto constitucional actual, que señala: “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*” (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Art. 4).

Si bien el derecho a la salud tiene diversas implicaciones filosóficas, éticas, jurídicas -entre otras- adquiere expresión concreta en las distintas sociedades a través de las políticas de salud y su instrumentación. Estas pueden ser muy diversas a pesar de fundamentarse sobre un término similar: derecho a la salud (Echeverri, 2006).

Tanto la amplitud en la concepción de esta noción como el énfasis en la forma de instrumentar las políticas y acciones de salud, le otorga materialidad y aplicación diferenciada en el espacio social. Dado que el único sujeto obligadamente responsable de garantizar la concreción del derecho establecido es el Estado* (Laurell, 2013), su alcance puede valorarse con la revisión de las políticas de salud instrumentadas para asegurar el cum-

* Jurídicamente, sea que un derecho se refiera a lo individual o a un derecho colectivo, debe existir un sujeto obligado que garantice su realización y que, señala Laurell, no puede ser más que el Estado, puesto que los acuerdos entre particulares dependen de intercambios económicos o tienen temporalidades específicas (Laurell, 2013, p. 47).

plimiento del derecho y la satisfacción de las necesidades de salud de los colectivos humanos.

Las experiencias históricas de los países con mayor ingreso muestran una forma de expresión del derecho a la salud muy amplia, con desarrollos institucionales para toda la sociedad, con base en arreglos donde el Estado, desde etapas muy tempranas del siglo XVIII y principalmente durante el XIX, concreta un conjunto de leyes, políticas, estrategias, e instituciones para garantizar el ejercicio de este derecho (Offe, 2007; Rosen, 1985). En contraste, en los países de ingreso medio, la concepción y puesta en práctica del derecho a la salud ha experimentado cambios sustanciales y se debate aún en una constelación de interpretaciones, especialmente a partir de los años ochenta del siglo pasado al aplicarse las reformas neoliberales en salud. En estos países, entre los que se incluye México, aún no se había completado la cobertura y acceso a los servicios de salud para toda la población cuando se implantaron cambios con restricciones para la posibilidad de alcanzar ese viejo objetivo. Peor aún, actualmente prevalecen discursos que postulan interpretaciones limitativas al propio enunciado del derecho a la salud (Laurell, 1995; Laurell y Ronquillo, 2010).

En México las interpretaciones dominantes sobre el derecho a la salud llevan a hacer equivalentes dos nociones distintas: el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, cada uno de ellos con amplitudes y fundamentos dispares sin poderse igualar. En capítulos precedentes de este libro se han establecido las bases e implicaciones de ese recorte del derecho a la salud y aquí no se extenderá esa discusión ya ampliamente abordada. Si bien se parte del reconocimiento de la existencia de esta limitación y los autores se adhieren a una interpretación más amplia e inclusiva del derecho a la salud,* este capítulo analiza el *derecho a la protec-*

* El derecho a la salud implica tanto políticas públicas y acción social, que aseguren y brinden las condiciones para el óptimo desenvolvimiento de los ciudadanos, lo que incluye el acceso a condiciones de vida, trabajo, alimentación, medio ambiente físico, y un conjunto amplio de satisfactores sociales que contribuyen a su bienestar; es decir, entender este derecho “como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales” (López Arellano, Escudero y Carmona, 2008, p. 323). Mientras que el derecho a la protección de la salud se circunscribe a un esquema limitado de servicios de atención médica, que hoy por hoy, no parece ser suficiente para satisfacer las necesidades de salud que tienen los ciudadanos del país ni permite el acceso de la población a los servicios de salud ante la misma necesidad (Laurell, 2013).

ción de la salud como el espacio donde adquiere concreción el derecho a la salud en México; y cuyo cumplimiento es responsabilidad de las instituciones públicas de salud existentes en el país. De forma particular destaca en este análisis el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), aprobado legalmente en 2003 por el Congreso de la Unión, y con inicio de operaciones en 2004; tanto porque esa noción de derecho —la protección de la salud— fue el sustento filosófico y legal para su creación e instrumentación, como porque a diez años de vigencia su análisis permite establecer valoraciones sobre el cumplimiento efectivo del derecho a la protección de la salud en la sociedad mexicana.

El derecho a la protección de la salud es entonces la dimensión específica vinculada al proceso gestado por la estructura normativa, las capacidades de recursos y las acciones realizadas por las instituciones públicas de salud en el ámbito personal y poblacional, para hacer efectivo y dar cumplimiento a ese derecho.

Desde ese ángulo se vislumbran importantes contrastes: existe una gran diferencia entre la concepción de los servicios de salud como responsabilidad del poder público, es decir del Estado, encargado de operar los servicios de salud; y la operación del modelo del SPSS, de la última década, donde el Estado asume menores responsabilidades sobre la salud de la población, incluye otros prestadores de servicios y se implementan derechos condicionados o derechos selectivos, con limitaciones en las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados. En este sentido, el SPSS constituye una especie de seguro de garantías individuales con acciones acotadas y dirigidas a las personas, frente a la perspectiva del derecho a la salud como parte de los derechos sociales, un derecho colectivo de amplio alcance, donde el concepto *universalidad* se refiere al aseguramiento de todos, a otorgar coberturas completas a toda la población, independientemente del problema de salud, con la misma respuesta ante la misma necesidad.

Cabe preguntarse entonces ¿qué es en la práctica el derecho a la protección de la salud en México? ¿Cómo opera y cuáles son sus alcances? Para aproximar respuestas sobre ello se desarrollan dos vertientes analíticas. En la primera parte de este capítulo se presenta un análisis sintético

de datos sobre desarrollo humano y sobre dieciocho indicadores que conjuntan aspectos individuales y colectivos que constituyen referentes concretos de cómo se expresa el derecho a la salud. Esto permite una visión somera de la situación general para valorar el cumplimiento del derecho en términos de las condiciones de vida de la población.

En la segunda parte, el análisis de distintos indicadores seleccionados muestran, más allá de los arreglos institucionales específicos, las posibilidades reales para concretar la expresión de la protección de la salud. Para ello se comparan dos instituciones significativas: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la mayor institución de seguridad social y con más amplia trayectoria en México; y el SPSS, el modelo de aseguramiento puesto en práctica a partir del año 2004, como la opción que tendría capacidad de solución a los problemas de salud para la población sin derecho al aseguramiento por las instituciones de seguridad social y sin recursos financieros para solventar la atención privada.

El contraste entre ambos modelos de aseguramiento permite establecer los derroteros seguidos, esbozar un estado de la situación y vislumbrar los retos para el futuro en la perspectiva de hacer efectivo, al menos, el derecho a la protección de la salud aunque este sea un concepto limitado; en un escenario nacional donde es necesario afrontar las deudas históricas y los retos presentes y futuros en materia de salud.

II. Condiciones para el derecho a la salud en México

Si el derecho a la salud se materializa en un espacio y tiempo determinados, su valoración requiere considerar un conjunto de elementos adicionales a las formas restringidas de medición de la salud-enfermedad, centradas únicamente en analizar daños a la salud. Estos elementos son consecuencias derivadas de distintas situaciones de la vida social de los individuos, comprensibles en espacios sociales concretos y en relación con eventos de alteración de la salud. Sin embargo, un análisis integral sobre la situación de salud de la población en México necesita incluir este tipo de datos, pues configuran distintas posibilidades para el ejercicio de los

derechos ciudadanos establecidos jurídicamente y simultáneamente permite evidenciar algunos problemas concretos asociados con las desigualdades sociales entre distintos espacios territoriales del país, directamente relacionados con el derecho a la salud.

Aquí, la valoración se realiza con dos referentes: el primero es el Índice de Desarrollo Humano (IDH).^{*} El segundo el procesamiento de 18 indicadores[‡] como consecuencia de distintos niveles de aproximación a la salud y enfermedad a través del Análisis de Componentes Principales (Gauch, 1982), *PCA* por sus siglas en inglés. Si bien ellos no cumplen en rigor con una perspectiva de la determinación social de la salud (López Arellano et al., 2008), sí permiten enmarcar en un espectro más amplio la situación de enfermedad y, por lo tanto, valorar el cumplimiento del derecho a la salud.

Con el IDH las diez entidades federativas ubicadas con mejor valoración y las diez ubicadas en las últimas posiciones muestran una tendencia polarizada. Desde la perspectiva del cumplimiento del derecho a la salud se ratifica la menor posibilidad de que este derecho sea efectivo para la población que habita los estados de San Luis Potosí, Hidalgo, Zacatecas, Guanajuato, Veracruz, Puebla, Michoacán y, en el caso extremo, Guerrero, Oaxaca y Chiapas (tabla 1). Si bien en todos ellos se reconoce la existencia de población indígena, la proporción es mucho mayor en las tres últimas entidades; por lo cual allí la desigualdad afecta mucho más a la población originaria. Así a sus limitadas condiciones sociales se suma la ancestral inequidad social por su condición indígena.

* Integra indicadores de educación, salud e ingreso; incluye, entre otros, esperanza de vida, tasa de alfabetización, tasa de matrícula escolar y el PIB per cápita.

‡ 1. Esperanza de vida al nacer (-), 2. Tasa de mortalidad infantil (-), 3. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (-), 4. Tasa de mortalidad materna (-), 5. Tasa de mortalidad perinatal (-), 6. Muertes por diabetes (-), 7. Muertes por tuberculosis (-), 8. Muertes por VIH (-), 9. Prevalencia de enfermedades de vulnerabilidad (-): [poliomielitis, sarampión, tosferina en menores de 5 años, tétanos neonatal, sífilis congénita, cólera, rabia humana, paludismo, paludismo vivax, dengue, dengue hemorrágico, tuberculosis respiratoria, sífilis adquirida, y lepra]; 10. Médicos (+), 11. Camas (+), 12. Centros de atención Ambulatoria (+), 13. porcentaje de niños vacunados contra tuberculosis [BCG] (+), 14. porcentaje de niños con vacuna pentavalente (+), 15. Agua (+), 16. Alcantarillado (+), 17. Energía eléctrica (+), 18. Piso de tierra (-). Elaborados con datos de SINAIS (2012).

Tabla 1. Puntajes y posición de las Entidades Federativas con PCA y el Índice de Desarrollo Humano. México, 2010

Estados	Puntajes en el Eje 1 del PCA	Posición	IDH Nueva Medición	Posición
Aguascalientes	-0.6339	3	0.7483	13
Baja California	-0.2319	9	0.7697	5
Baja California Sur	-0.3347	7	0.7904	2
Campeche	-0.0406	22	0.7281	18
Coahuila	-0.4775	4	0.7553	7
Colima	-0.6596	2	0.7590	6
Chiapas	1.3269	31	0.6460	32
Chihuahua	-0.1206	16	0.7535	8
Distrito Federal	-0.9417	1	0.8272	1
Durango	0.0214	23	0.7180	21
Guanajuato	-0.1478	14	0.7041	26
Guerrero	1.4006	32	0.6677	30
Hidalgo	0.2413	26	0.7073	24
Jalisco	-0.2212	10	0.7393	15
México	-0.0543	21	0.7383	16
Michoacán	0.2042	25	0.6873	29
Morelos	-0.1720	13	0.7445	14
Nayarit	-0.0875	19	0.7315	17
Nuevo León	-0.4122	6	0.7847	3
Oaxaca	1.2657	30	0.6675	31
Puebla	0.2590	28	0.6977	28
Querétaro	-0.1459	15	0.7493	12
Quintana Roo	-0.2207	11	0.7506	11
San Luis Potosí	0.2552	27	0.7109	23
Sinaloa	-0.0576	20	0.7528	10
Sonora	-0.2906	8	0.7720	4
Tabasco	0.1242	24	0.7242	19

Tamaulipas	-0.0938	17	0.7529	9
Tlaxcala	-0.4173	5	0.7159	22
Veracruz	0.9390	29	0.6985	27
Yucatán	-0.0937	18	0.7227	20
Zacatecas	-0.1823	12	0.7057	25

Fuente: Elaboración propia con información de PNUD (2012).

