

Cinco miradas sobre el derecho a la salud

Estudios de caso en
México, El Salvador y Nicaragua



Mariana Pérez Argüelles
(Coordinadora)

Cinco miradas sobre el derecho a la salud

Estudios de caso en
México, El Salvador y Nicaragua

Mariana Pérez Argüelles
(Coordinadora)

**Cinco miradas al derecho a la salud.
Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua**

Mariana Pérez, Coordinadora
Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Este trabajo se realizó gracias al generoso apoyo de
Fundación Ford

Coordinación editorial: Mariana Pérez

Corrección de estilo: Arturo Miranda

Diseño de forros: Iván Aguilar

Diseño interno y formación: Genio y Figura

Impresión: Dissa impresores

© 2010 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.
Cerrada de Alberto Zamora núm 21, Villa Coyoacán, C.P. 04000,
México D.F.

ISBN: 978-607-7631-04-0
Impreso en México, D.F.

Presentación	7
Capítulo 1: Consideraciones generales sobre el derecho a la salud	13
1.1. ¿Qué significa tener un derecho?	13
1.2. La salud como derecho	14
1.3. Definición del derecho a la salud	15
Capítulo 2: Metodología y marco de referencia	19
2.1. PIDESC	20
2.1.1. El contenido del derecho a la salud según el PIDESC	20
2.1.2. El contenido mínimo	21
2.1.3. Obligaciones del Estado	22
2.2. Indicadores del derecho a la salud	23
Capítulo 3: El derecho a la salud reproductiva en Nicaragua: Logros y desafíos	27
3.1. El derecho a la salud reproductiva	29
3.2. Metodología	33
3.3. Resultados	35
3.3.1. Derecho a la salud y a la salud reproductiva en las reformas del sector salud en Nicaragua	35
3.3.2. Financiamiento de la salud en Nicaragua	39
3.3.3. Derecho a la salud y a la salud reproductiva en el contexto jurídico nicaragüense	39
3.3.4. Situación de salud reproductiva en Nicaragua	45
3.3.5. Resultados de la encuesta comunitaria a población en edad reproductiva	57
3.3.6. Resultados de la entrevista a prestadores e servicios de SR (MINSA Y ONGS)	63
3.4. Conclusiones	64
3.4.1. Ámbito normativo	64
3.4.2. Ámbito de la estructura social	65
3.5. Desafíos y agenda pendiente	67
Capítulo 4: Políticas públicas, presupuesto y salud de la niñez salvadoreña. Un enfoque de derechos	69
Presentación	73
4.1. Marco conceptual y metodológico	73
4.2. Marco jurídico sobre el derecho a la salud.	76
4.2.1. La definición del derecho a la salud en la legislación salvadoreña	76

4.2.2. Los principios y contenidos que plantea la Constitución respecto del derecho a la salud	77
4.3. Contexto: situación de la salud en El Salvador	80
4.3.1. Condiciones socioeconómicas	80
4.3.2. Acceso al sistema de salud	82
4.3.3. Mortalidad infantil	83
4.4. Características del sistema de salud salvadoreño	84
4.5. Evaluación de las políticas públicas vigentes en materia de salud	89
4.5.1. Red Solidaria	89
4.5.2. FOSALUD	90
4.5.3. Programa de Atención Integral en Salud a la Niñez	92
4.5.4. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	93
4.5.5. Escuela saludable	94
4.6. La salud de la niñez y el Presupuesto General de la Nación (PGN)	97
4.6.1. El Presupuesto General de la Nación	99
4.6.2. Asignación a las instituciones	99
4.6.3. Clasificación económica del gasto	103
4.6.4. Gasto por rubro de agrupación	106
4.6.5. Composición de unidades presupuestarias y líneas de trabajo	108
4.7. Conclusiones y recomendaciones	110
 Capítulo 5: Sistema de Protección Social en Salud: ¿Avances para la realización del derecho a la salud en México?	117
Introducción	119
5.1. Metodología y marco conceptual	123
5.2. Marco legal	128
5.3. Seguro Popular: conceptos básicos	130
5.4. El Seguro Popular a la luz del derecho a la salud	134
5.4.1. Intervenciones y medicamentos. ¿Avances?	134
5.4.2. Afiliación: inequidades sin resolver	136
5.4.3. Infraestructura y recursos humanos. Tareas pendientes en accesibilidad, calidad y disponibilidad	149
5.4.4. Gasto en salud. Más dinero, resultados poco contundentes	153
5.5. Rendición de cuentas y participación ciudadana	158
5.6. Conclusiones	161

Capítulo 6: Dos padecimientos de la pobreza y la exclusión en Chiapas: desnutrición y tuberculosis	177
Presentación	179
6.1. Metodología	191
6.2. Marco jurídico	182
6.2.1. Legislación estatal	185
6.3. Los determinantes sociales de la salud	186
6.4. La desnutrición de los menores de cinco años en Chiapas	188
6.4.1. Indicadores de desnutrición en Chiapas	191
6.4.2. Estado de nutrición de la población menor de cinco años	194
6.4.2.1. El estado de nutrición de indígenas menores de cinco años	196
6.4.3. Los programas	198
6.5. Conclusiones y recomendaciones	200
6.6. Tuberculosis pulmonar	206
6.6.1. La tuberculosis pulmonar en Chiapas	208
6.6.2. Los Altos de Chiapas: más enfermos invisibilizados	211
6.6.3. El Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)	216
6.6.4. Conclusiones y recomendaciones	222
 Capítulo 7: Casos de daños a la salud por contaminación en los estados de Tlaxcala y Puebla	 231
Presentación	232
7.1. Contexto	234
7.1.1. Planteamiento del problema	236
7.1.2. Objetivos del estudio de caso	240
7.1.3. Contexto del territorio en la cuenca Atoyac Zahuapan	240
7.2. Metodología	245
7.2.1. Marco de referencia	249
7.3. Desarrollo del estudio de caso	250
7.3.1. Organismos públicos y marco legal de las instituciones encargadas del derecho a la salud y de un ambiente sano	250
7.3.2. Agua y saneamiento como factores condicionantes en el derecho a la salud	256
7.3.3. Daños a la salud	261
7.3.3.1. Daños genotóxicos. Estudio del Instituto de Investigaciones Biomédicas	268
7.4 Conclusiones y recomendaciones	270
 Reflexiones finales	 291

Presentación

A finales de los años ochenta, el debate y la demanda por el cumplimiento de los derechos humanos en América Latina había girado, principalmente, en torno de los derechos civiles y políticos.¹ La existencia de Estados burocrático-autoritarios en casi todos los países de la región y la consecuente represión social y política que durante mucho tiempo frenó el ejercicio de libertades de sufragio, expresión y asociación, contribuyeron a que gran parte de los reclamos de las sociedades latinoamericanas hacia sus gobiernos se concentraran en este tipo de prerrogativas ciudadanas. Sin embargo, la recomposición del orden mundial y la ola de procesos democratizadores que le acompañó, abrió paso a lo largo de la región a la atención, conciencia y exigencia de los llamados derechos de tercera generación; es decir, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), dentro de los cuales se inscribe el derecho a la salud.

La incipiente instauración de régimenes democráticos planteó una ventana de oportunidad para el ejercicio de los derechos políticos y civiles en Latinoamérica, así como la posibilidad de atender las históricas desigualdades sociales a través de la exigencia de los DESC. La esencia de esta nueva generación de derechos propugnaba establecer un contexto irreductible de equidad a través de la satisfacción de necesidades esenciales del ser humano –alimentación, salud, vivienda digna, educación– como punto de partida para el desarrollo de otras capacidades y el disfrute de otras libertades.

La región ha experimentado avances estructurales que promueven la realización de los DESC, pues la mayor parte de los países pertenecientes a ella son signatarios de numerosos instrumentos internacionales que obligan a los Estados a cumplir, respetar y proteger los derechos sociales. Incluso, los compromisos adquiridos en el ámbito internacional se han reflejado en mayor o menor medida en las legislaciones locales de varios países. No obstante, también es cierto que el marco legal al que se han ceñido los Estados, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, no ha sido condición suficiente para el pleno ejercicio y disfrute de las garantías sociales. En la práctica, la realización de los DESC, en general, y el derecho a la salud, en particular, continúa siendo en América Latina una tarea pendiente.

¹ Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*, IIDH, CEPAL, San José, Costa Rica, 1997

Existen varias razones por las que puede afirmarse que no ha habido acciones contundentes que deriven en la progresión de este derecho. Por un lado, los determinantes sociales de la salud² –tales como la educación, acceso a vivienda, ingresos, etc.– distan mucho de estar solventados en los países de la región, particularmente para los grupos vulnerables, como mujeres, adolescentes y niños(as). De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en la región más del 50% de las poblaciones rurales de la región vive en situación de indigencia o de pobreza, mientras que 73% no cuenta con agua potable. El porcentaje de población analfabeta alcanza 9.5%, sin embargo en países como Haití, Nicaragua y El Salvador se tienen niveles hasta de 45, 32 y 28% respectivamente. En términos de género, la proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola no alcanza si quiera 50% en la mayoría de los países y en casos como Chile, México y Perú no se llega a 40%.³

Por otro lado, se ha identificado que en Latinoamérica se comparten, aunque en distinta intensidad, causas similares que influyen de manera negativa en la realización del derecho a la salud, a saber:

- Los sistemas de salud en la región padecen de una histórica desatención. La falta de recursos financieros, humanos y de infraestructura, así como la tendencia neoliberal de las políticas públicas que propone la privatización de servicios, impide que se dé una cobertura universal de calidad.
- Existen también actores externos que tienen un papel fundamental en la realización del derecho: están, por un lado, las farmacéuticas que lucran con la enfermedad de las personas y, por otra parte, empresas en general que causan daños al medio ambiente y que no tienen ninguna responsabilidad social.
- Persisten retos relacionados con la atención de enfermedades características de grupos poblacionales en situación de pobreza, como son la tuberculosis y la desnutrición infantil.
- Finalmente, en muchos casos la falta de voluntad política de quienes toman las decisiones, así como la priorización de acciones gubernamentales desvinculadas de los intereses sociales, representan sin duda un obstáculo más para el cumplimiento de este derecho.

La combinación de uno o más de los factores anteriores ha derivado, inevitablemente, en la existencia de profundas inequidades en el ejercicio del derecho a la salud que pueden observarse tanto al interior de los países como entre ellos. Bajo

2 Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud se definen como las circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y que los sistemas ordenan y toman en cuenta para enfrentarse a las enfermedades. Estas circunstancias también dependen de una serie de fuerzas más amplias que incluyen los ámbitos político, social y económico. Ver http://www.who.int/social_determinants/en/

3 Información obtenida del *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2008*, en www.eclac.cl

este panorama, resulta pertinente y necesaria el monitoreo de la realización del derecho a la salud desde una perspectiva ciudadana. Al existir los términos de referencia internacionales bajo los cuales los Estados están obligados a proteger, respetar y cumplir con este derecho, se cuenta con los lineamientos indicados para evaluar, responsabilizar y exigir rendición de cuentas a los Estados en torno a las acciones que llevan a cabo para dar cauce a los compromisos adquiridos en la materia. Entendido así, el monitoreo del cumplimiento del derecho a la salud representa también un ejercicio ciudadano con vistas a contribuir para que éste sea exigido.