En otra vertiente, una aproximación a las diversas expresiones de las condiciones sociales que favorecen o perjudican la salud en sus determinaciones sociales, al menos algunas intermedias, y disponer de una medición unitaria para valorar el derecho a la salud, se realiza un procedimiento con la inclusión de indicadores agrupados en tres categorías: a) resultados finales en salud, b) disponibilidad de recursos y servicios, y c) condiciones socio-económicas a nivel de la vivienda. Para cada una de ellas se considera un conjunto de indicadores, con los cuales se realizó un re-escalamiento multidimensional a través del PCA, para procesar los 18 indicadores y expresarlos en una medida única de naturaleza multivariada, considerando como unidad de análisis las 32 entidades federativas del país.* Con ello se logra obtener un indicador resumen,‡ que permite estimar la correlación y su distancia (Legendre y Legendre, 1998). Con la correlación se obtienen vectores, cada uno representa al conjunto de indicadores considerados en cada categoría. Con las diferencias de longitud de cada vector se estima la importancia del conjunto de indicadores en la unidad de análisis; el ángulo entre vectores representa la correlación entre ellos, con cero grados es una asociación perfecta y positiva, 180 grados es

* Con el PCA se obtiene un dato resumen para establecer un criterio de evaluación de la situación de cada estado y su posición relativa en el país; permite también, identificar la asociación existente entre indicadores y con ello se ordenan las unidades de análisis.

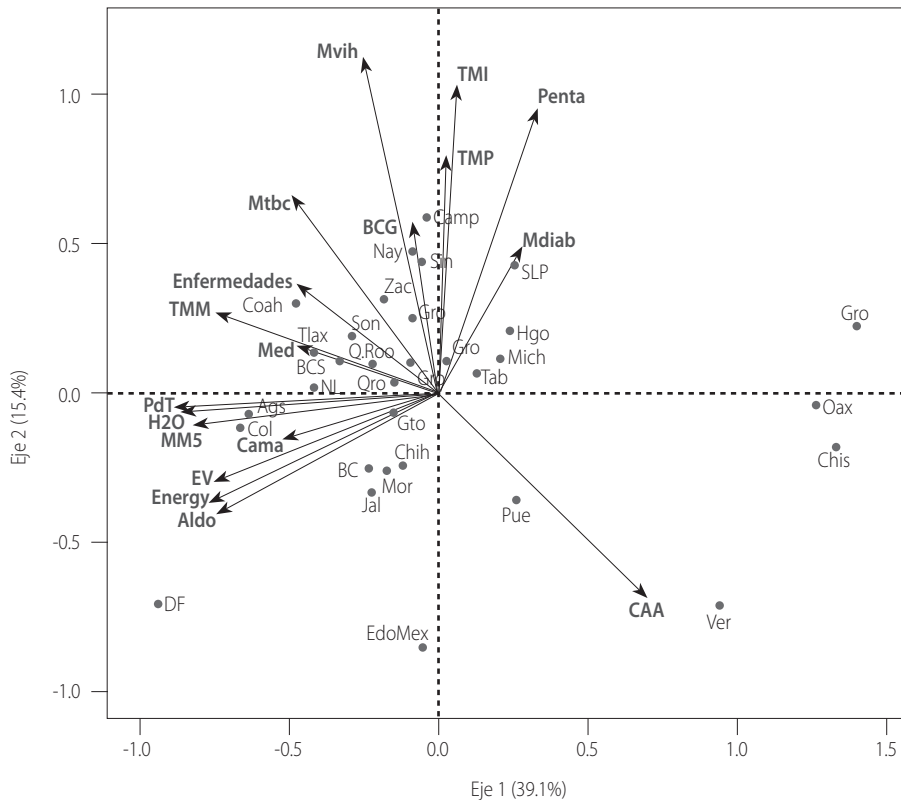
‡ Este valor resumen permite controlar la cantidad de varianza explicada por cada uno de los ejes, cantidad conocida como valor propio (eigenvalue). Para los resultados aquí presentados sólo se utilizan los dos primeros ejes (Ejes 1 y 2), dada la naturaleza del procedimiento, estos ejes explican una proporción sustancial de la varianza original de los datos. Los indicadores y las unidades de análisis (entidades federativas) están definidos por un nuevo bidimensional. El resultado con la dirección de mayor variabilidad de los indicadores en el conjunto a cada una de las entidades federativas.

una asociación perfecta negativa, y 90 grados muestra completa independencia entre indicadores (Gráfica 1).

En el gráfico de distancias se representa la similitud entre las unidades de análisis (cada una de las entidades federativas), entre se ubiquen más cercanas mayor similitud y a mayor lejanía entre sí mayor diferencia.

Debido a que los 18 indicadores pueden tener un impacto positivo (médicos) o negativo (mortalidad) se adjudicó el signo correspondiente a cada indicador, de manera que el PCA produce vectores hacia la dirección de

Gráfica 1. Dispersión de las entidades federativas y de los 18 indicadores con el PCA. México, 2012.



Fuente: Elaboración propia con información de PNUD (2012).

aumento de los valores de los indicadores. Todo ello con la finalidad de controlar valores altos a indicadores deseados, y menores en indicadores no deseados; aun así, el vector siempre apuntará hacia la dirección donde se presenten mejores condiciones para la salud. El indicador resumen se validó con una regresión lineal (Zar, 1999), contra los valores de IDH reportados para el mismo año.

Puede observarse en la Gráfica 1 que el D.F., Colima y Aguascalientes poseen las mejores condiciones de salud de la República Mexicana y en contraste Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Veracruz presentan un claro rezago.

III. Atención a la salud

Dado que la protección social en salud se ha interpretado fundamentalmente como acceso a los servicios de atención a la salud, es importante revisar cuáles han sido los logros concretos que en este rubro se han obtenido, particularmente a partir de la puesta en práctica del SPSS en 2004.

Cobertura y acceso

La posibilidad de disponer de servicios de atención médica en México se diferencia por razones de vinculación laboral. México mantiene un sistema de salud, que si bien segmentado y fragmentado, cuenta con seguro social laboral obligatorio y público (Laurell, 2013:14) y desde el año 2004 con el Seguro Popular de Salud (SP), un paquete básico de servicios de salud, de afiliación voluntaria, para la población que no cuenta con seguridad social, es decir, que no está inserta en esquemas de trabajo *formal*. Así, las instituciones de seguridad social IMSS, ISSSTE, Instituciones para trabajadores de los estados, Servicios de Salud de PEMEX, SEDENA, SEMAR, brindan atención a la salud para quienes mantienen un vínculo laboral formal en el sector público o privado. Los datos disponibles según el Censo Nacional de Población 2010 (INEGI, 2010) muestran que, del total de la población para ese año (111.2 millones), 74.3 millones de personas (66.8%) tenían afiliación a algún esquema de aseguramiento (IMSS,

ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SPSS, Privado); y cerca de un tercio de la población (33.2%) no contaba con protección sanitaria y resolvía la atención a sus necesidades de salud en los servicios de la Secretaría de Salud Federal; en los Sistemas Estatales de Salud (SESA); en servicios privados por pago directo; o con algún esquema de auto atención.

De la población con algún esquema de aseguramiento, las instituciones públicas de la seguridad social daban cobertura a 43.7 millones de personas (39.27%). Los ciudadanos sin protección de la seguridad social, pero afiliados bajo el esquema de aseguramiento individual al SPSS eran 26.5 millones de personas (23.9%), para el mismo período.

Estas cifras generales, si bien pueden interpretarse como una cobertura amplia para la población mexicana con alguna posibilidad de acceso a servicios de salud, no elimina las inequidades al interior del país. Si en términos globales el 33.2% (38 millones) de la población total del país presentaba carencia de acceso a los servicios de salud en 2010, para 420 municipios del país (17.1%) la carencia por acceso a los servicios de salud afecta a más de la mitad de sus habitantes y únicamente en 32.1% de los municipios con esta carencia es inferior a 25% (CONEVAL, 2012). Casi la mitad de los municipios del país, tienen una importante proporción de población sin acceso a los servicios de salud, no obstante la declaración de cobertura universal planteada por las autoridades del país (Calderón, 2012). Ello revela la distancia en el acceso a los servicios de atención médica entre distintos territorios del país. Esta inequidad afecta más a la población con mayores carencias y con mayores rezagos sociales, influyendo también en sus condiciones de salud.

Pero más grave resulta la valoración del acceso efectivo a los servicios de salud. Un análisis de la ENSANUT 2012, muestra para ese año que 23.6% de la población no recibió atención a pesar de haber presentado un problema de salud y que:

“... entre más gasto total anual, el porcentaje de quienes refieren no haber usado algún tipo de servicio (a pesar de haber identificado una necesidad de salud) es mayor entre los más pobres (31%) que entre los menos pobres (19%). Entre los que usaron algún

tipo de servicio médico, sólo 9.8% de los más pobres lo hicieron en instituciones de la seguridad social, en contraste con 20.4% de los menos pobres” (Bautista-Arredondo, Servan-Mori, Colchero, Ramírez-Rodríguez y Sosa-Rubio, 2014, p. 27).

Esto no sólo indica una baja capacidad de cobertura de servicios sino que ante la necesidad de atención, son los más pobres y/o desprotegidos quienes reciben menos atención médica. En términos de acceso y cobertura se puede plantear que el derecho a la protección de la salud sigue siendo un asunto pendiente en la agenda nacional, ya que en forma general existe cerca de un tercio de habitantes que carece de servicios de atención médica bajo cualquier forma de aseguramiento colectivo o individual, aunque las cifras oficiales presumen de una cobertura cercana al 100% de la población. Más grave resulta que, a pesar de disponer de ese aseguramiento especialmente bajo el esquema del SPSS, una parte importante de la población con mayores carencias y necesidades de atención, dista mucho de ver cumplido su derecho a la protección de la salud.

b) Prestación de servicios

Por el contraste que significan el IMSS en tanto la mayor institución de seguridad social y el SPSS el modelo de aseguramiento con el cual se pretende cumplir a la población carente de seguridad social, y por las magnitudes similares de aseguramiento en esos dos modelos entre la población del país, a continuación se realiza un análisis de los servicios más significativos como expresión del cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Un primer problema que aflora es que la disposición de un derecho de cobertura no garantiza el uso institucional de los recursos existentes para la atención. Por ejemplo, de la población con derecho de acceso al IMSS, 7.4% de hombres y 7% de mujeres se atienden en consultorio, clínica u hospital privado, mientras los afiliados al SPSS representan el 4.8% y 4.4% respectivamente.* En valores globales, cerca del 10% de la población con derecho al acceso a los

* Derechohabiencia y uso de servicios de salud, Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010).

servicios públicos de salud, no hace uso de ese derecho y resuelve sus necesidades de atención por compra directa de los servicios en el sector privado.

Sin embargo, acceder a los servicios y utilizarlos puede no significar necesariamente una garantía de protección de la salud. Uno de los problemas de mayor gravedad radica en las marcadas diferencias entre los servicios incluidos en la cobertura del SPSS y las instituciones de seguridad social como el IMSS. La cobertura de servicios del SPSS es sustancialmente menor y limitada: por ejemplo, el número de intervenciones de segundo nivel cubiertas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) para 2010 eran 275 (González Pier, Barraza Llorens y Gutierrez Delgado, 2006), 78.5% más de las incluidas en 2004 (175), pero aún con ese incremento significan un número restringido de intervenciones para enfrentar las necesidades de atención de la población. De las 275 intervenciones del CAUSES-2010, solamente 113 están dirigidas a cobertura de morbilidad en el segundo nivel de atención, distribuidas en 45 médicas y 69 quirúrgicas. Por considerarse parte de la atención médica debe excluirse “Colocación y retiro de diversos catéteres” ya que forman parte del proceso clínico una vez concluida la intervención terapéutica originada para su implantación.

Al comparar los diagnósticos de segundo nivel* del catálogo del SPSS con los diagnósticos efectivamente atendidos en el segundo nivel del IMSS-2010, se observa que esta última institución registro 10,335 diagnósticos diferentes, mientras el SPSS sólo contiene en su catálogo 792, lo que equivale al 7.66% de la cobertura del total de diagnósticos del segundo nivel de atención en el IMSS (ver Tabla 2).

De los 792 diagnósticos comprendidos en el catálogo hospitalario del SPSS, 742 en el IMSS son causa básica de hospitalización efectivamente atendida. Los otros 50 diagnósticos para el IMSS son parte integral de la atención médica y no son considerados separadamente; en el catálogo del CAUSES sí se presentan como diagnósticos adicionales.‡

* El catálogo no necesariamente corresponde con los diagnósticos efectivamente atendidos.

‡ De los otros 50 diagnósticos, a) 5 son comorbilidades o procedimientos secundarios, b) 2 no son código primario de hospitalización, c) 18 fracturas cerradas para el SPSS son causa básica de hospitalización y en el IMSS se atienden ambulatoriamente, d) 24 procedimientos para el SPSS son causa básica de atención y en el IMSS se realizan como parte de la atención integral hospitalaria porque por sí solos no son causa básica de hospitalización, e) 1, la neumonía causada por *Haemophilus influenzae* se considera en ambas instituciones.

Tabla 2. IMSS-SPSS: Cobertura Hospitalaria por Diagnóstico de Segundo Nivel, 2008

Descripción	IMSS-2008	CAUSES-2008
	Segundo Nivel	Diagnósticos Hospitalarios
Número total de diagnósticos diferentes*	10,335	792
Porcentaje		7.66

* Incluye procedimientos propios de la acción terapéutica de un diagnóstico
Fuente: IMSS, 2010

En 2010, de los 742 diagnósticos de las 113 intervenciones hospitalarias del CAUSES de segundo nivel, en el IMSS fueron atendidos 1,127,931 egresos hospitalarios. Si el IMSS limitara su atención a los 742 diagnósticos del CAUSES hubiera dejado sin atención a 1,021,031 pacientes, quienes presentaron diagnósticos no incluidos en el CAUSES hospitalario.

Con estas comparaciones se pone de relieve la limitada efectividad del derecho a la protección de la salud bajo el modelo del SPSS, ya que si bien incluye intervenciones relacionadas con un conjunto limitado de diagnósticos, el problema radica en la demanda mucho mayor de la población y las intervenciones son también mucho más diversificadas. De circunscribirse al catálogo del CAUSES como referente dejaría sin atención a un conjunto muy grande de la población, no sólo en número de personas, sino especialmente en cuanto a los problemas de salud no atendidos. De aplicarse un esquema similar de cobertura en salud a toda la población, a la exclusión existente se incrementaría mucho más la exclusión por necesidades de atención.

Además de las coberturas diferenciadas entre instituciones, otros indicadores sobre prestación de los servicios de salud muestran importantes contrastes. Por ejemplo, en los niveles de atención: consulta externa en el primer nivel de atención donde se resuelve una alta proporción de los problemas de salud, o bien se remiten al segundo o tercer nivel de atención para intervenciones médicas de mayor complejidad, con especialidades y

subespecialidades y mayores recursos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento; o para intervenciones quirúrgicas, también de mayor complejidad.

En el primer nivel, de acuerdo a la organización institucional específica, se registra el mayor número de las consultas externas. En el Sistema Nacional de Salud, en el año 2009 se otorgaron en promedio 2.75 consultas por habitante, de las cuales dos tercios fueron consultas generales y las demás de especialidades o urgencias. Las instituciones de seguridad social brindaron poco más de la mitad (53.23%) y sólo el IMSS atendió 39.29% del total mientras el SPSS alcanzó un porcentaje de 17.31 del total de consultas externas (Tabla 3).

Tabla 3. Consultas externas por tipo según Institución, 2009.

Institución	Total	Porcentaje	General	Especializada	Urgencias	Odontológica
Nacional *	303, 930, 542	100%	210, 657, 238	47, 734, 720	29, 472, 250	16, 066, 334
Población no derechohabiente	142, 151, 196	46.77%	108, 335, 154	16, 423, 565	8, 309, 769	9, 082, 708
Seguro popular**	52, 618, 924	17.31%	48, 974, 922	769, 370	2, 874, 632	s.d.
Población derechohabiente	161, 779, 346	53.23%	102, 322, 084	31, 311, 155	21, 162, 481	6, 983, 626
IMSS	119, 414, 609	39.29%	79, 140, 571	18, 028, 340	17, 890, 927	4, 354, 771

* Información de instituciones del sector público. No incluye sector privado.

** Los valores del Seguro Popular se tomaron de Boletín de información estadística. No 29, año 2009 (Secretaría de Salud, 2010c).

Fuente: SSA, DGIS. Boletín de Información Estadística No. 29, vol. III. 2009.

SINAIS. (2011)

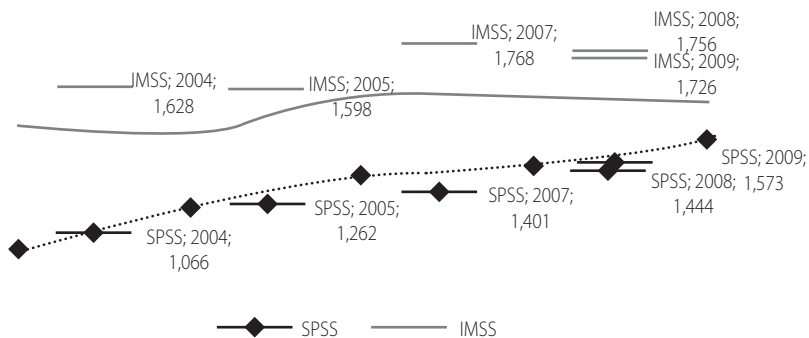
Las consultas externas otorgadas por tipo de especialidad muestran al IMSS con mayor capacidad de atención en comparación con el SPSS. Así, del total de consultas otorgadas a nivel nacional, el SPSS brindó 1.6% mientras el IMSS atendió 37.7%, es decir, 23 veces más consultas de especialidad. Las consultas por atención a urgencias son en proporción 6 veces más para el IMSS (60.7%) que para el SPSS (9.75%).

El volumen total de consultas generales, de especialidad y de urgencias ya muestra una diferencia muy importante. Al ponderarla y calcular la tasa de consultas por cada mil personas afiliadas, en el SPSS se observa (Gráfica 2) un incremento progresivo durante el período 2004-2009 pero en todo los años menor a la observada en el IMSS. La mayor brecha se observa en el año 2004, cuando entró en operación el SPSS, con un porcentaje de 34.5% mayor en el IMSS. En el último año analizado la brecha se cerró a una diferencia de 9.6% entre ambos sistemas de aseguramiento.

El contraste mayor se observa en las consultas de especialidad, valoradas por la tasa de atención según el número de personas afiliadas (Gráfica 3). El IMSS ha mantenido constante la proporción durante el período 2004-2009, con un leve declive; mientras que en el SPSS ha aumentado. Sin embargo, las diferencias en todo el período son mucho mayores que en el caso de las consultas externas. Para el año 2009, el indicador en el IMSS fue de 396 consultas otorgadas mientras que en el SPSS, sólo 25; una diferencia de casi 16 veces más en el IMSS.

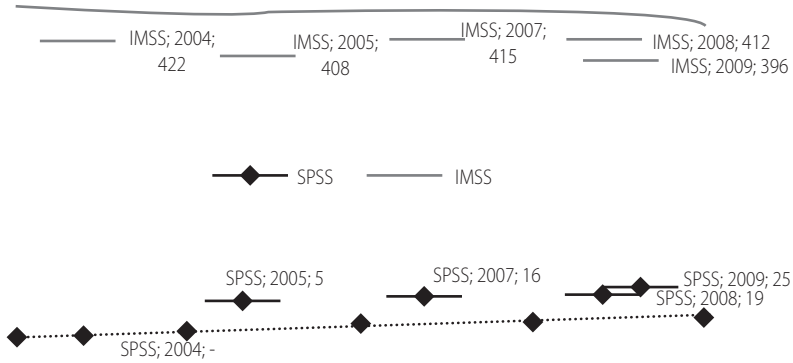
Con las consultas de urgencia otorgadas en el IMSS y el SPSS ocurre algo similar a las consultas de especialidad: se observa una diferencia muy amplia en el año 2004 (Gráfica 4) atribuible a la poca afiliación de

Gráfica 2. Tasa de Consultas de medicina general por cada 1,000 personas afiliadas 2004-2009



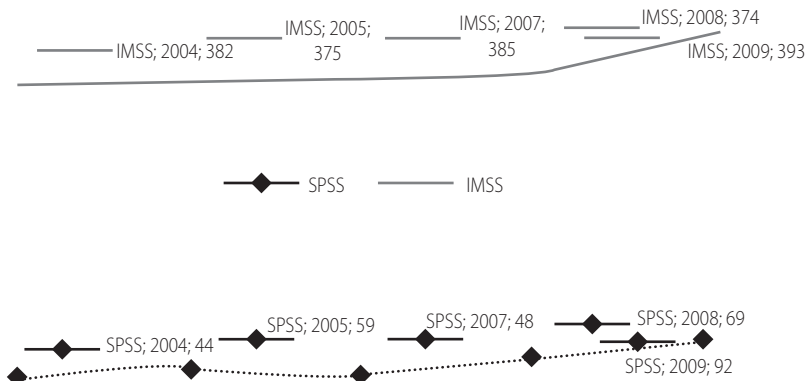
Fuente: Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c)

Gráfica 3. Número de Consultas de especialidades (por 1,000 personas) 2004-2009



Fuente: Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c)

Gráfica 4. Número Consultas de urgencias (por 1,000 personas) 2004-2009



Fuente: Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c)

personas al SPSS en ese año, pero en los años siguientes esa brecha ha permanecido constante. En el año 2009 mientras en el IMSS se otorgaron 17,890,927 de consultas de urgencias, en el SPSS fueron 2,874,632. Las consultas de urgencias otorgadas por el SPSS representan apenas el

23.4% del total de las consultas de urgencia otorgadas por el IMSS, no obstante que el SPSS presenta un incremento de 1100% en número de afiliados durante el periodo 2004-2009.