Con este propósito en mente, a mediados de 2005, **Fundar**, Centro de Análisis e Investigación, emprendió un proyecto piloto que buscaba un método para medir los avances y retrocesos en materia de derecho a la salud en México y Centroamérica. Este proyecto tenía como objetivo identificar organizaciones en dos estados de México y en dos países de la región mesoamericana que pudieran formar parte de un esfuerzo conjunto para monitorear la realización de la salud a partir de diferentes enfoques. El conocimiento y experiencia en derechos humanos de las organizaciones fue crucial en la elección de las mismas, de modo que se asegurara que el análisis de las cuestiones sanitarias tuviera una aproximación de derechos. Asimismo, se buscó que las organizaciones que colaboraran en el proyecto tuvieran capacidad para recolectar, sistematizar y analizar la información. Para 2006, con la propuesta metodológica en mente, se eligieron tres organizaciones de la sociedad civil y una institución académica provenientes de Chiapas, Tlaxcala, El Salvador y Nicaragua que cumplían con las características necesarias para participar en el esfuerzo regional. En este mismo año el proyecto piloto se formalizó y de esta forma arrancó con el trazo de los siguientes objetivos:

1. Evaluar, a partir de diferentes enfoques y casos de estudio, la realización del derecho a la salud en el ámbito nacional en México, El Salvador y Nicaragua y, en el ámbito local, en Chiapas y Tlaxcala.
2. Producir evidencia sobre la situación del derecho a la salud, a través de una metodología basada en la perspectiva de derechos humanos que provee el marco jurídico internacional, acompañada del uso de indicadores de derecho a la salud como evidencia para medir avances y retrocesos en la materia, además de visibilizar grupos y áreas desatendidas.
3. Incidir en el quehacer gubernamental orientado a la salud para contribuir en la progresión del derecho a la salud

Para llevar a cabo estos objetivos se reconoció, en principio, la extensión del tema y la naturaleza heterogénea de las condiciones que limitan o incentivan la realización del derecho. Por ello, el esfuerzo de las organizaciones se centró en construir cinco casos de estudio que abordaran el tema a partir de elementos propios en cada contexto geográfico, político y social. Siendo así, las organizaciones participantes y los temas de estudio de las mismas se describen a continuación.

Fundación de Estudios Sociales para la Aplicación del Derecho (FESPAD) El Salvador- Es una organización líder en el tema de derechos humanos en El Salvador, que se ha involucrado en la experimentación de estrategias de litigio para hacer que los derechos económicos y sociales sean justiciables en las cortes nacionales. Asimismo, FESPAD ha realizado análisis crítico de las políticas públicas nacionales. Esta organización eligió realizar el análisis de las políticas públicas en las áreas de salud infantil durante el periodo 2003-2006, con énfasis en el último año. El hilo conductor de este estudio fue la evaluación de la ejecución del Presupuesto General de la Nación en dichos ramos.

Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS), Nicaragua- Este centro de investigación depende de una de las más prestigiosas y reconocidas instituciones académicas de Nicaragua, la Universidad de León. Desde 2002, el CIDS realiza actividades de investigación y formación en epidemiología además de haber establecido programas y líneas de investigación con el objetivo de intervenir el cualquier problema de salud pública. El CIDS, aportó a este proyecto conjunto una evaluación del cumplimiento del derecho a la salud reproductiva en el país, concentrando el análisis en la delegación de León.

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México- Fundar es una organización de la sociedad civil que desde 1999 ha centrado sus esfuerzos de investigación e incidencia en torno a los presupuestos públicos y derechos humanos. En este esfuerzo regional, Fundar realizó una investigación cuyo objetivo es conocer si la implementación de uno de los programas más importantes que atienden la salud pública –el Seguro Popular– ha contribuido en la progresión del derecho a la salud en México en el ámbito federal.

Defensoría del Derecho a la Salud, Chiapas, México- Esta organización, ubicada en Ocosingo, Chiapas surge en 1994 como respuesta a los extendidos problemas de salud de la población local derivados del conflicto armado que emerge del levantamiento zapatista. La Defensoría tiene experiencia con el monitoreo de políticas en el ámbito local y estatal y se han especializado en actividades de incidencia. La *Defensoría del Derecho a la Salud* estudió para este proyecto la exclusión del derecho a la salud profundizando en el análisis de políticas sanitarias dirigidas a la disminución de los índices de desnutrición y TB en el estado de Chiapas.

Centro Fray Julián Garcés, Tlaxcala, México- Esta organización tiene una importante experiencia en la defensa y promoción de los derechos civiles y políticos en el ámbito local. Recientemente ha tomado casos relacionados con salud comunitaria por medio de la recolección de evidencias relacionadas con la contaminación de la cuenca del río Atoyac. Ante la presencia de casos de daños a la salud por contaminación en el río que ha afectado a comunidades en Tlaxcala y Puebla, el Centro Fray Julián Garcés analizó si las instituciones estatales y federales cuentan con la

capacidad institucional de resolver esta problemática de manera integral, garantizando el cumplimiento de los derechos sociales y, en particular, el derecho a la salud.

Expuesto lo anterior, el presente documento expone cinco evaluaciones realizadas por organizaciones académicas y de la sociedad civil sobre la realización de la salud desde diferentes enfoques de análisis. Para ello, el estudio se divide en tres secciones. La primera, expone algunas consideraciones y conceptos iniciales relacionados con el derecho a la salud. En la segunda sección, se describe el marco metodológico utilizado para aproximarse a los casos de estudio locales. En la tercera sección, se presentan los cinco casos de estudio elaborados por las organizaciones adherentes a este proyecto. Finalmente se ofrece una reflexión sobre los alcances del estudio y su aportación para la valoración de la realización del derecho a la salud en los tres países involucrados en el proyecto.

1. Consideraciones generales sobre el derecho a la salud*

1.1 ¿Qué significa tener un derecho?

Para comprender el alcance que implica sostener que el acceso a la salud es un derecho, es útil preguntarse qué significa tener un derecho –parte de la discusión relativa a los derechos sociales en general se centra justamente en el empleo de la noción de “derechos” y en sus implicaciones. Como primera aproximación, podría decirse que se tiene un derecho –en sentido legal– cuando el ordenamiento jurídico reconoce a un sujeto una potestad –la de hacer o no hacer algo, y la de reclamar correlativamente de otros sujetos que hagan o no hagan algo. Se trata entonces de una pretensión justificada jurídicamente –en el sentido de que la pretensión está fundada sobre un reconocimiento establecido en la ley. Algunos autores afirman que tener un derecho significa que una norma jurídica asigna a un sujeto una expectativa negativa (de omisión) o una expectativa positiva (de acción), y crea sobre otros sujetos los correspondientes deberes u obligaciones. Una persona puede decir, así, que tiene derecho a expresarse libremente cuando una norma le concede esa libertad, y correlativamente prohíbe a otros sujetos interferir en su libertad. Por otro lado, decir que una persona tiene derecho a un tratamiento médico, significa –en términos jurídicos– que una norma convierte a esa persona en titular de esa expectativa y que crea en otros sujetos la correlativa obligación de proporcionarle el tratamiento médico en cuestión.

Al mismo tiempo el tema de los derechos humanos está intrínsecamente vinculado con la construcción histórica de la noción de ciudadanía que originalmente significaba el disfrute de los derechos políticos y civiles de un segmento limitado de la sociedad. A lo largo del siglo xx, este segmento se fue extendiendo, gracias a la movilización social de grupos excluidos por razones de género, pertenencia étnica, religiosa o edad y, por otra parte, se amplió el catálogo de derechos subjetivos –incorporando a los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales– con los cuales un individuo debería contar como partícipe de la comunidad política y de la nación. En otras palabras, el enfoque de derechos humanos permite hacer hincapié, por una parte, en la persona como portador de derechos inalienables y por otra, le permite valorar la calidad de la democracia al evidenciar un consenso internacional sobre los estándares de bienestar universal para las condiciones de vida de las personas, aplicables en el ámbito social, económico y cultural, necesarios

* Este capítulo se realizó con la colaboración de Christian Courtis y Rodrigo Gutiérrez

para que cualquier persona pueda participar en el espacio público en condiciones de igualdad.⁴

1.2. La salud como derecho

La construcción de la idea de la salud como un derecho fundamental comenzó a ser desarrollada, en medio de controversias políticas y doctrinarias, desde inicios del siglo xx. Este proceso supuso la conversión paulatina de algunas tareas realizadas por la medicina privada como obligaciones para el Estado⁵.

En 1946 se dio un paso importante para el reconocimiento y la definición de ese derecho al establecerse en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”. Esta misma Constitución definió a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y de enfermedades”.

Dos años después, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), se reconoció el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, así como la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios de asistencia médica y sociales necesarios; y también el derecho a la seguridad social. A partir de entonces múltiples tratados internacionales y regionales, así como constituciones nacionales, comenzaron a referirse a la salud como un derecho fundamental. En la actualidad: existen gran cantidad de documentos jurídicos que fortalecen la construcción de la salud como derecho⁶. Sin embargo, el documento que ha adquirido mayor trascendencia es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que en su artículo 12 reconoce el derecho “...al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁷.

4 Véase, Guillermo O'Donnell, “Notas sobre la democracia en América Latina”, en PNUD, *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. El debate conceptual sobre la democracia*, PNUD, Buenos Aires, 2004, pp. 11-82. T.H. Marshall y Tom Bottomore, *Ciudadanía y clase social*, Alianza Editorial, Madrid, 1998.

5 Enrique González “El derecho a la salud”, en V. Abramovich, Ch. Courtis y M. J. Añón, *Los derechos sociales: instrucciones de uso*, Fontamar, México, 2003, p. 143.

6 Algunos de los más importantes son la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención para la Eliminación de la Discriminación Racial, entre otras.

7 Artículo 12 del PIDESC: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
a) La reducción de la mortalidad 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 asegure asistencia y servicio médico a todos, en caso de enfermedad.

La importancia del PIDESC se debe, entre otras razones, a que el comité que vigila la observancia del pacto ha realizado importantes esfuerzos para definir el derecho con la mayor claridad posible, al establecer el contenido mínimo esencial del mismo y al precisar el tipo de obligaciones en la materia que contraen los Estados al firmar el PIDESC.

Para todo ello han sido útiles las observaciones finales que ha publicado el comité cuando alguno de los Estados firmantes del PIDESC presenta el informe que está obligado a rendir frente a dicho órgano. Sin embargo, el documento más importante en la materia es la Observación General 14 (O.G. 14) que el comité presentó en abril de 2000. Como señala González, esta observación puede considerarse “...el consenso actualizado de la comunidad de naciones en torno a la naturaleza de este derecho”⁸.

1.3. Definición del derecho a la salud⁹

En la Observación General 14, la salud es definida como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. Recuerda el comité que al elaborar el artículo 12 del PIDESC, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS. Sin embargo, señala también el comité que la referencia que se hace en el párrafo 1 del artículo 12 del pacto sobre “...el más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención a la salud. De acuerdo con la interpretación del comité el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas puedan llevar una vida sana y por tanto el derecho se extiende a los factores determinantes básicos de la salud como son: la alimentación, la vivienda, el acceso a agua potable, las condiciones sanitarias adecuadas y seguras tanto en el trabajo como en el medio ambiente.

Sin embargo, el propio comité señala que el Estado no puede garantizar la buena salud ni brindar la protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, por lo tanto “...el derecho 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. Para lograr esto, el Estado debe desarrollar un sistema de protección a la salud que brinde a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute (párrafo 8). Además de que es necesario que el

8 Enrique González “El derecho a la salud”, op.cit., p. 152.

9 Para efectos de la investigación de este trabajo, se analizará la definición del derecho a la salud en el nivel local. Es decir, cuando el proyecto haya trascendido de su fase piloto y se inicie con la investigación formal, se estudiarán las definiciones que en cada país participante se tenga sobre este concepto.

Estado adopte un conjunto de medidas complementarias como son: el reconocimiento jurídico del derecho, la formulación de políticas públicas en materia de salud y la aplicación de programas de salud (párrafo 1).

Principios transversales de los derechos humanos

Los derechos humanos comparten preceptos básicos que es necesario tener en mente con el fin de contar una definición integral del derecho a la salud y, con base en ello, realizar un monitoreo ciudadano comprehensivo, a saber:

Igualdad y no discriminación- Ambos conceptos representan piedras angulares de los derechos humanos, y se refieren a que todos los individuos son iguales como seres humanos y que los derechos aplican para todos y todas, independientemente de la raza, sexo, afiliación política, religión, etnia, etc.