Todo lo anterior revela que si bien en el SPSS hay incremento en el primer nivel de atención reflejado en los valores de consulta externa, este crecimiento no tiene un efecto significativo en las consultas de especialidad para los padecimientos más complejos del segundo y tercer nivel de atención. La poca capacidad resolutoria de las necesidades de atención en el SPSS se evidencia por las consultas de urgencia, las cuales por su naturaleza requieren de infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados para actuar con rapidez y eficacia.

Otro componente para valorar la capacidad de atender las necesidades de la población son los indicadores relacionados con la atención hospitalaria, porque permiten también valorar los resultados del segundo y tercer niveles de atención. Se analizan la proporción de día-paciente, como valoración de la atención hospitalaria recibida por los usuarios; los egresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas y la proporción de mortalidad hospitalaria.

Sobre el indicador días-paciente, los datos de la tabla 4 muestran que del total nacional, durante el periodo 2005-2009, el IMSS cubrió 43% días-paciente; la tabla 5 muestra que la misma institución cubrió el 38% de los egresos hospitalarios. En contraste, al SPSS corresponde 8% y 12% respectivamente.

Adicionalmente hay que señalar que el promedio de días-paciente se relaciona con la complejidad de los padecimientos atendidos porque a mayor complejidad mayor promedio de estancia hospitalaria y por lo tanto mayor valor del indicador día-paciente. El IMSS durante el periodo 2005-2009 presenta un promedio de 4.72 días-paciente, mientras en el SPSS es 2.64 días-paciente, lo que ratifica la menor complejidad de las intervenciones realizadas bajo el modelo de aseguramiento del SPSS. Al comparar solo las 792 intervenciones de segundo nivel del CAUSES atendidas en el IMSS y en el SPSS, el promedio de días-paciente es 2.84* y 2.60† respectivamente. La diferencia de 0.24, además de la complejidad

* En hospitales de Segundo Nivel.

† Informe de resultados SPSS 2009 (Secretaría de Salud, 2010a, p. 74)

Tabla 4. Días paciente por institución, 2005-2009

Institución	Días Paciente					Total	Porcentaje
	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009	c/total nacional
IMSS	9,007,140	9,021,901	9,263,630	9,236,168	9,286,262	45,815,101	42.84%
Seguro Popular	671,982	904,514	1,475,613	2,236,249	3,046,325	8,334,683	7.79%
Secretaría de Salud (sin Seguro Popular)	7,873,556	7,896,536	6,976,988	6,770,828	6,385,607	35,903,515	33.57%
IMSS-Oportunidades	614,741	617,488	652,876	635,377	651,396	3,171,878	2.96%
ISSSTE	1,761,078	1,676,387	1,966,885	1,772,349	1,790,188	8,966,887	8.38%
PEMEX	257,394	260,420	262,618	256,366	258,641	1,295,440	1.21%
Total SNS	20,882,348	21,021,963	21,300,917	21,620,215	22,118,088	106,943,531	100%

Fuente: Elaborada con datos de: Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c).

de las intervenciones, podría implicar mayor mortalidad hospitalaria en el SPSS.

Los egresos hospitalarios también permiten valorar la magnitud de las intervenciones y la capacidad de respuesta a las necesidades de atención de la población. Los datos muestran (Tabla 5) que entre el IMSS y la Secretaría de Salud, excluyendo el SPSS, producen casi 71% de los egresos hospitalarios, mientras que el Seguro Popular solo el 12.31%, similar a las cifras del ISSSTE e IMSS-Oportunidades juntos. Esto significa que la cobertura a casi la mitad de la población del SPSS, no se expresa en una capacidad de atención similar para las necesidades de la población asegurada, lo que evidencia nuevamente que la afiliación no garantiza el acceso y la resolución de los problemas de salud de los afiliados.

Tabla 5. 2005-2009: Egresos hospitalarios por institución

Institución	Egresos					Porcentaje	
	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009	c/total nacional
IMSS	1,939,148	1,913,787	1,965,578	1,972,004	1,915,268	9,705,785	37.81%
Seguro Popular	253,591	330,074	545,118	862,440	1,169,889	3,161,112	12.31%
Secretaría de Salud (sin Seguro Popular)	1,804,989	1,844,471	1,802,147	1,601,407	1,460,590	8,513,604	33.17%
IMSS-Oportunidades	220 367	217 540	214 550	209,186	209,525	1,071,168	4.17%
ISSSTE	341 299	348 641	364 714	381,938	389,076	1,825,668	7.11%
PEMEX	69 575	70 739	71 918	71,680	71,797	355,709	1.39%
Total SNS	4,832,146	4,914,234	5,148,431	5,288,706	5,486,760	25,670,277	100%

Fuente: Elaborada con datos de: *Boletín de Información Estadística* (Secretaría de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c).

Al calcular el número de egresos hospitalarios por 1,000 derechohabientes en el año 2005 y compararlos, se observa que en el IMSS se registraron 47.3 egresos y en el SPSS, 22.2. A pesar de que durante el período 2005-2009 el número de egresos en el SPSS aumentó 368.54%, para 2009 la proporción con respecto a la población atendida continuó siendo superior en el IMSS, con 42.1 egresos por cada 1,000 derechohabientes, en comparación a los 38.2 egresos por 1,000 afiliados registrados en el SPSS.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos se presenta algo similar. El IMSS atendió 43.64% y el SPSS 12.37% del total nacional acumulado durante el periodo 2005-2009 (tabla 6). También aquí se observa incremento de 264.18% en el SPSS durante el periodo, pero aun así permanece la diferencia de casi dos veces más atenciones en el IMSS para el año 2009.

Tabla 6. Eventos quirúrgicos por institución, 2005-2009

Institución	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Porcentaje
						2005-2009	c/Total Nacional
IMSS	1,423,199	1,403,058	1,431,597	1,437,323	1,441,872	7,137,049	43.64%
Seguro popular	204,913	214,819	327,459	528,997	746,257	2,022,445	12.37%
Total SNS	3,130,293	3,156,081	3,199,698	3,391,327	3,476,635	16,354,034	100%

Fuente: Elaborada con datos de: Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009b, 2010c).

En 2009, la tasa de cirugías por cada 100 egresos hospitalarios fue de 75 para el IMSS y 63 para el SPSS. Al considerar la tasa de procedimientos quirúrgicos por cada 100,000 personas afiliadas para el mismo año, el IMSS continúa con mayor volumen relativo de intervenciones: 2,935 cirugías en el IMSS, y 2,397 en el SPSS (Secretaría de Salud, 2010c).

Una mirada complementaria sobre datos hospitalarios se relaciona con las defunciones, porque la proporción de ocurrencia de las mismas en hospitales con relación a sus egresos, permiten evaluar la capacidad resolutive y de la atención brindada; y establecer un referente más sobre la forma como el derecho a la protección de la salud se concreta. Al comparar la mortalidad hospitalaria del IMSS del segundo nivel de atención con la del SPSS se observa que este último tiene casi cinco veces más muertes por cada cien egresos hospitalarios (Tabla 7).

El valor absoluto de la mortalidad del SPSS es casi tres veces mayor que la del IMSS, lo que sugiere que las unidades médicas donde se atiende a los afiliados al SPSS tienen menor capacidad de respuesta técnica, de infraestructura, recursos de atención y, probablemente, poca articulación con las especificidades de las necesidades de salud de la población afiliada. Si a esto se le relaciona con el limitado número de diagnósticos comprendidos en el CAUSES, entonces el panorama adquiere características de gravedad extrema porque los afiliados al SPSS acceden poco y se atienden poco.

Tabla 7. IMSS-SPSS: Defunciones* por cada 100 personas hospitalizadas. 2010

Institución	Defunciones 2010	Egresos Hospitalarios 2010	Porcentaje
IMSS-Segundo Nivel**	14,514	1,127,931	1.29%
Seguro Popular	66,613	1,071,375	6.22%

Fuente: Informe de Resultados SPSS 2010 (Secretaría de Salud, 2011, pp. 69,74).

*La comparación de mortalidad corresponde a los diagnósticos del CAUSES hospitalario 2010.

**Las defunciones en el IMSS son la mortalidad registrada en hospitales de Segundo Nivel.

Las defunciones en el SPSS del año 2008 fueron 30,483 y para el año 2010, 66,613; los egresos hospitalarios en el año 2008 fueron 862,440 y 1,071,375 en el año 2010 (Secretaría de Salud, 2009a, 2011); por lo que la tasa de defunciones del SPSS de los años 2008 a 2010, pasó de 35 defunciones por cada mil egresos hospitalarios a 62, en tanto en el IMSS creció de 11 a 13 en el mismo lapso; el incremento de casi 30 puntos en el SPSS, contrasta severamente con los dos puntos de incremento en el IMSS, y muestra que la mortalidad hospitalaria creció 15 veces más en el primer sistema de aseguramiento.

Por último, en la comparación de instituciones para valorar el derecho a la protección de la salud, partir de los datos sobre acceso y disponibilidad de tratamientos farmacológicos, los cuales forman parte de la atención integral para las personas que requieren atención médica o quirúrgica. La garantía de disponibilidad institucional supone el otorgamiento de recursos financieros para su adquisición y simultáneamente representa la suficiencia presupuestal para su operación, ya que el gasto en medicamentos es, después del gasto en servicios personales, la erogación más alta en los costos de operación de los servicios de salud.

Al comparar las 1,153 claves de medicamentos del catálogo del IMSS-2010 con los 10,335 diagnósticos atendidos en ese año, la tasa es de 0.11 claves de medicamentos por cada diagnóstico, mientras el SPSS tiene 368 claves para 792 diagnósticos con una tasa de 0.46 medicamentos por diagnóstico. Una mayor disponibilidad de claves de medicamentos no ne-

cesariamente implica mayor eficiencia terapéutica, y si es una expresión de la polifarmacia; lo que a su vez es un indicador de baja resolutivez técnica y por lo tanto de menor eficiencia diagnóstica.

Además, al comparar el número de claves de medicamentos según grupo terapéutico (Tabla 8), resulta que el IMSS tiene mayor disponibilidad en todos los grupos terapéuticos; sólo por mencionar uno destacado: el grupo de medicamentos oncológicos, en el IMSS ocupa el segundo lugar con 103 claves, mientras en el SPSS es el antepenúltimo lugar por número de claves y dispone solo de 6 medicamentos para este grupo terapéutico.

En adición, el porcentaje de recetas surtidas revela los niveles de abastecimiento de medicamentos y la capacidad de respuesta con relación a las necesidades de atención de la población. El porcentaje de surtimiento para 2009 a nivel nacional fue 75.4% (Secretaría de Salud, 2010b, pp. 31-33). La institución con mayor porcentaje de surtimiento de recetas fue PEMEX con 99.5%; seguido por el IMSS e ISSSTE con un poco más del 97%. Los hospitales de los SESA presentaron el porcentaje más bajo de las Instituciones públicas (56.2%)* y en el caso de SPSS el surtimiento fue de 62% aproximadamente. En el IMSS el promedio nacional de surtimiento de recetas en el año 2010 fue de 99.1% de recetas completamente surtidas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010), mientras en el SPSS 68.7% de los usuarios refiere haber recibido todos o casi todos los medicamentos por el Seguro Popular la última vez cuando se los recetaron (Secretaría de Salud, 2011, p. 86).

En términos generales, todos estos indicadores evidencian una cobertura significativamente mayor en el IMSS con relación al SPSS, mayor respuesta ante las necesidades de atención con más amplia y variada capacidad de ofrecer solución a las demandas de consultas externas generales, de especialidad y de urgencias, así como hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas para un amplio espectro de problemas de salud. También se observa una mayor y mejor disponibilidad de productos farmacológicos en el IMSS, que en el SPSS.

* Los usuarios de los servicios de los SESA no afiliados al SPSS presentan porcentajes de surtimiento completo de recetas de 31 por ciento, y los pacientes afiliados al SPSS el doble.

Tabla 8. Número de Claves de medicamentos, según grupo terapéutico del IMSS y del SPSS, México 2010

Grupo terapéutico	Claves IMSS	Claves SPSS
Enfermedades infecciosas y parasitarias	186	70
Oncología	103	6
Cardiología	71	34
Nefrología y urología	65	7
Gastroenterología	63	19
Endocrinología y metabolismo	60	15
Neurología	58	26
Nutriología	57	11
Hematología	52	11
Psiquiatría	49	26
Neumología	47	13
Soluciones electrolíticas y substitutos del plasma	47	7
Vacunas, toxoides, inmunoglobulinas, antitoxinas	46	24
Analgesia	38	12
Oftalmología	36	11
Gineco-obstetricia	34	12
Anestesia	33	19
Reumatología y traumatología	27	9
Enfermedades inmunoalérgicas	25	9
Planificación familiar	18	10
Dermatología	17	12
Otorrinolaringología	14	2
Intoxicaciones	7	3
Total general	1153	368

Fuente: CAUSES 2010, Comisión Nacional de Protección en Salud (2010), Instituto Mexicano del Seguro Social (2010).

IV. Perspectivas

La existencia de condiciones sociales para que el derecho a la salud sea una realidad, presenta múltiples dificultades que rebasan al sector salud,

pero que para su cumplimiento le obligan a plantear, al menos, la acción intersectorial en la dirección de ofrecer a la población un conjunto de bienes y satisfactores para permitir las mejores condiciones para la vida plena.

En el espacio específico del Derecho a la Protección de la Salud, la situación se circunscribe a las capacidades de intervención del sector salud. La política para hacer efectivo y garantizar ese derecho, evidencia obstáculos graves. El primero y más importante deriva de la forma como se han instrumentado procesos para garantizar la cobertura de atención médica. Así, el sistema de aseguramiento por la vía de la seguridad social, tiene límites impuestos por el acceso al empleo formal. Allí sin duda, las posibilidades de trabajo pleno en condiciones óptimas son cada vez más reducidas, por lo tanto las bases de política pública deben cambiar.

El SPSS como forma de asegurar el Derecho a la Protección de la Salud, evidencia por sí solo y en comparación con el IMSS, una debilidad muy importante. La cobertura, uso de servicios, intervenciones técnicas y capacidad de atención evidencian claras restricciones para hacerlo efectivo.

El aseguramiento del SPSS puede establecer mecanismos de financiamiento factibles, pero ello no se traduce en acciones con capacidad efectiva para satisfacer las necesidades de la población mexicana. Las intervenciones, médicas y quirúrgicas necesarias para atender a la población, bajo el SPSS, son claramente inferiores y más restrictivas que las que dispone el IMSS. Por lo cual es necesario repensar y alinear de forma distinta la política pública dirigida a permitir el ejercicio pleno del Derecho a la Protección de la Salud.

Uno de los aspectos a relevar lo constituye la exigibilidad del Derecho a la Protección de la Salud, tanto política como jurídica. Ambas requieren de la acción ciudadana, pero en ámbitos diferentes. La mayor fortaleza puede encontrarse en la dimensión jurídica, ya que la disposición de instrumentos normativos permite la posibilidad de su procesamiento por la vía de la justiciabilidad, es decir, por la posibilidad de exigir a través de un mecanismo jurídico el cumplimiento o restitución de ese derecho y también, mecanismos de reparación en caso de violación de los derechos.

Sin embargo, la justiciabilidad depende de la existencia de una legislación que garantice el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de un derecho.

Referencias

- Bautista-Arredondo, S., Servan-Mori, E., Colchero, A., Ramírez-Rodríguez, B. y Sosa-Rubio, S. (2014). Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección social universal en salud en México. *Salud Pública de México* 56(1), 18-31.
- Calderón, F. (2012). Sexto Informe de Gobierno, Presidencia de la República. http://calderon.presidencia.gob.mx/informe/sexto/sexto_informe.html
- Comisión Nacional de Protección en Salud. (2010). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2010. México: Secretaría de Salud.
- CONVAL. (2012). Evaluación estratégica de la protección social en México
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, .
- Echeverri, M. E. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 24 (especial), 80-95.
- Gauch, H. G., Jr. (1982). *Multivariate analysis in community ecology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- González Pier, E., Barraza Llorens, M. y Gutierrez Delgado, C. (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos (2a ed.)*. México: Secretaría de Salud. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica.
- INEGI. (2010). Censo de Población y vivienda 2010 Retrieved from http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/pub_y_prod/default.aspx?t=28097, (Consulta el 23/04/2014)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). *Informe de labores 2009-2010 y Programa de actividades 2010*. México: IMSS.
- Laurell, A. C. (1995). La salud: de derecho social a mercancía. En C. Laurell (Ed.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 9-31). México: Friedrich Ebert Stiftung en México / UAM-X
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano* Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. C. y Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva [online]*, 6 (2), 137-148.
- Legendre, P. y Legendre, L. (1998). *Numerical Ecology*. Oxford: Elsevier Scientific.
- López Arellano, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3 (4), 323-335.
- Offe, C. (2007). Some contradictions of the modern welfare state. En C. Pierson y F. G. Castles (Eds.), *The Welfare State Reader* (pp. 66-75). Cambridge: Polity Press.
- PNUD. (2012). *Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas*. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

- Laurell, A. C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. C. y Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva* [online], 6 (2), 137-148.
- Legendre, P. y Legendre, L. (1998). *Numerical Ecology*. Oxford: Elsevier Scientific.
- López Arellano, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3 (4), 323-335.
- Offe, C. (2007). Some contradictions of the modern welfare state. En C. Pierson y F. G. Castles (Eds.), *The Welfare State Reader* (pp. 66-75). Cambridge: Polity Press.
- PNUD. (2012). Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores.
- Secretaría de Salud. (2005). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 24, Vol. III, 2004. México.
- Secretaría de Salud. (2006). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 25, Vol. III, 2005. México.
- Secretaría de Salud. (2007). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 26, Vol. III, 2006. México.
- Secretaría de Salud. (2008). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 27, Vol. III, 2007. México.
- Secretaría de Salud. (2009a). Informe de resultados SPSS 2008. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2009b). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 28, Vol. III, 2008. México.
- Secretaría de Salud. (2010a). Informe de resultados SPSS 2009. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2010b). Observatorio del desempeño hospitalario 2009. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2010c). Servicios otorgados y Programas sustantivos, Boletín de Información Estadística No. 29, Vol. III, 2009. México.
- Secretaría de Salud. (2011). Informe de resultados SPSS 2010. México: Secretaría de Salud.
- SINAIS. (2012). Indicadores básicos de salud. Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>
- Zar, J. H. (1999). *Biostatistical Analysis* (4th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.

Reforma sanitaria y derecho a la salud

Oliva López Arellano, Carolina Tetelboin Henrion, Edgar Jarillo Soto,
María de los Ángeles Garduño Andrade, José Arturo Granados Cosme,
Sergio López Moreno, José Alberto Rivera Márquez, Soledad Rojas-Rajs

I. Introducción

Mucho se ha hablado sobre la necesidad de una reforma sanitaria en México para mejorar la situación de salud del país. Sin embargo, no cualquier propuesta asegura tanto la universalización del acceso a servicios de atención médica; como contar con garantías en salud pública para todos los mexicanos. Para modelar esta reforma es crucial el reconocimiento de que la definición y configuración de los objetivos de salud nacionales, la política sanitaria y el sistema de salud, corresponden a una visión específica de las necesidades sanitarias y sociales, del papel del Estado y de la participación ciudadana, por lo tanto están relacionadas con el tipo de sociedad que aspiramos a construir. Nuestra reflexión y propuesta se fundamenta en el derecho a la salud, no sólo como un ideal social de justicia que subsana desigualdades y promueve la equidad, sino por considerar que como base conceptual de una reforma sanitaria, asegura mejores resultados en salud.

La política social y de salud en las Américas tiene hoy dos grandes tendencias que interpretan de modo diferente el derecho a la salud, si bien existen especificidades y matices en su implementación concreta, según el país. La primera tendencia es la conformación de sistemas sanitarios con modalidad de protección privada en salud, a través del mercado de se-

guros articulados a mecanismos públicos o de cotizaciones y de prepago. Este modelo sanitario limita el papel del Estado a funciones de regulación, a la constitución de fondos públicos que permitan comprar servicios al sector privado; y a brindar servicios de atención en salud para los sectores más pobres de la población, conformados como paquetes limitados de intervenciones (Londoño, 1997; BM, 1993). Ejemplos de esta tendencia son Chile (Labra, 2002; Tetelboin, 2003, 2012), Colombia (Hernández, 2003; Restrepo, 2004; Groote, 2007) y en gran medida, México (Abrantes, 2002; Laurell, 2012). La implementación de estos modelos sanitarios se ha acompañado de argumentos sobre sus bondades para subsanar el problema del creciente gasto en salud. Sin embargo, aunque bajo estos esquemas el financiamiento total a la salud casi se ha duplicado, los efectos sobre la mejoría en la atención a la salud han sido limitados (Muñoz, 2000). En contraparte, se ha agudizado la fragmentación y segmentación, tanto poblacional como institucional, que ha sido señalada en diversas ocasiones como una debilidad estructural del sistema de salud mexicano (Laurell, 2013). Además, gran parte de los recursos invertidos en salud quedan hoy en manos de los nuevos intermediarios con fines de lucro (Laurell, 1993, 2012; Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000; Benach, 2012; Restrepo, 2004). En estos modelos sanitarios, basados en criterios principalmente financieros y de mercado, por encima de las necesidades sociales y de salud de los colectivos, el derecho a la salud se considera garantizado mientras exista ampliación de cobertura, más esto no implica disponer de respuestas integrales para todas las personas ante el mismo problema de salud; ni asegurar el acceso y uso real de los servicios de salud. El término “universal” se utiliza para referirse a un mecanismo de seguro médico formalmente disponible para todos pero que en la práctica “garantiza” solo un número limitado de prestaciones en salud.