Máxima utilización de recursos- El concepto de la máxima utilización de recursos –señalado en el art. 2 del PIDESC– es de vital importancia para la realización de los derechos, ya que es a través de la canalización de recursos (monetarios, legales, humanos, naturales, tecnología e información) que el Estado da cumplimiento a sus obligaciones en la materia. Más allá de la retórica, este principio resulta fundamental, ya que le da un sentido práctico a las obligaciones legales de los Estados relacionadas con el cumplimiento, respeto y protección de los derechos.¹⁰

Participación- Bajo la perspectiva de derechos, la participación busca institucionalizar procesos participativos y democráticos tanto en el ámbito local como nacional, por medio de la construcción de capacidades entre familias, comunidades y sociedad civil.¹¹

Rendición de cuentas- La rendición de cuentas bajo la perspectiva de derechos exige a los responsables (al Estado) a responder ante obligaciones específicas contraídas tanto en tratados internacionales como en la legislación local. En este sentido, la perspectiva de derechos contribuye a formular políticas, leyes y presupuestos que determinen claramente el derecho humano que se va a promover; en otras palabras, ayuda a determinar qué se va a hacer, bajo qué estándares y quiénes son los responsables de determinadas acciones.

10 Ver Robert E. Robertson, *Measuring State Compliance with the Obligation to devote the “Maximum Available Resources” to Realizing Economic, Social and Cultural Rights*, Human Rights Quarterly, p.p 693-696

11 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, op. cit, p.p 16-17

Progresión y no retrogradación- Estos dos principios significan que el Estado firmante debe avanzar de manera progresiva hacia el cumplimiento de los derechos sociales y económicos consagrados en los pactos internacionales, si bien se reconoce al mismo tiempo que dispone de recursos limitados que condicionan el ritmo de la realización progresiva. No obstante, el Estado no debe retroceder por debajo de un nivel alcanzado. En caso de que el Estado recorte gastos estratégicos para la realización de los derechos sociales, tiene que comprobar ante la comisión del PIDESC que esto se hizo después de considerar todas las alternativas posibles.

2. Metodología y marco de referencia

Si bien cada una de las organizaciones involucradas en este esfuerzo utiliza enfoques metodológicos particulares que serán expuestos de forma individual en la siguiente sección, en un sentido amplio, los distintos estudios de casos contenidos en el documento, encuentran sus fundamentos en la llamada *aproximación a la salud con perspectiva de derechos*.¹² Este marco de referencia, según la Organización Mundial de la Salud, apela a tres elementos principales:

- La utilización de los lineamientos, estándares y normativa internacional de derechos humanos como marco base para el desarrollo de la salud.
- La evaluación y cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos en cualquier política, programa o legislación relacionados con la salud.
- La incorporación de los derechos humanos como una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas relacionados con la salud.

Una lectura más a detalle de los elementos anteriores implica tener en mente que los Estados, al ser signatarios de los tratados internacionales que contienen lineamientos específicos para cumplir con el derecho a la salud, se convierten, por ende, en sujetos obligados a rendir cuentas sobre la forma en la que cumplen con sus compromisos en la materia.

Por ello, desde el punto de vista de las organizaciones involucradas en este estudio, utilizar la aproximación con perspectiva de derechos humanos como herramienta analítica, implica realizar un monitoreo puntual de las medidas y acciones que el Estado ha puesto en marcha a través de normas, políticas públicas, movilización de recursos financieros y humanos, etc., para dar así cumplimiento satisfactorio a sus compromisos internacionales en la materia.

Considerando lo anterior, la metodología marco para evaluar la realización del derecho a la salud de este estudio se basa en un claro eje rector: el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC) como punto de partida para definir y evaluar el derecho a la salud. De manera secundaria, la utilización de indica-

12 World Health Organization, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, WHO, 2002, p.16

dores de derecho a la salud representa un instrumento útil para medir la progresión o retroceso de éste en distintos ámbitos. A continuación se detalla cómo se abordará cada herramienta metodológica.

2.1. PIDESC

Si bien existen múltiples tratados internacionales que se refieren a la salud como derecho –como son la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño, etc.–, el documento que ha adquirido mayor trascendencia en cuanto al reconocimiento y definición del derecho a la salud, es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que, en su artículo 12, reconoce el derecho “...al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Como se ha mencionado anteriormente, la importancia del PIDESC y la razón por la que representa la piedra angular de este estudio, se debe entre otras razones a que, actualmente, este documento define el derecho con claridad, al establecer su contenido y precisar el tipo de obligaciones en la materia que contraen los Estados al firmar el pacto. Dentro del pacto, el documento más importante en la materia es la Observación General 14 (O.G. 14) que el comité presentó en abril de 2000.

Además de las razones expuestas, el pacto ha sido firmado por los países involucrados en este esfuerzo, por lo que representa un marco con lineamientos claros en materia de derecho a la salud para El Salvador, México y Nicaragua.

2.1.1. El contenido del derecho a la salud según el PIDESC

El comité encargado de vigilar, identifica en la Observación General 14 una serie de elementos básicos que deben estar presentes en el desarrollo de todos los servicios, bienes y políticas públicas relacionados con la salud. Estos elementos son:

- a) *Disponibilidad*. Que supone la existencia de bienes, servicios y centros de atención. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia y potable, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado, así como medicamentos esenciales.
- b) *Accesibilidad*. Que se traduce en cuatro dimensiones básicas: 1) no discriminación en el acceso a servicios y bienes; 2) accesibilidad física y geográfica a los establecimientos; 3) accesibilidad económica de bienes y servicios para todos, especialmente para los más desfavorecidos y 4) acceso a la información.
- c) *Aceptabilidad*. Que significa la necesaria adecuación de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población.
- d) *Calidad*. Que supone servicios de calidad, calificación del personal médico y calidad de medicamentos, así como del equipo hospitalario.

El párrafo 2º del artículo 12 del PIDESC fija, además, cuatro objetivos específicos que los Estados parte deben cumplir para hacer plenamente efectivo el derecho. En la O.G. 14, el comité ha interpretado estas obligaciones como elementos esenciales del contenido del derecho, de tal forma que los Estados firmantes deben: a) reducir la mortalidad infantil y la mortalidad infantil, así como garantizar el sano desarrollo de los niños; b) mejorar en todos sus aspectos la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como emprender una lucha contra ellas y d) crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

2.1.2. El contenido mínimo

Antes de intentar precisar el contenido mínimo del derecho a la salud conviene hacer una breve precisión sobre lo que significa esta noción. Los derechos fundamentales no son absolutos e ilimitados y, por lo tanto, pueden y deben ser precisados por los Poderes del Estado a través de sus facultades legislativas y reglamentarias. Sin embargo, la restricción que puedan llevar a cabo los poderes públicos de los derechos debe tener límites; uno de ellos es el contenido mínimo de cada derecho. Este contenido mínimo supone la existencia de un núcleo básico en cada derecho que es inaccesible para los poderes públicos. A este núcleo mínimo, la doctrina lo ha denominado *contenido mínimo esencial*. El objetivo de este contenido mínimo es garantizar que el Estado quede siempre obligado a asegurar una protección mínima indispensable de cada derecho para todos los ciudadanos. Se trata de una esfera de protección básica que no puede restringirse sin incurrir en inconstitucionalidad. Es importante señalar que este contenido debe entenderse como un punto de inicio y nunca como un punto de llegada. Es el límite elemental con el que el Estado debe cumplir y a partir del cual se debe construir y ampliar la potencialidad protectora del derecho.

En la O.G. 12 el comité ha señalado que de la interpretación conjunta de la O.G. 3, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Declaración de Alma Ata, existe una orientación inequívoca sobre las obligaciones mínimas con las que deben cumplir todos los Estados parte:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que se refiere a los grupos marginados.
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura para garantizar que nadie padezca hambre.
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y a condiciones sanitarias básicas, así como el suministro adecuado de agua limpia y potable.
- d) Facilitar medicamentos esenciales de acuerdo con 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, sobre la base de pruebas epidemiológicas, 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. Este plan debe ser elaborado y revisado periódicamente sobre el apoyo de un proceso participativo y transparente.

2.1.3. Obligaciones del Estado

Ahora bien, como ya se ha señalado en párrafos anteriores, para garantizar una adecuada tutela de cualquier derecho no basta con identificarlo, es también necesario establecer el alcance de las obligaciones que el derecho le impone al Estado.

En este sentido, el comité señala que si bien es cierto que el PIDESC establece la aplicación progresiva del mismo y reconoce que los recursos escasos pueden suponer un obstáculo para su aplicación, ello no exime a los Estados del cumplimiento de algunas obligaciones legales de carácter general que deben ser puestas en marcha de forma inmediata. En relación con el derecho a la salud éstas son: a) la garantía de que el derecho a la salud podrá ser ejercido sin discriminación alguna; b) la obligación de adoptar medidas inmediatas para hacer plenamente efectivo el derecho. Estas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud; c) la ya mencionada obligación de garantizar el nivel o contenido mínimo o esencial de los derechos y d) la obligación de realización progresiva del derecho que supone el avance concreto y constante, de forma expedita y eficaz, para alcanzar su plena realización. Esta obligación de progresividad supone una fuerte presunción de que no son permitidas las medidas regresivas.

Aunado a estas obligaciones generales, los Estados tienen las obligaciones legales específicas –señaladas para todos los derechos en la O.G. 3– de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud.

Las **obligaciones de respeto** suponen que los Estados deben abstenerse de realizar aquellas prácticas que puedan lesionar a los ciudadanos o que impidan la autotutela del derecho. Por ejemplo: el Estado debe abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos, los solicitantes de asilo, los representantes de las minorías a los servicios de salud; deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios para mantener la salud sexual; también debe abstenerse en la aplicación de tratamientos médicos coercitivos; debe abstenerse de contaminar la atmósfera, el agua y la tierra mediante desechos industriales u otros que contaminen y afecten la salud de las personas, etc.

Bajo la **obligación de protección** se entiende que el Estado tiene el deber de impedir que terceros vulneren el derecho a la salud. Se le exige al Estado que proteja a los

ciudadanos frente a posibles intervenciones arbitrarias de otros actores potenciales violadores del derecho. Debido a que los derechos fundamentales también pueden ser vulnerados por agentes privados, el Estado debe ampliar su esfera de protección hasta este ámbito. Ejemplos de esta obligación: que el Estado desarrolle leyes que velen por el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud proporcionados por terceros; que el Estado vigile que los procesos de privatización no se traduzcan en una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud; que el Estado establezca controles sobre la comercialización y utilización del equipo médico y de los medicamentos, asegurando su calidad; que el Estado garantice que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios de salud, etc.

Con respecto a la **obligación de cumplir**, el Estado debe adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para garantizar la plena efectividad del derecho. Los ejemplos pueden ser los siguientes: que los Estados reconozcan el derecho a la salud dentro de sus sistemas jurídicos mediante la creación de leyes y el diseño de una política nacional de salud; los Estados deben garantizar la apropiada formación del personal médico; también debe asegurar la existencia de un número suficiente de hospitales y clínicas; asimismo debe establecer un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos; el Estado también tiene la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representa la contaminación del medio ambiente.

2.2. Indicadores del derecho a la salud

En principio, los métodos de evaluación utilizados en el ámbito de las políticas públicas de salud y en el de los derechos humanos pueden considerarse divergentes. Mientras que en las políticas públicas de salud prevalece la utilización y análisis de datos cuantitativos y/o la construcción de evidencia científica, en el campo de los derechos humanos son las denuncias y testimonios individuales –o colectivos– los que suelen constituir las evidencias para argumentar violaciones y exigir el cumplimiento de derechos. Ante esta aparente incompatibilidad, los *indicadores de derecho a la salud* representan una herramienta común para vincular estos dos acercamientos metodológicos y ámbitos de estudio, en tanto que tienen la virtud de visibilizar, a través de datos duros, las inequidades existentes en este ámbito.¹³

La utilidad de los indicadores para los fines de este estudio radica en que se trata de un instrumento complementario que ayudará: a) determinar, por medio de una herramienta cuantitativa, si los Estados están cumpliendo en el avance del derecho

¹³ Ver Alicia Ely Yamin, Ed., *Learning to dance. Advancing in Women's Reproductive Health and Well-Being from the Perspectivas of Health and Human Rights*, Francois Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights Harvard School of Public Health, 2005, USA, p.p 15-16

a la salud; b) identificar aquellas áreas que estén siendo desatendidas; c) identificar a los actores involucrados en la realización de este derecho y, d), servir como prueba para dar sustento a la exigibilidad del derecho.

Pero, ¿qué son exactamente los indicadores de derecho a la salud? En un ejercicio de definición de los mismos, es preciso distinguir éstos de los *indicadores de la salud* “a secas”. Aunque persiste el debate que ha girado en torno a la conceptualización de estos términos, uno de los temas recurrentemente trabajados por el primer Relator Especial acerca del derecho de todos al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, Paul Hunt, ha sido precisamente la diferenciación entre los indicadores del derecho a la salud y los indicadores de salud. Según Hunt, los primeros se distinguen por dos rasgos principales: 1) por el hecho de que se derivan de normas concretas del derecho a la salud y 2) porque su utilidad está vinculada a lograr la rendición de cuentas de los responsables¹⁴.

Considerando la metodología para evaluar la realización del derecho a la salud, este estudio se basa en el PIDESC como punto de partida y eje principal para definir y evaluar el derecho a la salud. Es decir, cada organización retomó las definiciones base sobre las obligaciones mínimas de los Estados para examinar en su estudio de caso el grado de avance o estancamiento en la realización del derecho a la salud utilizando para esto una amplia gama de fuentes: legislación nacional, estadísticas, información oficial sobre planes de gobierno y presupuesto, así como datos generados de manera independiente por investigadores académicos y organizaciones civiles. Uno de los retos de la investigación –que las organizaciones incorporaron en mayor o menor medida en sus estudios– fue la construcción de indicadores, adecuados a la problemática estudiada, para dar cuenta de la realización del derecho a la salud.

Los cinco estudios de caso que conforman este esfuerzo regional se valieron de la combinación de tres tipos de indicadores –que son los recomendados por Hunt– para apoyar el monitoreo ciudadano del derecho a la salud: indicadores de proceso, estructurales y de evolución.

Indicadores estructurales

Estos indicadores indagan sobre las estructuras, sistemas y mecanismos que supone la realización del derecho a la salud. Suelen construirse a partir de una pregunta a la cual simplemente debe responderse de manera afirmativa o negativa, por lo que representan un método para obtener información de manera sencilla. Algunos ejemplos de indicadores estructurales son:

14 *Ibid*, p. 7.

- ¿El derecho a la salud está consagrado en la Constitución?
- ¿El Estado tiene una institución nacional de derechos humanos cuyo mandato incluya el derecho a la salud?
- ¿La información de salud está desagregada por sexo?

Indicadores de proceso

El objetivo de los indicadores de proceso es evaluar hasta qué grado se han realizado las actividades o políticas públicas puestas en marcha a lo largo del tiempo. Es importante aclarar que estos indicadores no miden los resultados obtenidos, sino el esfuerzo realizado. Ejemplos que ilustran este tipo de indicadores se muestran a continuación:

- Porcentaje de mujeres que consultaron al menos una vez durante el embarazo a un profesional de la salud calificado por motivos relacionados con el embarazo.
- Porcentaje de nacimientos asistidos por personal calificado.
- Porcentaje de la población con infección de VIH avanzada que recibe tratamiento combinado antirretroviral.

Dentro de este tipo de indicadores, resulta indispensable incluir el tema del gasto público en salud. El presupuesto representa la prioridad de un gobierno en términos monetarios, por lo que incluir esta variable proporciona información valiosa sobre la progresividad lograda para este derecho. Algunos ejemplos de indicadores relacionados con las cuentas nacionales en salud son:

- Gasto total en salud como porcentaje del PIB.
- Gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto total del gobierno.
- Gasto en salud de la seguridad social como porcentaje del gasto del gobierno en salud.

Indicadores de evolución

A diferencia de los anteriores, los indicadores de evolución miden los resultados de las acciones de los gobiernos, además de ilustrar el estado de salud de las personas dentro de una jurisdicción determinada. Algunos ejemplos de este tipo de indicadores se exponen a continuación:

- Número de muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos.
- Número de muertes perinatales por 1,000 nacimientos vivos.
- Porcentaje de jóvenes viviendo con VIH.

Habiendo explicado la naturaleza de cada uno de los indicadores aquí mencionados, es preciso agregar otras consideraciones. En primer lugar, debe precisarse que, a diferencia de los indicadores estructurales, los de proceso y evolución necesitan de bases de referencia o metas que permitan hacer una comparación a lo largo del tiempo, de manera que pueda medirse la progresividad que se ha logrado en el derecho a la salud.

Por otra parte, es preciso que en los indicadores de derecho a la salud se refleje el marco de la igualdad, así como ser desglosados bajo el principio de la no discriminación. En este sentido resulta indispensable no considerar, al menos, los datos de: sexo, etnia, zona rural y urbana y, también, estatus socioeconómico.

Finalmente, es importante resaltar que, a pesar de la luz que los indicadores brindan sobre el progreso del derecho a la salud, éstos no son suficientes para determinar de manera definitiva si un gobierno ha cumplido o no con sus obligaciones en la materia, por lo que el uso de indicadores para fines de este esfuerzo analítico es meramente instrumental. Por ello, cada caso de estudio apuesta a una argumentación integral que permita exponer el contexto social, legal, económico e incluso cultural, en el cual el papel de los indicadores es únicamente de refuerzo.

3. El derecho a la salud reproductiva en Nicaragua: Logros y desafíos

Eliette Valladares Cardoza^{15*}

Colaboradores:

Evert Téllez
Norma Balmaceda
Alland Delgado

15 * Directora del Centro de Investigación en Demografía y Salud, UNAN León, Nicaragua. Defensoría del derecho a la Salud/Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos. Investigador del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Glosario de abreviaturas

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CENIDH: Centro Nicaragüense de Derechos Humanos

CIDS: Centro de Investigación en Demografía y Salud

CONAPINA: Consejo Nacional de Atención y Protección de la Niñez y Adolescencia

CONISIDA: Consejo Nicaragüense del SIDA

DDHH: Derechos Humanos

DIU: Dispositivo Intrauterino

ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud

HDSS-León: Health and Demographic Surveillance System, León Nicaragua

HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres

INIM: Instituto Nicaragüense de la Mujer

INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MIFAMILIA: Ministerio de la Familia

MINSA: Ministerio de Salud

MM: Mortalidad Materna

MPF: Métodos de Planificación Familiar

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de Salud

PDDH: Procuraduría de Derechos Humanos

PF: Planificación Familiar

PIB: Producto Interno Bruto

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SR: Salud Reproductiva

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

3.1. El derecho a la salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva (SR), igual que el de salud en general, ha sufrido modificaciones en el mundo a la par de la evolución social. La SR en los años 60' y 70' se interpretaba como salud materno-infantil, aunque se comenzaba a aceptar que este término incluía algunos conceptos de población debido al reconocimiento de su influencia en las transiciones demográficas mundiales y su impacto en el desarrollo humano. En la década de los 80', se generaliza dentro del concepto de SR la inclusión de aspectos relacionados a la planificación de la familia y los servicios de anticoncepción comienzan a formar parte de los servicios tradicionales de atención del embarazo, parto y puerperio.

En los años 90', producto de la ardua labor de décadas de organizaciones sociales y de mujeres a nivel mundial, cuyas demandas hicieron eco a través de los organismos internacionales de derechos humanos, se logra el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como aspectos que, siendo inherentes de la identidad individual de las personas, son determinantes del pleno desarrollo humano y social. Se introduce la perspectiva de género en el esfuerzo de encontrar una explicación más integral a las condicionantes de la situación mundial de SR.

**Definición de Salud Reproductiva – Consenso internacional
Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (CIPD)
El Cairo, 1994.**

Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En esta primera década del siglo XXI, ese cambio de paradigma se expresa a través de una interpretación más comprensiva de la SR, aplicada en un marco conceptual **biopsicosocial**. Esto implica el reconocimiento que la salud reproductiva no sólo involucra mujeres, sino también hombres, familia y sociedad. Que va más allá de los eventos que ocurren en los años reproductivos, incluyendo todos los procesos desde antes de la concepción hasta el final de la vida y cuyas condicionantes rebasan la esfera biológica, hacia determinantes socioculturales, económicas y políticas.¹⁶

Como puede derivarse de esa conceptualización, la SR implica planificación de la familia, educación sexual, fertilidad, concepción, el proceso del embarazo, parto y puerperio, maternidad sin riesgo, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, atención del aborto y sus complicaciones, menopausia y andropausia, sexualidad saludable y segura, la equidad de género.

El derecho a la SR deriva del derecho humano básico a la salud, reconocido internacionalmente.¹⁷ Implica el derecho a la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud reproductiva de calidad ofertados por personal capacitado y respetuoso, el derecho a la educación formal y sexual, el derecho a recibir información oportuna sobre sexualidad y reproducción, el derecho al acceso a métodos de anticoncepción modernos de manera gratuita y el derecho a que se respeten los derechos sexuales reproductivos consignados en el marco jurídico nacional e internacional.

El alcance del derecho a la SR requiere, por tanto, del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, que garanticen a las personas una sexualidad saludable y sin riesgos que les permita desarrollar su potencial somático, emocional y social. El análisis integral de la situación de la SR en una sociedad determinada requiere necesariamente de la utilización de una perspectiva de género, equidad y derechos, que permita acceder a la dinámica social que determina la sexualidad y reproducción.

El cumplimiento del derecho a la SR ha sido reconocido mundialmente como un aspecto esencial para lograr el desarrollo humano de una sociedad determinada. Esto se ha visto reflejado al ser comentado y estudiado en diferentes convenciones internacionales. En la primera Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, organizada en Teherán (1968), se reconoció por primera vez el derecho fundamental de padres y madres a determinar libremente el número de hijos y los intervalos intergenésicos. Posteriormente, en la Conferencia de Población de Bucarest (1974), se estableció el papel que debe desempeñar el Estado para garantizar estos derechos. En 1975, la Conferencia Mundial de la Mujer (Méjico) aprobó un plan de acción

16 Organización Panamericana de la Salud, *La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano*, Revista Panamericana de Salud Pública, 1998, vol. 4, n. 3, ISSN 1020-4989.

17 Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, Diciembre de 1948.

con directrices para los gobiernos y la comunidad internacional. Este plan estableció un mínimo de metas para 1980 que se centraban en garantizar el derecho de acceso equitativo de la mujer a recursos como la educación, las oportunidades de empleo, la participación política, los servicios de salud, la vivienda, la nutrición y la planificación familiar. Además, exhortó a los gobiernos a formular estrategias nacionales y establecer metas y prioridades para fomentar la participación equitativa de la mujer.

Sin embargo, es a partir de las conferencias internacionales que tuvieron lugar entre los años 1992-1996 cuando se da mayor impulso a la exhortación a los Estados para el cumplimiento del derecho a la salud reproductiva y a los derechos reproductivos. En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), se estableció que toda violación a los derechos específicos de las mujeres es un atentado a los derechos humanos, los que se pueden disfrutar y también violar tanto en público como en privado. Se definió que los derechos humanos son universales, interdependientes e indivisibles.

En la CIPD (1994), en El Cairo, la planificación familiar, que había sido la estrategia principal de las políticas y programas mundiales de población, queda integrada en un marco más amplio de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos, que incluye también a partir de ese momento la salud sexual. Se reconoce la SR como un derecho humano de todos a lo largo del ciclo vital y se fija la meta de garantizar para el año 2015 el acceso universal a la SR en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio, definiendo, a su vez, prioridades vinculadas a esos objetivos.

CIPD, Cairo 1994

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, anexando los relacionados con la salud reproductiva, incluidos los de la planificación familiar y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar servicios lo más amplio posibles, sin ningún tipo de coacción.

... Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a alcanzar el nivel más

elevado de salud sexual y reproductiva, a decidir libre y responsablemente el número de los nacimientos, el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y medios para ello. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

A pesar de los avances mundiales en relación al reconocimiento de la salud reproductiva como un derecho humano de todas las personas y de las estrategias diseñadas para el alcance de esta condición, la situación de salud reproductiva no ha avanzado de manera simétrica en los países del mundo. Nicaragua, particularmente, continúa teniendo una situación de SR precaria¹⁸, ubicándose entre los 5 países de la región latinoamericana con indicadores más negativos en el tema.