La segunda tendencia o proyecto sanitario aspira a la construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario, equitativo y participativo. En América Latina y el Caribe el precursor de este modelo es Cuba; posteriormente con su reforma constitucional de 1988, Brasil implementó el desarrollo del Sistema Único de Salud (Abrantes, 2002); y

ha inspirado la constitución de proyectos sanitarios en algunas ciudades como Bogotá, en Colombia (Vega, 2008) y el Distrito Federal, en México (Laurell, 2005; López y Blanco, 2008). Posteriormente ha orientado propuestas y proyectos de salud de países como Venezuela, Ecuador y Bolivia (Muntaner, 2008; Lévy, 2010; Heredia, 2013). Características comunes de estas experiencias han sido el fortalecimiento del financiamiento público, el impulso a las instituciones estatales prestadoras de servicios de salud y la promoción de formas concretas de participación de la población y los trabajadores de la salud en decisiones y acciones relacionadas con la política sanitaria y el sistema de salud. Adicionalmente, hay que señalar que algunos de estos proyectos sanitarios incluyen en la construcción de la agenda nacional de salud perspectivas como la popular, indígena y de género, ampliando así los objetivos de salud y reconociendo las diversas determinaciones que intervienen en los procesos de salud-enfermedad. En casi todos estos casos, el proyecto sanitario ocurre bajo los lineamientos de nuevas Constituciones Políticas que establecen el derecho a la salud como un eje de orientación fundamental para la definición de la política pública en salud y configuran este derecho en términos de acceso efectivo a las mismas soluciones, ante las mismas necesidades de salud. A diferencia de la primera tendencia descrita, el concepto de universalización alude a que todas las personas tienen derecho de acceso a un conjunto amplio de intervenciones en salud.

Este trabajo argumenta la importancia de sustentar una reforma sanitaria en México en el derecho a la salud, entendiéndolo como un concepto amplio que permita incidir tanto en los determinantes de la salud, lo que implica fomentar la intersectorialidad de la política sanitaria, como en el sistema de salud propiamente dicho. Consideramos que esto puede materializarse en un sistema único de salud, con un modelo de atención que ofrezca las prestaciones y atenciones que actualmente brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que esta institución es la que logra satisfacer de forma más integral el derecho a la protección de la salud. Si bien la implementación, financiamiento y operación de un sistema de salud único en nuestro país implica retos considerables, se considera que los principales

obstáculos no se encuentran en el ámbito operativo y financiero, sino las definiciones ético-políticas, en los contenidos explícitos del derecho a la salud y en los criterios y orientaciones que definen el tipo de modelo sanitario con el que se construye la respuesta social organizada en salud.

II. Derecho a la salud: más que protección y acceso a la atención médica

El artículo 4° de la Constitución Política mexicana plantea que toda persona tiene el derecho a la *protección de la salud*. Esta conceptualización es polisémica y su interpretación particular, para el contexto mexicano, requiere una revisión tanto teórica como práctica. Inicialmente se puede señalar que es un concepto más acotado que el derecho a la salud, pues se refiere únicamente a su protección a través de los servicios de salud y no al goce completo del derecho.

El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales de todas las personas. Por su naturaleza, es complejo, dado que alude a múltiples aspectos de la vida colectiva e individual; que se pueden esquematizar en dos dimensiones de alta relevancia: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad. Los determinantes de la salud aluden a cuestiones estructurales y están relacionados con la garantía de otros derechos, como los económicos, sociales, culturales y ambientales, lo que sugiere la importancia de colocar la salud en el centro de todas las políticas (OMS, 2013). La segunda dimensión se refiere a la respuesta organizada ante los problemas de salud, principalmente representadas por el sistema de salud y definida por las políticas sectoriales, que configuran la forma en que se atienden los problemas de salud. Sea en relación con la primera o la segunda dimensión, el sujeto obligado a garantizar y satisfacer el derecho a la salud, es el Estado. Y esto sólo puede lograrse especificando este derecho en términos políticos, jurídicos, normativos y programáticos en las diversas instancias de la administración pública.

El derecho a la salud tiene así un estatuto amplio, e implica garantizar el acceso a los servicios de atención médica y a los determinantes sociales

de la salud. El gobierno mexicano se ha adherido a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), suscribió ante las Naciones Unidas el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y ante la OEA, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (OEA, 1988). Por tanto, reconoce este derecho en toda su amplitud.

Como derecho inclusivo, el derecho a la salud incluye la atención médica pero va más allá y se relaciona con aspectos que conforman determinantes de la salud: por ejemplo el acceso al agua potable, a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, a nutrición y vivienda apropiadas, a condiciones de sanidad en el trabajo y ambiente; también abarcan el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, Determinantes Sociales de la Salud).

El abordaje de los determinantes sociales de la salud, se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso sobre derecho a la salud (como parte del conjunto de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en las formas como se organizan las sociedades para producir y consumir; así como, por una distribución equitativa de los recursos económicos, de poder y conocimiento para mejorar la calidad de vida, aminorar el sufrimiento y contribuir a la disminución de las inequidades en salud.

En tanto la salud es una necesidad básica (Doyal y Gough, 1991), su satisfacción tiene impacto positivo en la consecución de otras necesidades humanas que permiten el desarrollo de la autonomía y de las potencialidades de las personas. En la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmados por México, se habla de conseguir el “más alto nivel posible de salud” al incluir el derecho a la salud: “...el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”

(OEA, 1988). También se indica que el derecho a la salud debe asumirse en su carácter participativo, ya que supone un proceso colectivo “de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (Observación General 14 del Pacto Internacional de DESC).

Estas precisiones permiten aclarar el alcance reducido del concepto “protección a la salud”. Una parte del problema es que cuando se habla de protección a la salud sólo se considera una de las dimensiones, pero no la única del derecho a la salud, ya que se concibe fundamentalmente como acceso a los servicios de atención médica —si bien estos deben ser universales y suficientes. La cobertura universal efectiva, que sería la expresión de la garantía de acceso a los servicios de atención médica, es uno de los efectos posibles de la protección a la salud, aunque lamentablemente en México no es aún una realidad en el sistema de salud nacional. La protección de la salud se inscribió en la Constitución mexicana desde 1983, en la década de la primera generación de reformas a los sistemas de salud en América Latina y su inclusión en la carta magna puede hacer suponer que desde ese momento la población tuvo mayor protección que en épocas anteriores, sin embargo a partir de la década de los ochenta las tendencias muestran lo contrario: las instituciones de seguridad social y los sistemas de protección que estaban en funcionamiento fueron desmantelados y desarticulados de manera sistemática, si bien en los años en que se iniciaron las reformas no fue posible debilitar por completo a instituciones como el IMSS, que había sido hasta entonces la institución de salud y seguridad social más fuerte del país (Tamez y Eibenschutz, 2008), aunque sus capacidades y alcances se vieron limitados.

Antes de las reformas, las instituciones de salud ya tenían problemas de acceso y cobertura, en un país marcado por las desigualdades sociales y las inequidades en salud. Pero las reformas no buscaron resolverlos, sino que se orientaron por otros objetivos, vinculados a la implementación de un paradigma de mercado (López y Blanco, 2007; Tetelboin, 2006). En el tiempo y como resultado, las políticas sectoriales han favorecido la concentración de la riqueza y el poder, y con ello, han abonado al deterio-

ro de las relaciones sociales, de la gobernabilidad y la convivencia, en la medida que los satisfactores esenciales para la vida digna son inaccesibles para la mayoría de la población y la inequidad se mantiene como característica socio-sanitaria (Linares y López, 2009). Ante esto y observando el impacto de las reformas en el sistema de salud mexicano es que consideramos que el derecho a la salud debe ser el eje que oriente y organice la protección social en salud del país.

III. Tendencias en la política de salud actual

La idea de una reforma sanitaria que conduzca hacia un sistema único de salud está enunciada en la política de salud gubernamental para el sexenio 2012-2018, pero con la orientación específica de incluir prestadores de servicios de salud del sector privado y de constituirlos como actores financiados desde el ámbito público. Desde la Secretaría de Salud se propone “dirigir la política pública en salud hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud” con “intervenciones oportunas y definitivas”, “garantizar la calidad como producto del reordenamiento y el reforzamiento de las regulaciones de los establecimientos y atención médica tanto en el ámbito público como privado” (Juan, 2013). Para lograr la “universalidad de los servicios será necesario reforzar la rectoría de la Secretaría, promover la separación de las funciones, el financiamiento y la prestación de servicios, lograr una articulación plena de todos los actores, a través de una adecuada coordinación y gestión de los recursos disponibles, y trabajar unidos por el Sistema Nacional de Salud, bajo un modelo único, homologado y con la operación de redes y servicios de atención tanto públicas como privadas” (Juan, 2013).

En esta propuesta se pueden identificar las directrices dictadas por el Banco Mundial, que en su Informe del Desarrollo 2012, destaca el imprescindible papel del sector privado en el desarrollo, promueve asociaciones público-privadas para atender necesidades sociales y propone determinar el financiamiento con base en resultados. En los países respaldados por programas del Banco Mundial, en el rubro de Protección social y gestión de riesgos el indi-

cador aumenta de U\$1648 en 2007, a U\$5691 en 2011 y a U\$3502 en 2012, lo que permite concluir que el tema de la protección social está en la agenda del Banco Mundial y muestra el interés por la atención médica como un campo de gran dinamismo económico, que en términos financieros sólo es comparable con otros, del ámbito productivo, como la generación de energía o la construcción de carreteras (Banco Mundial, 2012).

La protección social en salud en México, tal y como se ha conformado en el modelo de atención a la salud, muestra importantes limitaciones (Laurell, 2013), transitar hacia un sistema único de salud es necesario y de su configuración basada en el derecho dependerá la posibilidad de materializarlo o no. En México el sistema de salud está fragmentado y se compone de instituciones que ofrecen diversos tipos de servicios y atenciones en salud, como las de seguridad social asociadas al trabajo formal y desde la década del 2000, el Seguro Popular de Salud (SPS), expresión del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). A pesar de esta segmentación y fragmentación, en México el trabajo formal aún cuenta con la figura del seguro social laboral obligatorio y público (Laurell, 2013) a diferencia de otros países latinoamericanos como Chile y Colombia. El seguro social muestra importantes ventajas frente a otros esquemas de atención en salud. En contraste con la propuesta actual de la política sectorial de salud, consideramos que un sistema único de salud no debe sustituir la seguridad social por un esquema de servicios básicos de salud, ni financiar servicios privados de salud antes de asegurar el pleno funcionamiento y suficiencia de los servicios públicos.

La definición del tipo de sistema de salud al que se aspira es esencial y previa a la discusión de los aspectos financieros, organizativos y de gestión. De otra manera se seguirán implementando y proponiendo soluciones parciales y/o restrictivas que se dirigen sólo a algunos problemas importantes, pero que no resuelven el problema sustancial de la prestación de servicios de atención médica a todos los mexicanos, las necesidades epidemiológicas de la población del país ni la garantía financiera amplia y no restrictiva, como sucede con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Bonilla, Aguilera, 2013).