Además, en los últimos 3 años el país ha presenciado una seria lucha ideológica y legal entre el Estado, la jerarquía católica y la sociedad organizada. La razón de esta lucha ha sido la derogación de la ley que autorizaba el aborto terapéutico desde hace más de un siglo en Nicaragua y su posterior condena, lo que atenta contra una serie de derechos entre los que están el derecho humano básico de las mujeres a la vida y a la libertad en cuanto a su decisión reproductiva. Se hace por tanto necesaria una evaluación de la situación de SR en Nicaragua y de su reconocimiento como un derecho humano, tanto en el marco legal programático nicaragüense, como desde el punto de vista de la población y de los prestadores de servicios.

Reconociendo lo anterior, el objetivo de este caso de estudio es investigar el reconocimiento y cumplimiento del derecho humano a la salud reproductiva en Nicaragua. De manera específica, este estudio tiene como objetivos:

- 1 Analizar el marco jurídico nicaragüense en relación al derecho a la salud reproductiva, la ratificación como país de instrumentos internacionales de DDHH y de derecho a la SR, así como su incorporación través de leyes y políticas públicas.
- 2 Explorar, por medio de la revisión de casos de denuncia, la operatividad de nuestro sistema judicial en el cumplimiento de la normativa relativa al derecho a la salud reproductiva.
- 3 Describir la situación de la SR en Nicaragua, a través de la revisión bibliográfica de estadísticas oficiales.
- 4 Evaluar el reconocimiento por parte de la población nicaragüense de su derecho a la SR y la cobertura de los servicios de ésta, desde la perspectiva de los ciudadanos y de los prestadores de servicios.

18 Gutmacher Institute, *Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense*, Serie 2007, 2.

3.2. Metodología

El estudio se llevó a cabo en 3 etapas. La primera se inició realizando una revisión y sistematización de todos los instrumentos legales internacionales y nacionales sobre el derecho a la salud y a la salud reproductiva. Entre los instrumentos nacionales, se partió de la Constitución Política, la Ley General de Salud y sus códigos específicos, las Políticas Nacionales de Población y de Salud con sus respectivos Planes Nacionales que las *operativizan*, así como otros planes, estrategias y normas relacionadas a la SR.

En esta etapa se definieron indicadores en los siguientes niveles:

- A. Estructural (Consagración constitucional del derecho a la salud, gratuidad de los servicios, adhesión de gobierno a los pactos internacionales de DDHH, incorporación de esos pactos al marco jurídico-programático nacional y el análisis de este marco en lo relativo a la salud reproductiva).
- B. Proceso (Presupuesto total en salud como porcentaje del PIB, presupuesto per cápita en salud).
- C. Evolución (Número de resoluciones adoptadas por la institución nacional de DDHH referidas al derecho a la salud).

En la segunda etapa se realizó una revisión de la información oficial del país sobre la situación de la SR en Nicaragua, la mayor parte de los resultados presentados vienen de la Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud (Endesas 1998, 2001 y 1006/07) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

Finalmente, en la tercera etapa se procedió al estudio de los conocimientos sobre salud reproductiva, el derecho a ésta, y del monitoreo de la cobertura de los servicios públicos de salud reproductiva en Nicaragua, por medio de 2 diferentes señalamientos:

1. Estudio de corte transversal, de base comunitaria, que incluyó hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad de la ciudad de León.

Se utilizó como marco de muestreo la población de un sistema de vigilancia epidemiológica, comunitaria (HDSS-León), que funciona en el municipio de León desde el año 2002 organizado por el Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS). HDSS-León es miembro de la Red Internacional de sistemas de vigilancia epidemiológica INDEPTH.¹⁹

¹⁹ Peña R., et al, *The Nicaraguan Health and Demographic Surveillance Site, HDSS-León: A platform for public health*, Scand J Public Health 2008; 36; 318.

El marco de muestreo del HDSS-León incluye 25% del total de la población urbana y rural del municipio (aproximadamente 55,000 personas, 21,698 en edad reproductiva, las que viven en un total de 12,000 viviendas, aproximadamente).

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres incluidos en el muestreo del HDSS-León.
- Que tuvieran entre 15 y 49 años de edad.
- Sólo se seleccionó 1 individuo por vivienda.

El tamaño de la población de estudio se calculó utilizando la fórmula para estudios de corte transversal. Se partió de los siguientes datos: Tamaño poblacional en el marco del muestreo: 21,698 (hombres y mujeres de 15 a 49 años, HDSS-León 2006). Proporción esperada del factor en población referente: 50%. Intervalo de confianza: 95%. Efecto de diseño: 1.0. Esto nos da una precisión de 5%, un tamaño de muestra calculado de 360, que ajustado por la tasa esperada de rechazo (1.2) nos daría un resultado de 432 personas.

Una vez calculado el tamaño de la muestra se procedió a la selección aleatoria de los participantes a partir del muestreo, que se elaboró utilizando el programa SPSS ver. 16 y siguiendo los criterios de inclusión. Se obtuvieron las direcciones de las personas seleccionadas y se iniciaron las visitas domiciliares.

Para la recolección de información se elaboró un cuestionario que incluía preguntas sobre la opinión y visión de la ciudadanía en relación a la salud reproductiva, el derecho a ésta, lo que implica y la cobertura de los servicios de SR en el área de estudio en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio que reciben.

A cada participante se le visitó en su domicilio y se le solicitó consentimiento informado, se tuvo un 0.7% de rechazo (3 hombres), los que fueron repuestos de manera aleatoria del marco de muestreo con hombres en su mismo grupo de edad y de la misma procedencia.

La información recolectada en la encuesta se introdujo y analizó en el programa SPSS ver. 16. Los resultados se expresan en números absolutos y relativos, a través de gráficos y tablas de salida.

2. Entrevista semiestructurada, a trabajadores de salud reproductiva del sistema público y de ONGs que ofrecen servicios gratuitos de SR en el área de estudio.

Se hizo un listado de los servicios de salud pública del municipio de León (1 hospital de atención secundaria, 3 centros de salud y 28 puestos de salud de atención primaria), se entrevistó a un médico del servicio de ginecología y obstetricia del hospital,

al responsable del Programa de los 3 Centros de Salud y de 9 puestos de salud que ofrecían al menos planificación familiar y control prenatal. A su vez, se entrevistó a 2 médicos de 2 ONG que dan servicios de salud reproductiva en el municipio.

Se utilizó una guía de entrevista para abordar la percepción personal sobre los servicios de SR que ofrecen, las características de éstos, la oferta de servicios y de MPF que tienen, el nivel de preparación del personal que los atiende, sus fortalezas y debilidades, y la opinión individual de estos funcionarios sobre la situación de la SR y del derecho a ésta en Nicaragua

Para el procesamiento de esta información se utilizó la técnica de Análisis de Contenido.

Consideraciones éticas

Para la encuesta comunitaria y las entrevistas, se solicitó a todos los/las participantes consentimiento informado verbal. Una vez obtenido, se procedió a la recolección de información por medio de la entrevista directa, en un ambiente de privacidad. No se utilizó ningún dato que permita identificar a los (las) participantes. Los resultados se divulgarán tanto en el ámbito local como nacional para su utilización en el análisis y diseño de estrategias encaminadas a mejorar la SR de la población.

3.3 Resultados

3.3.1 Derecho a la salud y a la salud reproductiva en las reformas del sector salud en Nicaragua

Nicaragua tiene una historia de reformas del sector salud que inició hace más de medio siglo con la Ley creadora de los Ministerios de Estado, que forma el Ministerio de Salubridad Pública en 1948. En 1955 se da la aprobación de la Ley de Seguridad Social que da continuidad a esas reformas, organizando a las instituciones del sector salud de acuerdo a las características de las poblaciones que atienden y del tipo de atención que brindan en tres: el Ministerio de Salubridad, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y las Juntas Locales de Asistencia Social.²⁰

Con el triunfo de la Revolución Sandinista en 1979, se inicia la segunda generación de reformas del sector salud de Nicaragua. Se crea el Sistema Nacional Único de Salud que unificó, bajo la dirección del Ministerio de Salud, a todos los establecimientos públicos que prestaban servicios de salud y aquellos privados que habían sido confiscados. Un alcance relevante de la década sandinista fue el incremento sustantivo de la participación social en salud, lo que determinó en gran medida el incremento importante de la cobertura de los servicios de salud que se experimentó en ese periodo. Las estrategias implementadas tenían como marco conceptual la

²⁰ Nicaragua, Ministerio de Salud, *Marco conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud*, MAIS, Managua 2005. p. 3.

Estrategia de Atención Primaria en Salud de Alma Ata y su meta de “salud para todos en el año 2000”, por lo que el fortalecimiento favoreció fundamentalmente al primer nivel de atención.

En 1987 se lanza la iniciativa de Maternidad sin Riesgo, en respuesta al gran número de mujeres que fallecían cada año por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio en los países en desarrollo. Nicaragua suscribió el compromiso e incluyó la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud. En el Plan Maestro 1991-996 el tema de Mortalidad Materna fue prioritario.

Los cambios políticos, ocurridos en 1990, introdujeron al país la tercera generación de reformas en salud en Nicaragua, que definió como objetivos la equidad y la eficiencia en el sistema nacional de salud e identificó para ello la necesidad de la separación de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de los servicios. Entre los aportes importantes de las reformas del sector salud experimentadas en la década de los 90', cabe señalar el desarrollo en 1995 del Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez. Este modelo planteaba de manera prioritaria el fortalecimiento y ampliación de la cobertura de los servicios de SR. Sin embargo, aunque logró la extensión de la cobertura a la adolescencia, continuó estando focalizado principalmente en la atención a la mujer y la niñez, sin poder abordar los otros componentes del ciclo de vida ni lograr la coordinación interprogramática que se había propuesto²¹. El modelo contribuyó a disminuir la mortalidad materna e infantil en el país, pero no en la magnitud que se esperaba, probablemente debido a la privatización de la salud que prevaleció como parte de las políticas neoliberales de esa década y que conllevó a un descuido de los aspectos de accesibilidad a los servicios de salud, sobre todo por parte de las poblaciones más vulnerables.

En 1996, con el propósito de aumentar la eficacia de la estrategia social de país, se definió la Política Nacional de Población, que incorporó un conjunto de medidas dirigidas a influir en el comportamiento reproductivo, la educación y la salud sexual de la población nicaragüense. El documento constitutivo fundamenta su creación en el derecho básico de todas las parejas a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento de los nacimientos, así como de disponer de información veraz y completa, y de servicios de calidad que les permitan el pleno ejercicio de ese derecho. Tanto la Política Nacional de Población como la Política Nacional de Salud, presentaban objetivos claros y específicos en materia de SR, enfocados a la disminución de demanda insatisfecha de planificación familiar, de la tasa de fecundidad, de los embarazos en adolescentes y de la tasa de mortalidad materna.

A fin de operativizar la Política Nacional de Población, en julio de 2001 se formuló el Plan de Acción de la Política Nacional de Población, dirigido a disminuir la brecha

21 Nicaragua, Ministerio de Salud, *Análisis del Sector Salud, Managua*, 2000. p. 148-149.

de necesidades no satisfechas en salud sexual y reproductiva en el área rural y, además, ampliar el abanico de opciones en la prestación de servicios de salud reproductiva, tanto en el sector público como en el privado, mediante la incorporación gradual de los distintos componentes. Para dar cumplimiento a esas políticas el Ministerio de Salud, en el marco de la reforma del sector, incorporó en el 2002 dentro de la Política Nacional de Salud la entrega de un paquete básico de servicios a fin de fortalecer la Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.

La aprobación de la Ley General de Salud (Ley 423) el 14 de Marzo de 2002, que incluye instrumentos jurídicos para garantizar la equidad y la seguridad en materia de salud, marca un hito importante en Nicaragua, ya que impulsó estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención a grupos vulnerables. Asimismo, apuntaló procesos institucionales para mejorar la eficiencia en función de aumentar la disponibilidad de los limitados recursos con que se cuenta y definió mecanismos y procedimientos gerenciales para introducir el hospital moderno, con autonomía de gestión, competitividad y alto grado de eficiencia.

A la fecha, las reformas persisten y se trabaja hacia la consolidación de un Modelo de Atención Integral en Salud, fortaleciendo de manera prioritaria el nivel de atención primaria. Su construcción está en proceso, de conformidad con los cambios políticos, sociales y económicos que el país ha experimentado en los últimos tres años.

El organismo rector de la salud en Nicaragua es el Ministerio de Salud (**MINSA**), establecido como tal por la Ley 290 o Ley de Competencia y Funcionamiento del Poder Ejecutivo y su Reglamento, que define las atribuciones y funciones del mismo para el cumplimiento de las políticas de salud. El **MINSA** se encuentra regido por la Ley General de Salud y su Reglamento, que en el capítulo I, art. 7 inciso 16, le asigna la responsabilidad de la coordinación y ejecución el Plan Nacional de Salud que deben de adoptar las instituciones, organismos públicos y privados de salud.

La última modificación de la Política Nacional de Salud de Nicaragua, emitida para el período 2004-2020, incluye lineamientos generales, políticas específicas por área de intervención y estrategias dirigidas a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno ecológico y social, en total correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo. La Política Nacional de Salud 2004-2020, también contempla principios orientadores y ejes transversales para mejorar la calidad de los servicios integrales de salud y la equidad en el acceso a ellos.

Los principios, basados en el Artículo 59 de la Constitución Política, en el artículo 5 de la Ley General de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo, son: la universalidad, la equidad, la integralidad, la continuidad, la calidad, la complementariedad y la soli-

daridad.²² Los dos ejes transversales considerados en la Política Nacional de Salud son:

- La equidad de género, vista como parte esencial de la equidad social, cuyo propósito es enfatizar en la importancia del trato justo y equitativo, como lo establecen nuestras leyes, haciendo un reconocimiento y valoración equilibrada del potencial de mujeres y hombres y de la importancia del equilibrio en la distribución del poder entre ellos y ellas. Este reconocimiento debe ser tomado en consideración para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, reconociendo y trabajando las inequidades sociales, más allá de las ya conocidas.
- La participación social, entendida como la relación entre la población y las instituciones de salud, la que debe darse en los espacios de derechos reconocidos, así como en las responsabilidades ciudadanas compartidas.

El Plan Nacional de Salud vigente, define claramente la SR como una prioridad y se plantea acciones explícitas para la reducción de la mortalidad materna, la disminución de alta fecundidad y natalidad, el control de enfermedades endémicas, entre ellas las infecciones de transmisión sexual que incluyen el VIH/SIDA y la disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2001-2006 detalla objetivos, metas e indicadores de mediano y largo plazo, estrategias, líneas de acción y actividades a realizar para la organización de servicios integrales que atiendan los distintos componentes de la SR durante todo el ciclo vital de las personas y que fomenten el ejercicio y respeto de sus derechos.

En noviembre de 2006, el Ministerio de Salud de Nicaragua lanza oficialmente la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, elaborada en teoría desde una perspectiva laica, basada en el respeto a los derechos humanos de las y los nicaragüenses y que promueve el libre acceso a información científica y a servicios de salud sexual y reproductiva para todos los habitantes. Se plantea como ejes de intervención el abordaje de la sexualidad y la educación sexual, la anticoncepción segura, la salud materna y perinatal, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, la violencia de género, las enfermedades oncológicas del aparato reproductor, la infertilidad y esterilidad y la salud posreproductiva.

El MINSA cuenta también con una serie de planes específicos que parten del Plan Nacional de Salud, entre los que están: el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, el recién lanzado (Sept. 2008) Plan de Reducción de la Mortalidad Neonatal, el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS/VIH/SIDA y el Plan Nacional de Lactancia Materna. Existen también manuales y normas de

22 Nicaragua, Ministerio de Salud, *Política Nacional de Salud 2004-2020*, Managua, Mayo 2004.

atención, en el área de SR son relevantes las normas de atención de las Emergencias Obstétricas y del Aborto.

3.3.2. Financiamiento de la salud en Nicaragua

De acuerdo a un documento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID 2007), el gasto público social per cápita en Nicaragua sigue siendo uno de los más bajos de Centroamérica, a pesar de haber aumentado más del 50% durante la década de los 90', pasó de 49 dólares a 75 en el año 2000. El gasto público en salud, señalado por cifras oficiales de país como 3.9% del PIB, de acuerdo al informe del BID, corresponde al 38% del gasto público social, lo que se traduce en un gasto anual per cápita para salud de 27 dólares, inferior a los 33 dólares anuales considerados por OMS y Banco Mundial (BM) como la cifra mínima para garantizar el acceso de la población a los servicios básicos, y ubicando a Nicaragua solamente por arriba de Haití y Ecuador en América Latina.²³

Durante la última década, aunque con ligeras variaciones en los años, entre 40-45% del financiamiento de la salud en Nicaragua ha provenido del sector público, el 40% del sector privado y entre 15-20% de la cooperación externa²⁴. Estos datos resaltan la importancia de la contribución de los usuarios y de la cooperación internacional para el financiamiento de la salud de la población nicaragüense.

La asignación presupuestaria para gasto social y dentro de éste para salud, en relación al PIB, se ha venido incrementando en Nicaragua²⁵. Sin embargo, ese aumento sigue siendo insuficiente para atender las necesidades de la población vulnerable expresándose en lento progreso para el alivio de las desigualdades sociales y de la salud en el país.

3.3.3. Derecho a la salud y a la salud reproductiva en el contexto jurídico nicaragüense

Nicaragua, como país soberano e independiente, ha sido signatario de instrumentos internacionales de Derechos Humanos, así como también de aquellos que se refieren al derecho a la salud y a la salud reproductiva (Tabla 1).

23 Banco Interamericano de Desarrollo, *Mejoramiento de la Salud Materno Infantil*, Nicaragua 2007.

24 OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Nicaragua 2004

25 CEPAL. El Panorama Social de América Latina 2007.

Tabla 1

Instrumentos internacionales de derechos humanos, derecho a la salud y a la SR, ratificados por Nicaragua. Agosto 2008.

Instrumento	Fecha de ratificación por Nicaragua
Declaración Universal de Derechos Humanos.	SD
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	SD
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CERD).	15/02/1978
Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales (CESCR).	12/03/1980
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CCPR).	12/03/1980
Protocolo Facultativo del CCPR.	12/03/1980
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).	27/10/1981
Convención de Derechos del Niño (CRC).	05/10/1990
Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena.	13/10/1993
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Belén Do Pará”.	09/06/1994
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), Cairo.	05/09/1994
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing.	15/09/1995

Fuente de Información: secundaria (revisión bibliográfica de fuentes oficiales).

Los compromisos adquiridos a través de la firma de esos instrumentos internacionales, han sido incorporados en su mayoría en el marco jurídico nacional. La Constitución Política de Nicaragua en su artículo 46, reconoce la vigencia de los derechos consignados en 5 de los instrumentos internacionales más importantes sobre DDHH.

Constitución Política de Nicaragua - Artículo. 46

En el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos y de la plena vigencia de los derechos consignados en la Declaración Universal de DDHH; en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU; y en la Convención Americana de DDHH de la OEA.

En Nicaragua, el derecho a la salud está consignado desde el más alto nivel, la Constitución Política (1987).

Constitución Política de Nicaragua - Artículo 59

Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud.

El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Dicha disposición constitucional está reflejada a lo largo de la Ley General de Salud de Nicaragua, que establece en el artículo 1, como objeto de la misma: “*tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.*

Esta misma ley, en el artículo 5, establece los *principios básicos del cumplimiento del derecho a la salud* en el país:

- *Gratuidad de la salud:* para los sectores vulnerables, priorizando los programas dirigidos a madres, niños, personas de la tercera edad y discapacitados.
- *Universalidad:* garantizar la cobertura a toda la población de acuerdo a regímenes establecidos por la ley.
- *Solidaridad:* garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud a través de la contribución y distribución de recursos conforme a la ley.
- *Integralidad:* garantizar acciones en las diferentes fases del proceso salud-enfermedad y sus determinantes (prevención, promoción, tratamiento, recu-

operación y rehabilitación de la salud, así como de protección del medio ambiente).

- *Participación social:* garantizar la participación activa de la sociedad civil en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles.
- *Eficiencia:* optimizar recursos del sector social para brindar servicios esenciales de salud que requiera la población.
- *Calidad:* garantizar el mejoramiento continuo de la salud en sus diferentes fases y niveles de atención, de acuerdo a la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio al menor costo y riesgos posibles.
- *Equidad:* oportunidad de la población al acceso de los servicios de salud, priorizando poblaciones vulnerables.
- *Sostenibilidad:* viabilidad del sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no decaiga por factores políticos, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, tomando en cuenta las limitaciones relativas a la disponibilidad de recursos.
- *Responsabilidad de los ciudadanos:* todos los habitantes están obligados a velar, conservar y mejorar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades.

Tabla 2

Derechos relativos a la salud e instrumentos del marco jurídico-programático que los incorporaron. Agosto 2008.

Derechos ratificados	Leyes, políticas o programas nacionales que los incorporan
Derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.	Constitución Política de Nicaragua, Art.23 Ley de Protección y Defensa de los DDHH ante el SIDA. Ley 238. Art.1. Política Nacional de Salud 2004 -2015 Plan Nacional de Salud 2004 -2015
Derecho a igualdad ante la ley y a protección por parte del Estado.	Constitución Política de Nicaragua, Art.27 Ley General de Salud. Ley 423. Art. 8. Plan Nacional de Salud 2004 -2015

Derecho a la salud y deber del Estado de establecer las condiciones básicas para su protección, prevención, recuperación y rehabilitación.	Constitución Política de Nicaragua, Art. 59 Código de la Niñez y Adolescencia. Art. 33 Ley General de Salud. Ley 423. Art. 32 Ley de Protección y Defensa de los DDHH ante el SIDA. Ley 238. Art.12 Política Nacional de Población Política Nacional de Salud 2004 -2015 Plan Nacional de Salud 2004 -2015
Derecho a la salud, salud reproductiva y planificación familiar.	Constitución Política de Nicaragua, Art.59 y 74 Código de la Niñez y Adolescencia. Art. 34. Política Nacional de Población Política Nacional de Salud 2004 -2015 Plan Nacional de Salud 2004 -2015 Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Derecho a la educación y a la educación sexual-reproductiva.	Código de la Niñez y Adolescencia, Art. 34 y 39. Política Nacional de Población Política Nacional de Salud 2004 -2015 Plan Nacional de Salud 2004 -2015 Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos.	Política Nacional de Población Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
Derecho a estar libre de discriminación por género.	Constitución Política de Nicaragua, Art.27
Derecho a protección especial y licencia materna durante el embarazo.	Código del Trabajo, Art. 140 y 141 Plan Nacional de Salud 2004 -2015
Derecho a la dignidad humana e intimidad.	Constitución Política de Nicaragua, Art. 46 Ley General de Salud, Art. 8

Fuente de Información: secundaria (revisión bibliográfica de fuentes oficiales).

El Art. 74 de la Constitución de Nicaragua establece: el Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante el embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social. Nadie podrá negar empleo a las mujeres aduciendo razones de embarazo ni despedirlas durante éste o en el periodo posnatal; todo de conformidad con la ley.

En el marco legal nicaragüense vigente, existen además otras leyes relativas a la salud reproductiva y a los derechos reproductivos. El Código de la Niñez y la Adolescencia reconoce que toda mujer embarazada tiene derecho a la atención prenatal, perinatal y posnatal de calidad. Esta ley también expresa el derecho de los(las) adolescentes a una educación sexual de calidad. El Código del Trabajo brinda beneficios sociales y protección a la mujer durante el período del embarazo, el parto y puerperio. La Ley 295 promueve la lactancia materna y establece cuotas de tiempo para que las mujeres trabajadoras puedan ejercerla. La Ley 238 promueve y defiende los derechos humanos ante el SIDA.