IV. El seguro médico universal

Se ha planteado que para México el modelo adecuado para un sistema único de salud podría ser el del SPSS, pero en términos del derecho a la protección a la salud, tomar como plataforma para universalizar los servicios al SPSS es regresivo. Las importantes disparidades entre el IMSS y el SPSS muestran que la capacidad para producir servicios es muy diferente. En términos de atenciones médicas, las que actualmente proporciona el IMSS corresponde a 10.494 diagnósticos —según la clasificación de las CIE9 y la CIE10— y a 716 Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRDs). Se trata entonces de 9.609 padecimientos, 361 médicos y 355 quirúrgicos. En contraste el SPSS, que comprende al Seguro Popular de Salud (SPS) con su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), sólo realiza 284 intervenciones; el Fondo para Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) 57; y el Seguro para una Nueva Generación (SNG) 131. Es decir, el SPSS tiene un paquete restringido de intervenciones mientras que el IMSS responde y atiende a más de diez mil diagnósticos. Considerando el primer y segundo nivel de atención, el IMSS brinda 70.8% de las atenciones y el SPSS, solo 7.5%. Para el tercer nivel de atención, el IMSS atiende 46.6% del total de procedimientos (CIE 10), mientras que el FPCG lo hace sólo para 0.7 % del total (IMSS, 2012). En relación con los costos de la atención médica también se observan diferencias: el costo de las consultas externas proporcionadas por el SPSS es de \$1.947 pesos, mientras en el IMSS cuestan \$1.646 pesos; la hospitalización en el SPSS cuestan \$106.716, y en el IMSS \$100.619. Además de ser limitadas las intervenciones del SPSS son más costosas que las del IMSS.

En busca de garantizar el derecho a la salud, la política de salud requiere optar por un modelo de prestación de servicios que efectivamente universalice las atenciones que requieren todos los mexicanos. Fundar un sistema único de salud con base en el SPSS implicaría optar por la versión más limitada del sistema de salud actual y también, vulnerar los derechos de los afiliados vigentes en instituciones de seguridad social como IMSS o ISSSTE, pues se desplazarían hacia un esquema mucho más estrecho de

atenciones. Además, en la práctica un modelo como el del SPSS, puede conducir a importantes incrementos en la inequidad de la atención, pues antes que mejorar la capacidad de resolver problemas de salud, la reduciría.

Como hemos señalado, el SPSS se ha conformado como un seguro médico voluntario, subsidiado, con un paquete limitado de servicios médicos, con predominio curativo, mucho menor al número de intervenciones ofrecidas por el IMSS y por otros institutos de seguridad social. Si continúa siendo el eje de la restructuración del sector, se consolidará como un exiguo paquete subsidiado de intervenciones curativas, y aquellos ciudadanos que necesiten atenciones no incluidas en el paquete tendrían que pagarlas o comprar paquetes complementarios, profundizando la fragmentación de los servicios e invisibilizando los determinantes sociales de la salud (López y Blanco, 2010). En términos del derecho a la protección de la salud, literalmente significará que no tendrán derecho a padecer enfermedades o problemas de salud no incluidos en el paquete, lo que permite afirmar que un esquema de esta naturaleza no es capaz de garantizar la protección de la salud.

En este marco, constituir un Fondo Nacional de Salud tal y como ha sucedido en países como Chile y Colombia, prefigura que los recursos se canalizarían hacia instituciones privadas incorporadas en redes de prestación de servicios, y la compra de servicios estaría a cargo de “articuladoras” quienes realizarían una intermediación financiera sin valor agregado. Esto quiere decir, que se generarían transferencias masivas de recursos públicos hacia el sector privado, lo que implicará un aumento en los elevados costos de intermediación que actualmente representan el 10.8 % del total del gasto en salud, el más alto costo de intermediación entre los países miembros de la OCDE (Ribe et al, 2012).

La propuesta de un Fondo Nacional de Salud está pensada desde la lógica de los instrumentos financieros, buscando dirigir fondos públicos hacia la demanda, comprometiendo una cuota por capitación por afiliado y fomentando competencia por recursos entre proveedores de servicios públicos y privados (que no partirían de iguales condiciones ni ofrecen lo mismo), lo que en teoría permitiría un sistema más eficiente. Sin embargo,

este esquema decretaría el fin de la seguridad social, porque acentuaría el problema de la precaria aportación de las cuotas obrero patronales que se realizan sobre la base de un salario nominal y no real según la base de tributación del ISR, cuestión que ha significado una reducción de los fondos disponibles para el IMSS, además de la caída de la masa salarial por contracción del mercado laboral y de los salarios. El argumento que sostiene que hay que eliminar estas cuotas y homologar los servicios prestados con el SPSS, ya que así todos contarían con un seguro médico, omite señalar los escasos alcances de este seguro.

El sistema público de salud mexicano reproduciría con el SPSS o sus nuevas variantes, sus limitaciones estructurales. Lo público no se fortalecería y la atención sería más fragmentada con la existencia de un mini-paquete garantizado que no está fundamentado en la complejidad epidemiológica del país; con la oferta de múltiples planes de aseguramiento para cubrir el resto de atenciones, contratados según la capacidad de pago de los clientes; y con un mercado de servicios de salud funcionando con fondos públicos. Esto, más que fomentar la participación social en salud, construye consumidores y consolida mercados de servicios de salud, supeeditando el sistema de salud a los mercados. Esto conduce a un sistema de salud inequitativo, excluyente y regresivo, como muestran las evidencias recientes (Chile, Colombia).

Otro problema relevante de orientar una reforma sanitaria con base en un modelo de atención sustentado en la lógica de aseguramiento básico (tipo SPSS) y con esquemas de financiamiento en donde los fondos públicos siguen a la demanda es que se privilegia la atención médica curativa, se comprende la enfermedad como responsabilidad individual y se prefigura como solución el consumo de servicios y de estilos de vida saludables, limitando así las acciones de salud pública y la actuación gubernamental sobre los determinantes sociales de la salud. Todo esto invisibiliza la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud individual y colectiva.

Un sistema único de salud para México, de base pública y solidaria, que se guíe por los principios de integralidad y equidad no es solo una postura ética, sino que un modelo viable, puesto que busca tanto solu-

ciones sociales efectivas para la mayoría de la población, como esquemas eficientes para las finanzas del Estado en sociedades como la mexicana, que requieren de un recaudación directa, racional y redistribuidora más que de impuestos regresivos.

V. El IMSS: el modelo para un sistema único de salud

Para hacer realidad el derecho a la protección de la salud la construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario y equitativo se considera la mejor opción, dado que significaría un esquema que diese prioridad al derecho, por encima de otras consideraciones. El punto de partida para el diseño de un sistema integrado debe ser el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ya que es la institución pública con mayor capacidad resolutoria y cobertura real en la producción de servicios de salud para atender los problemas de enfermedad y muerte de los mexicanos. El IMSS cuenta con infraestructura y cobertura en todo el territorio nacional y en torno al Instituto es posible articular los demás recursos públicos y de seguridad social. Aún con sus carencias actuales, en gran parte derivadas de décadas de desmantelamiento, tiene la capacidad instalada de mayor alcance en México y dispone de un sistema estructurado en niveles de atención con alta capacidad técnica similar a la de los Institutos Nacionales de Salud. Su marco legislativo permitiría además la incorporación de personas fuera del ámbito directo del trabajo y sería posible la implementación de un sistema de provisión de servicios que permita cumplir con el artículo 4º de la Constitución.

Avanzar hacia un sistema único de salud que posibilite la cobertura universal efectiva, equitativa y solidaria de servicios de salud requiere establecer explícitamente la universalidad de la prestación de servicios de atención, sin segmentación entre la población, con la articulación de los niveles de atención con base en la atención primaria y con recursos suficientes. Sobre el problema de los recursos financieros, hay que plantear tres cuestiones relevantes: a) la disponibilidad presupuestaria y las fuentes de su obtención, b) la distribución entre instituciones y población, c) el

ejercicio del gasto asignado, la oportunidad, el costo y la transparencia. La estimación que puede hacerse sobre la base de la prestación universal de servicios de atención médica, puede tomar como referencia al IMSS e ISSSTE que dedican solo a prestación de servicios de atención 258 mil millones de pesos y atienden a 49.3 millones de personas. Para prestar los mismos servicios a toda la población se requeriría un presupuesto de 612 mil millones (3.62 % del PIB de 2013). Es decir, serían necesarios 254 mil millones adicionales (1.5% del PIB de 2013) al presupuesto actual de todas las instituciones del sector salud.

Evidentemente, para hacer viable una propuesta con estas características, se requieren recursos financieros, humanos y materiales, pero esto puede lograrse a través de una reforma fiscal progresiva (Bárcena, 2012), que elimine los privilegios fiscales y combata la evasión y la elusión que practican sobre todo las grandes empresas en México, así como evitando impuestos regresivos como el IVA que gravan a los más frágiles (Márquez, 2012).

Desde el punto de vista de las capacidades operativas y técnicas para su construcción, México cuenta con un importante capital institucional y cultural para iniciar, gracias a las instituciones públicas de salud y seguridad social. La solidez de la Secretaría de Salud Federal, los logros de los sistemas estatales de salud y la capacidad de producción de servicios de la seguridad social, son fortalezas que hay que aprovechar, pues todas estas instituciones son quienes brindan actualmente la atención para la mayor parte de la población mexicana. El reto será lograr avanzar hacia una articulación e integración funcional entre las hoy atomizadas instituciones públicas y de seguridad, homologando los servicios prestados con el referente de la prestación de servicios más amplia, sin perder los beneficios ya alcanzados por afiliados a los sistemas de salud y con base al concepto de ciudadanía. Temas centrales a definir para hacer viable esta articulación son la regulación y la modificación normativa: quiénes y con qué instrumentos se regula, hacia dónde se dirige la regulación y cuáles son sus límites.

Junto con las cuestiones financieras, operativas y los marcos regulatorios, hay que señalar que impulsar un proyecto sanitario diferente requiere de con-

diciones y voluntad política para la realización de un diálogo social amplio en torno a un eje de interés público, como es la salud de los mexicanos. La construcción de un sistema único de salud requiere de una redistribución de los recursos sociales y de una estrategia de desarrollo orientada por el interés de garantizar derechos. En tal sentido, en aspecto estratégico es la conformación de una verdadera alianza entre lo público y la seguridad social en cuanto a los temas financieros, a la definición de las prestaciones, de las condiciones laborales y de los derechos particulares como los de los pacientes y los trabajadores. El diálogo social y la reflexión sobre el rumbo del sistema sanitario deberán estar basados en la justicia, los derechos, la participación social y en el acceso a los bienes y servicios socialmente generados.

Si se logra construir un Sistema Único de Salud con estas características y se garantiza efectivamente el derecho a la salud, es entonces posible la incorporación de sectores profesionales privados, no lucrativos, al sistema público de salud. Para ello será importante limitar la influencia de empresas nacionales o transnacionales “de salud” y el gran peso que actualmente tienen las compañías aseguradoras, farmacéuticas, y otros jugadores del mercado de la salud, que promueven la privatización y mercantilización del sector de manera permanente.

VI. Reflexiones finales

La desigualdad estructural que caracteriza al país se expresa en las diferencias para garantizar el derecho a la salud y su atención y se manifiesta en forma notable en las inequidades de clase y género, en las dificultades para ejercer este derecho en las mujeres, los jóvenes, los niños y las niñas. Así mismo, la disponibilidad, cobertura y acceso a servicios de salud es muy heterogénea entre municipios, entidades, regiones y grupos sociales. Existe población sin acceso regular a los servicios y problemas de gran trascendencia social o con comportamiento epidémico como el sobrepeso y la obesidad, la diabetes mellitus, el cáncer cérvico-uterino, el cáncer mamario y la muerte materna (MM), que mantienen un componente importante de inequidad.