La Ley 392, Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud, aprobada en el año 2001, tiene como objetivo principal la promoción del desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes, garantizando el ejercicio de sus derechos y obligaciones. Establece el derecho de los jóvenes a recibir educación sexual y a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana que les prepare para una maternidad-paternidad responsable. Señala también, que las instituciones de salud deben asegurar a los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de enfermedades prevenibles y de mortalidad materna por embarazos precoces.

La Ley 230, Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, fue aprobada el 13 de agosto de 1996. Reconoce y condena las diferentes formas de violencia ejercida por personas hasta en cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, dentro de la familia conviviente o en unión de hecho estable. Esta ley, marca un hito al dar a la violencia intrafamiliar carácter de un delito de orden público y crear nuevas tipificaciones de lesiones, así como la aplicación de medidas cautelares y preventivas a favor de las víctimas de violencia intrafamiliar.

El aborto terapéutico es definido por las normas de atención del aborto vigentes, del MINSA²⁶ como “la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas, por indicación médica, debido a patologías maternas agravadas por el embarazo o que repercuten negativamente sobre el crecimiento y desarrollo fetal y comprometen la vida del binomio madre-hijo”.

La figura del aborto terapéutico, por razones legales, se contemplaba en las leyes de Nicaragua desde 1837. En 1879, se agregó al artículo una enmienda que establecía: *No incurrirá en pena alguna el médico o cirujano, comadron o partera que procure el aborto cuando no haya modo de salvar la vida de la mujer embarazada.* En 1974, al artículo 165 se le agrega una enmienda que dice: *El aborto terapéutico*

26 Dirección General de Atención Médica. Dirección Materno Infantil. Departamento de Atención Integral a la Mujer. *Normas de atención del Aborto*, Nicaragua, Agosto de 1989.

será determinado científicamente con la intervención de 3 facultativos y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer para fines legales.

El 26 de octubre de 2006, la Asamblea Nacional de Nicaragua, producto de concertaciones hechas entre grupos políticos y religiosos en el poder e ignorando todo el movimiento social de las mujeres nicaragüenses que demandan este derecho, aprueba la Ley 603, Ley de Derogación al artículo 165 del Código Penal Vigente. Poco después, el 13 de septiembre del 2007, la Asamblea Nacional aprobó un nuevo Código Penal que condenó el aborto bajo toda circunstancia, sin permitir excepción alguna ni siquiera cuando la vida de la mujer embarazada esté en riesgo.²⁷

La legislación nicaragüense, teóricamente, da protección legal y faculta al ciudadano para que participe en la ejecución y gestión de políticas públicas y que exija sus derechos. Es así que, la Ley General de Salud crea los Consejos Nacionales, Departamentales y Municipales, para que sirvan de garantes del cumplimiento de las políticas públicas de salud. La Ley de Participación Ciudadana, Ley 475, asigna a la población la facultad de ser rectores y fiscalizadores de las políticas públicas. Sin embargo, la población fue totalmente ignorada en los recientes cambios de la ley del aborto terapéutico en el país, siendo este el ejemplo más tangible de la vulnerabilidad de nuestro marco jurídico en manos de los intereses políticos y de la brecha existente entre lo que está escrito y lo que realmente se aplica por el Ejecutivo.

Recientemente, las reformas a la Ley 290 (enero 2007) crearon los consejos populares nacionales, departamentales y locales como un espacio de incidencia, poder, control y seguimiento de las políticas públicas. Estos últimos han sido criticados severamente a nivel nacional, tanto por los medios de comunicación como por la población, por estar compuestos únicamente por miembros del partido gobernante, sin responder o velar por los intereses de la población general, lo que desvirtúa su razón de existir.

3.3.4 Situación de salud reproductiva en Nicaragua

La SR es un indicador importante para evaluar el desarrollo humano de los países. La conocida relación de las dinámicas de población con el desarrollo así como del creciente reconocimiento mundial de la importancia de los derechos sexuales-reproductivos de la población y del rol de la mujer en el desarrollo social, hacen de la salud sexual y reproductiva un elemento central en las estrategias para el desarrollo de los países.

Las cifras de SR que se exponen a continuación provienen fundamentalmente de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDESA 1998, 2001, 2006-07) organizadas por el Instituto Nicaragüense de Información de Desarrollo (INIDE, antes INEC) en

²⁷ Gobierno de Nicaragua. *Código Penal vigente de la República de Nicaragua*. Reformado el 13 de Septiembre de 2007.

colaboración con el Ministerio de Salud, principal fuente oficial de información sobre SR en el país.

Fecundidad

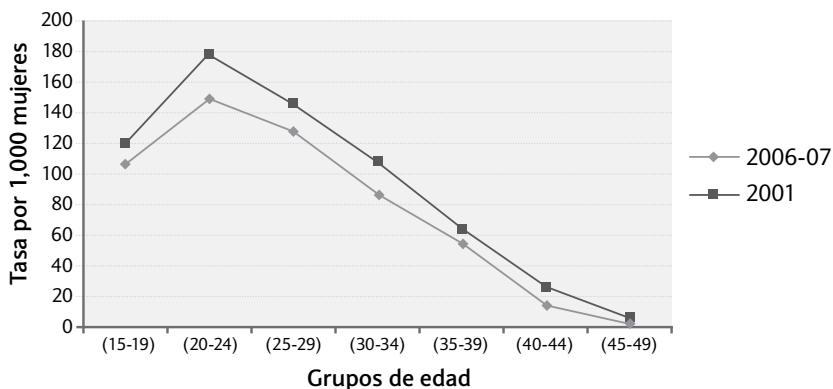
Tanto las encuestas ENDESA como los Censos Nacionales de Población han constatado una reducción de la fecundidad en Nicaragua en el transcurso de las dos últimas décadas, lo que ha producido cambios hasta ahora discretos en la pirámide poblacional, disminuyendo el número de nacimientos e incrementando el número de personas en edades activas (15-64 años).

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) en Nicaragua (número de hijos promedio que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio) para el año 2006-07 fue de 2.7 hijos por mujer, observándose una brecha importante de acuerdo a la zona de residencia, mientras en el área urbana la TGF se acerca a un nivel de remplazo, en el área rural se reportan aún 3.5 hijos por mujer, lo que incrementa en las regiones autónomas del Atlántico donde en el Atlántico norte aún hay una TGF reportada de 4.3 hijos por mujer para el mismo periodo.

El Gráfico 1, muestra el número de embarazos por cada 1,000 mujeres, en cada uno de los grupos de edad se puede observar cómo las cifras han venido disminuyendo en todos los grupos durante el primer quinquenio de este siglo.

La edad media de la fecundidad también disminuyó (de 27 años en el 2001 a 26.4 en el 2006-07), reflejando una fecundidad más temprana.

Gráfico 1
Número de embarazos/1,000 mujeres, por cada grupo etáreo. ENDESA
2001 y 2006-07.



Fuente de información: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud.

La fecundidad adolescente en Nicaragua es alta: 21% en el área urbana y 32% en el área rural ya habían tenido su primer embarazo o estaban embarazadas al momento de la ENDESA 2006-07, siendo también relevante la brecha entre el área urbana y el área rural (11 puntos porcentuales).

La fecundidad es un referente claro del nivel de vida de las personas. Las mujeres que viven en el quintil de bienestar más bajo presentaron en el 2006-07 una TGF de 4.5, similar al encontrado en la región autónoma del Atlántico norte y entre mujeres sin instrucción. En contraste, las mujeres que pertenecen a los quintiles más altos de bienestar (4º. y 5º.) poseen una TGF cercana al reemplazo (2.0), similar a la que presentan las mujeres con nivel de escolaridad media o superior, o aquellas que viven en la región urbana del Pacífico.

Planificación familiar

La planificación familiar ha demostrado, a nivel mundial, ser una estrategia efectiva para fomentar el desarrollo humano, reducir el riego reproductivo de las mujeres en edad fértil e incrementar la sobrevivencia infantil.

Tabla 3
Planificación familiar en Nicaragua.

Indicador	ENDESA 2001 %	ENDESA 2006-07 %
Mujeres en edad fértil que conocen al menos un Método de Planificación Familiar (MPF)	98	99
Mujeres en edad fértil, conviviendo con una pareja, que usan MPF	69	72
Uso de MPF de acuerdo al área de residencia:		
Urbana	73	75
Rural	62	69
Diferencia urbano-rural	11	6
MPF utilizados		
Esterilización quirúrgica	25	25
Hormonales inyectables	14	23
Hormonales orales	15	13
Dispositivos intrauterinos	6	3
Preservativos	3	4
Métodos tradicionales	3	3
otros	3	1

Fuente de información: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 2001, 2006-07.

El Método de Planificación Familiar utilizado varía en Nicaragua de acuerdo a la edad. Donde hay una disminución importante en la tasa de aplicación y un mayor uso de métodos temporales entre las mujeres en grupos de edad de 15-19 y 45-49 años, en comparación con los otros grupos de entre 25 y 44 años.

Aunque de manera general, casi el total de la población nicaragüense refirió en las dos últimas encuestas nacionales conocer al menos 1 MPF (Tabla 4), el nivel socio-económico (escolaridad, residencia, pobreza) y las limitaciones de oferta de los servicios públicos de salud, determinan directamente las oportunidades de acceso, de aceptación y de escoger el tipo de MPF por parte de la población. Es así que la demanda insatisfecha de anticoncepción continúa siendo alta, principalmente entre la población vulnerable.

Para más de la mitad de la población nicaragüense que vive bajo la línea de pobreza, el acceso a métodos modernos de planificación familiar depende totalmente de los servicios públicos y su capacidad de cobertura. Un estudio de tesis de grado, conducido en 2007²⁸, encontró que los servicios públicos de planificación familiar en León no disponen de suficientes alternativas (diferentes tipos de MPF) para poder cumplir con las indicaciones precisas de cada método e individualizar la decisión de escoger el adecuado. Es así que, en períodos en el que sólo hay abastecimiento de método hormonal inyectable de 3 meses, en los servicios públicos éste es aplicado de manera indiscriminada incluyendo a jóvenes en la adolescencia temprana, etapa en la que está contraindicado.

El 65% de las mujeres que dijeron estar utilizando un MPF moderno al momento de la encuesta en ENDESA 2006-07, señalaron adquirirlo a través del sector público, 32% en el sector privado, siendo las farmacias privadas la principal fuente. Llama la atención que la mayor parte de los usuarios de condón (68%) los adquieren en farmacias privadas, a diferencia de la esterilización femenina, el DIU y los hormonales cuyo principal oferente es el sector público. Esto es importante si tomamos en cuenta que el condón no funciona sólo como MPF, sino también como método de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

El número de hijos que las mujeres nicaragüenses procrean continúa siendo mayor que el número de hijos que desean tener. La diferencia en el área urbana es de al menos 1 hijo y de 2 en el área rural.

Atención prenatal y atención de emergencias obstétricas

El lanzamiento de la estrategia de atención prenatal en el mundo se basó en el enfoque de riesgo, el hecho que no todas las mujeres tienen la misma probabilidad

²⁸ Pentzque P.M, *Evaluación de los Servicios de Planificación Familiar en los Centros de Atención Primaria del MINSA, en la ciudad de León*, Tesis para obtener el título de Médico y Cirujano. Facultad de CCMM, UNAN León, 2006.

de sufrir complicaciones o muerte en relación con el proceso reproductivo y que esa susceptibilidad diferenciada requiere de atención de acuerdo al nivel de riesgo individual por parte de los sistemas de salud pública.

Con los años, esta estrategia ha demostrado no haber contribuido en la medida que se esperaba a la reducción de la morbilidad materna severa y de la mortalidad materna, puesto que en la experiencia de los países, los factores de riesgo no demostraron ser buenos predictores de aquellos embarazos que al final presentarían complicaciones.