El sistema de salud es hoy más fragmentado y las instituciones de protección social han sido parcialmente desmanteladas. Los programas de salud, además de estar diseñados en la lógica de focalización y selectividad, tienen estructuras que limitan su eficiencia. Además, la atomización programática resultante de su orientación a problemas particulares, impide la articulación entre aquellos que podrían compartir actividades, recursos e información. Esto limita el impacto de las acciones y con frecuencia ocasiona que las funciones se dupliquen, encareciendo las intervenciones. En este contexto, la tecnocracia argumenta sobre la ineficiencia e improductividad de lo público y promueve la lógica mercantil, pero soslaya la responsabilidad de las políticas gubernamentales de corte neoliberal que desde hace 30 años, alientan los procesos de fragmentación institucional y de privatización de lo público rentable.

La promoción del mercado como el ordenador general del sistema de salud, la apuesta a la privatización de los servicios como alternativa para racionalizar costos, reducir la ineficiencia del sector público y —a través de la competencia por los fondos— mejorar la calidad de los servicios prestados; configura un sistema de salud más segmentado, que no garantiza la equidad de acceso, la homogeneidad en la calidad del servicio y mucho menos fortalece la plataforma institucional para hacer realidad el Derecho a la Salud, pues se renuncia a una concepción de derecho universal y la sustituye por una visión restrictiva de atención condicionada al prepago de un servicio. El sujeto de derecho, se transforma en consumidor o cliente y la protección de la salud se transforma en mercancía.

Una propuesta de universalidad integral y solidaria, distinta a la cobertura por garantía de financiamiento como la actual, debe transitar más que hacia beneficios universales garantizados, hacia la universalización con responsabilidad pública y ciudadana, garantizada constitucionalmente. Más allá de garantizar el acceso a paquetes de servicios, la reorganización del sector debe brindar atención a la salud por instituciones públicas y de seguridad social integradas en el financiamiento y la prestación, sin competencias económicas o de lucro, que son destructivas, distantes y ajenas a la naturaleza de un modelo de atención universal, regida más por la

eficacia médica que por la eficiencia económica. La experiencia acumulada del sector salud en México puede ponerse en función de estos objetivos y hacer viable este proyecto.

La convicción acerca de la importancia de cambiar el rumbo y abandonar la lógica de mercado en la atención a la salud se fundamenta en el análisis de los adversos resultados de las reformas de 1994 para el IMSS y 1997 para el ISSSTE. En ambos casos, implicaron significativas restricciones y deterioro en su financiamiento y operación. En contraste, el sector privado se fortaleció implementando prácticas monopólicas y concentradoras, por ejemplo el Grupo Ángeles. Actualmente, este sector busca expandirse a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) para el desarrollo del mercado de la salud.

No sólo en México se cuenta con experiencias negativas sobre el modelo mercantilizado. En otros países con modelos similares se ha observado que los resultados no son lo esperados. El aumento del gasto en salud no ha fortalecido los servicios públicos ni se ha constatado en mejores servicios para la mayoría de la población. Las ganancias de un modelo mercantil son para las empresas y grupos financieros, vulnerando sobre todo la equidad y el acceso a la atención médica. El caso de Chile demuestra que desde la dictadura pinochetista, la inequidad en salud se mantiene, dado que la mitad de los recursos cubren al 18% de la población y con la otra mitad se atiende al 82% restante. Su política actual de garantías explícitas en salud (AUGE/GES), reproduce esta misma tendencia, pues constituye un sistema de priorización que rompe con la lógica de la atención médica de brindar atención según las necesidades de salud. Adicionalmente, al judicializarla con el supuesto argumento de la exigibilidad de derechos (individuales), la compra de servicios privados es incentivada. En Colombia la reforma en salud produjo la quiebra del sistema público y de la seguridad social y se ha hecho notorio el interés meramente comercial del sector privado y su incapacidad como administradores de recursos públicos o de seguridad social. Grandes fortunas se han constituido en torno a las actividades sanitarias comerciales sin resolver las graves carencias de atención de la población colombiana. En ninguno de estos casos

las reformas y proyectos sanitarios se orientan con base en el derecho a la salud. Por ello, no es su prioridad garantizarlo.

Garantizar el derecho a la salud y el derecho a la protección a la salud en nuestro país requiere la movilización de la sociedad para – a través de lo público – resolver cualitativa y cuantitativamente necesidades humanas y desarrollar capacidades individuales y colectivas. El vínculo entre los aspectos estructurales y la perspectiva de derechos aporta herramientas a los procesos organizativos de exigibilidad de las obligaciones del Estado para transformar los determinantes sociales de la salud y garantizar el derecho a la salud desde el ámbito institucional.

Referencias

- Abrantes, R. y Almeida, C. (2002), Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México, en *Cad. De Saúde Pública*, Río de Janeiro; 18(4):971-989.
- Banco Mundial (1993), Informe sobre el desarrollo mundial 1993, *Invertir en Salud*, Washington, USA, capítulos 2, 3 y 5.
- Banco Mundial (2012), Informe Anual 2012. Disponible en: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/annual_report_2012_sp?mode=window&backgroundColor=%23222222
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G., et. al. (2012), capítulo IV, Golpes de Estado sobre la sanidad, en *La sanidad está en venta; y también la salud*, Icaria Ed., España.
- Bárcena, A. y Serra, N., editores (2012), *Reforma Fiscal en América Latina. ¿Qué fiscalidad para qué desarrollo?*, CEPAL, CIDOP, Santiago, Chile.
- Bonilla ME, Aguilera N. (2013), *The Mexican Social protection System in Health*. The World Bank, Washington D.C.
- CEPAL (2012), *Reforma fiscal en América Latina. ¿Qué fiscalidad para qué desarrollo?* Chile.
- Doyal L. Gough I (1991), *A theory of human needs*. Londres: Mc Millan.
- IMSS (2012), División de Información en Salud. México, D.F.
- Groote, T., De Paepe, P. y Unger, J. (2007), Colombia: prueba en vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo, en *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 25(1):106-17.
- Heredia, N. (2013), La prevención en las políticas y acciones de la salud en Bolivia, ponencia, Foro Vigencia y pertinencia de la prevención en la atención primaria y la salud comunitaria, UAM-X, 26 de febrero.
- Hernández, M. (2003), El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina, en *Rev. Cubana de Salud Pública* 29(3):228-235.
- Iriart, C., Merhy, E., Waitzkin, H. (2000), La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 16(1):95-105.
- Juan, Mercedes (2013). Intervención de la Secretaria de Salud, Mercedes Juan, durante la conmemoración del Día Mundial de la Salud 2013 “La Hipertensión”, en el Palacio Nacional.

- Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2013-04-02_6238.html
- Labra M. (2002), La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud, en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):1041-1052.
- Laurell, A.C. (1993), La salud: de derecho social a mercancía, en Laurell, Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, Fundación Friedrich Ebert, México.
- Laurell, A.C. (2005) La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas, en *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina*, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).
- Laurell, A.C. (2012), Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México, Investigación y Políticas, Programa CLACSO-CROP, Buenos Aires.
- Laurell, A.C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: CLACSO.
- Levy S. (2003), Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002-2003. *Diario Oficial de la Federación*, México, 30 de junio.
- Lévy, J. y Malo, M. editores (2010), De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate, Venezuela, IAES.
- Linares N. y López O. (2009) Los efectos de las transformaciones del sistema público salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*, Vol. 5(2):237-257, mayo-agosto.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997), Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, en *Rev. Salud y Gerencia*, 15:5-28.
- López O. y Blanco J. (2010), Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En: Peña F. y Parra B. (Coord.) *La medicina social en México. II. Globalización neoliberal*, ALAMES-MX/Ed. Eón/ENAH, 55-64.
- López O. y Blanco J. (2008) Caminos divergentes para la protección social en salud en México, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3):319-333, Septiembre - Diciembre.
- Márquez D. (2012), Observatorio Económico. *La Jornada*, 3 de noviembre.
- López O. y Blanco J. (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Guinsberg E. (Coord.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Argentina, pp. 21-48
- Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata R., Williams, L., Benach, J. (2008), Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos, en *Rev. Medicina Social*, vol.3, N°4. (www.medicinasocial.info)
- Muñoz, F., López A., D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larriou, M., Ubilla, S. y Zeballos, J. (2000), Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud, en *Rev. Panam. Salud Pública*, 8(1/2).
- OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"). Asamblea General de la OEA, 18 Periodo de Sesiones. San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Restrepo, J. (2004), Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados en salud, en *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*, v.3, fasc. 6:8-34.
- Ribe H, D Robalino, I Walker (2012), From right to reality: incentives labor market and the challenge of universal social protection in Latin America and the Caribbean. World Bank. Washington, D.C.
- Secretaria de Salud (2011), Boletín de Información Estadística en Salud. México D.F.
- Sen A. (2002), ¿Por qué la equidad en salud?, en *Rev. Panam. Salud Pública* 11(5/6):302-309.
- Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2011. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inforres2012.pdf>
- Tamez, S. & Eibenschutz, C. (2008) El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10, supl.1, Bogotá, Colombia, p. 133-145.
- Tetelboin, C. (2003), La Transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile: 1973-1990. Reformas de Primera Generación, UAM-Xochimilco, México, 267 p.
- Tetelboin, C. (2006), Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina, En Jarillo, E. y Enrique Guinsberg (coords.), *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Bs. As., Argentina.
- Tetelboin, C. (2012), Sistema de salud, desarrollo y derechos en Chile. Una cuestión a construir, en Amelia Cohn (Org.), *Reformas de salud y desarrollo en América Latina: desafíos para la articulación entre derecho a la salud y desarrollo*, BANDES/Centro Celso Furtado, Río de Janeiro, Brasil, en prensa.
- Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P., Restrepo, M. (2008), La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud, volumen 3, número 2. www.medicinasocial.info

Sobre los autores

Alfaro Griselda

Investigadora de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina

Álvarez Díaz Jorge Alberto

Profesor Invitado del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Delgado Campos Victoria Ixshel

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Garduño Andrade María de los Ángeles

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

González de León Deyanira

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

González Delgado Adriana

Profesora del Departamento de Salud y Ambiente. Instituto Politécnico
Nacional, México

Granados Cosme José Arturo

Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Jarillo Soto Edgar C.

Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Londoño Julián H.

Maestría en Administración de Sistemas de Salud. Facultad de
Contaduría y Administración, UNAM. Consultor independiente en
administración y gestión de servicios de salud.

López Arellano Oliva

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

López Moreno Sergio

Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Medina Gómez Oswaldo Sinoe

Profesor. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Moreno Altamirano Alejandra

Profesora. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
UNAM.

Rivera Márquez José Alberto

Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Rojas Rajs Soledad

Profesora del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Salinas Addis Abeba

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Tetelboin Henrion Carolina

Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco



Derecho a la Salud en México

Se terminó de imprimir en noviembre de 2015.
La edición consta de 500 ejemplares