Su revisión, conllevó a organismos internacionales rectores de la salud, liderados por OMS, a impulsar un cambio en el concepto que oriente el control prenatal hacia la detección de patologías y la prevención de complicaciones, y no a la medición del nivel de riesgo de las mujeres. A la par, se ha resaltado la importancia de que además de impulsar los cuidados prenatales, los países concentren esfuerzos en el equipamiento de unidades para la atención de emergencias obstétricas y el entrenamiento de personal que brinde ese servicio, el que debe estar disponible y accesible a todas las mujeres en edad reproductiva, haciendo énfasis en la cobertura de las zonas geográficas y grupos poblaciones más vulnerables²⁹.

En Nicaragua, el programa de atención prenatal se lleva en el nivel de atención primaria e integra un sistema de referencia con el nivel secundario para aquellos casos considerados como embarazos de alto riesgo obstétrico.

En los últimos 3 años el Ministerio de Salud, con el apoyo principalmente del programa de aseguramiento de calidad de USAIDS, ha concentrado esfuerzos en la creación de unidades para atención de emergencias obstétricas (COE) tanto básicas como ampliadas y el entrenamiento de personal calificado.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos el país aún se encuentra distante de alcanzar tanto la cobertura óptima del programa de control prenatal, como lo que se considera necesario en cuanto a unidades COE para poder cubrir las demandas de la población (un mínimo de 4 COE básicas y 1 COE ampliada por cada 500,000 habitantes, distribuidas geográficamente de manera que se garantice la accesibilidad de toda la población).

La cobertura de atención prenatal muestra una brecha significativa tanto entre el área urbana y rural, como entre las diferentes regiones del país (Tabla 4). Si bien es cierto que se ha experimentado en Nicaragua un incremento discreto pero sostenido de la cobertura de atención prenatal a través de los años desde el 2001,

29 OMS – UNFPA, *Guías para monitorear la disponibilidad y utilización de servicios obstétricos*, 1998.

este incremento no ha sido uniforme entre el campo y la ciudad empeorando las brechas ya existentes.

Al revisar la cobertura de atención prenatal (4 o más visitas) de acuerdo a las regiones del país, se encontró que en la región del Pacífico hay mayor cobertura (86%), comparada con la región centro-norte (77%) y la región del Atlántico (57%). Las tendencias presentadas por la captación precoz (1er. trimestre) son similares, con 79% en el Pacífico, 68% en la región centro-norte, y 51% en el Atlántico.

Aun cuando la cobertura de control prenatal de manera general se ha incrementado, sólo en 75% de las embarazadas que habían acudido al control prenatal, en ENDESA 2006-07, fue precoz y oportuno. Por otro lado, la cobertura de vacuna antitetánica, componente de la atención prenatal es alta en el país. El 90% de mujeres en edad fértil en ambas encuestas ENDESA 2001, 2006-07 estaban vacunadas. Desde 1997 no se reporta ningún caso de tétanos neonatal en Nicaragua.

Tabla 4
Cobertura de atención prenatal en Nicaragua.

Número de embarazadas al momento de la encuesta que cumplían los siguientes criterios:	Año de la Encuesta	
	2001 %	2006-07 %
4 o más visitas prenatales		
Total	66	78
Área urbana	73	86
Área rural	60	70
Primera visita en el primer trimestre de embarazo		
Total	62	70
Área urbana	68	79
Área rural	55	62

Fuente de información: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud.

Atención del parto

Nicaragua experimentó un incremento en la cobertura de nacimientos en instituciones de salud entre los años 2001-2007, aunque aún insuficiente sobre todo en las áreas rurales y en las regiones Atlántico y centro-norte del país (Tabla 5). No se encontraron reportes oficiales del MINSA sobre el número de nacimientos atendidos en unidades coe.

Tabla 5

Distribución porcentual de nacimientos en los 5 años previos a ENDESA 2001 y 2006-07, por lugar de nacimiento y área de residencia.

	Partos en institución de salud		Partos domiciliares		Partos por cesárea	
	ENDESA 2001	ENDESA 2006-07	ENDESA 2001	ENDESA 2006/07	ENDESA 2001	ENDESA 2006-07
Total de país	60	74	33	21	16	20
Residencia:						
Urbano	76	92	12	3	SD	28*
Rural	44	56	55	37	SD	13*
Región:						
Pacífico	SD	87	SD	10	SD	39*
Centro-Norte	SD	67	SD	30	SD	28*
Atlántico	SD	45	SD	51	SD	16*

Fuente de información: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 2001 y 2006-07.

* Datos provenientes de reportes oficiales del MINSA 2007.

SD: sin datos en fuentes oficiales.

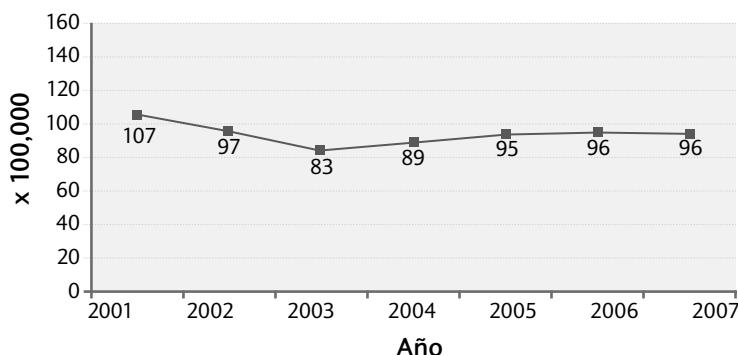
Mortalidad materna

La mortalidad materna (MM) de un país refleja la pobreza y las desigualdades sociales y de género, que determinan la inequidad en el ejercicio del derecho a la salud reproductiva. Definida por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, como la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de éste. La mortalidad materna es un grave problema de salud pública en Nicaragua, que afecta a todos los estratos sociales, pero que se concentra en poblaciones excluidas por razones sociales o geográficas.

La razón de mortalidad materna en Nicaragua (número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 nacidos vivos) de acuerdo a cifras oficiales del Ministerio de Salud, ha presentado un disminución de 107/100,000 en el 2001, a 96/100,000 en los años 2006 y 2007 (Gráfico 1).

La situación de la mortalidad materna en el país es uno de los ejemplos más claros de las disparidades geográficas en el acceso al derecho a la salud. Si ponderamos la razón de mortalidad materna por región, encontramos cómo en el Atlántico norte la cifra oficial de la razón de MM en el 2006 fue de 180/100,000, prácticamente el doble de la cifra calculada para el país. En el 2007, casi la mitad de las muertes maternas de Nicaragua se produjeron en la región del Atlántico, el área más deshabitada de Nicaragua (650,000, 12% del total de habitantes) y con el mayor déficit de servicios públicos de salud reproductiva en cantidad y calidad.

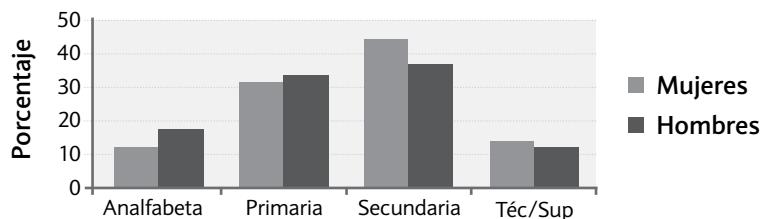
Gráfico 2
Razón de Mortalidad Materna en Nicaragua
2001-2007.



Fuente de información: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MINSA.

De manera sostenida durante el último quinquenio, en al menos del 75% de las muertes maternas las mujeres procedían de área rural (Gráfico 3).

Gráfico 3
Escolaridad de la Población Encuestada
Monitoreo del Derecho a la SR como un DDHH
Nicaragua, 2008.



Fuente de información: Encuesta Comunitaria.

Aborto

El aborto en Nicaragua, igual que en el resto de países en desarrollo, es un importante problema de salud pública que afecta de manera sistemática a las mujeres pobres y que no sólo tiene consecuencias sociales y reproductivas, sino también conduce a la muerte a un número considerable de mujeres cada año.

Dos jóvenes procedentes del área rural murieron en el 2007 en Nicaragua, la primera de ellas al colocarse una pastilla de fosfina (órgano fosforado) en vagina y la segunda al ingerir infusión de narciso.

De acuerdo a la autopsia verbal a familiares cercanos, ninguna de ellas pretendía quitarse la vida, sino interrumpir un embarazo no planificado, en uno de los casos producto de una violación, para lo que ambas habían buscado ayuda antes de la mortal decisión y les había sido denegada.

Siendo el aborto una condición que entremezcla el contexto íntimo de las mujeres y su pareja, con aspectos éticos y religiosos que tienen que ver con el inicio de la vida humana y el respeto por ésta, es difícil medir la frecuencia real con que éste se produce en países como Nicaragua, cuya población tiene niveles de escolaridad muy bajos y donde la influencia religiosa tiene un rol preponderante en los contextos políticos, sociales y morales.

En medio de esa lucha entre la realidad social y la moral impuesta, las mujeres nicaragüenses siguen recurriendo al aborto de manera silenciosa, la mayor parte de veces en condiciones inseguras por lo que lo único que observamos de él son las múltiples complicaciones que produce, incluida la muerte de las mujeres.

El aborto y sus complicaciones han permanecido por años entre las 5 primeras causas de MM en Nicaragua. A pesar de esto, en un acto de total ignorancia por la precaria situación de salud reproductiva de las mujeres nicaragüenses y de las recomendaciones basadas en evidencia científica mundial, emitidas tanto por expertos de organismos nacionales como internacionales, el gobierno de Nicaragua derogó en noviembre de 2006 la centenaria ley que aprobaba la única causal del aborto permitida en Nicaragua, el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer en caso de que su vida estuviera en riesgo por el producto de la gestación, condenándolo posteriormente en 2007.

Este hecho fue totalmente incompatible con las obligaciones adquiridas por el Estado nicaragüense en materia del derecho internacional e incorporado en el marco jurídico nacional, puesto que viola el derecho fundamental de mujeres, adolescentes y niñas a la vida, a la salud, a la integridad personal y a la libertad de culto y de conciencia.

El Ministerio de Salud de Nicaragua cuenta con normas de atención posabortion basadas en las guías de atención recomendadas por la OMS, escritas y publicadas antes del cambio de la legislación. Las normas de un ministerio no están por encima de las leyes de un país, por lo que el cumplimiento de estas normas puede, en algunos casos, dejar expuesto al personal de salud que las aplica a sanciones severas contempladas en el Código Procesal Penal. Sin embargo, el cumplimiento de estas normas por parte de un personal médico consciente de su responsabilidad de conservar la vida bajo los principios de ética médica –beneficencia, humanismo, justicia y respeto a la autonomía– podría mitigar un poco el impacto en la salud de las mujeres generado en el contexto de las restricciones vigentes.

Como era de esperarse, la intimidación que las nuevas restricciones legales generaron entre el personal de los servicios públicos de atención, han limitado también, de acuerdo a las estadísticas nacionales, las posibilidades de las mujeres, adolescentes y niñas nicaragüenses de acceder a servicios públicos oportunos y de calidad para atención posabortedo y tratamiento de complicaciones que derivan del aborto practicado en condiciones inseguras.

La intimidación del personal de salud ante la nueva ley, se expresó claramente en algunas de los casos del listado oficial de muertes maternas del MINSA en el 2007. Pacientes que habiendo llegado de manera oportuna a los servicios públicos, la atención les fue denegada o retrasada y finalmente cuando se les brindó fallecieron debido a complicaciones y el tiempo perdido. Dos ejemplos: El caso denunciado públicamente de la mujer con el embarazo ectópico que recorrió 3 unidades hasta ser ingresada, desafortunadamente tarde, se complicó y falleció. La muerte de una mujer por una hernia incarcerada a quien se le retrasó el tratamiento en un intento por proteger a su bebé, pero finalmente también fallecieron.

Miércoles 12 de Abril

recurrieron a comadronas y contrajeron tremenda infección

Quinceañeras graves por abortos inducidos

EDWIN SOMARRIBA

MASAYA.- Dos quinceañeras se encuentran en la vida y la muerte, después que se practicaron a ambas con ayuda de comadronas y ambas recurrieron a la emergencia del hospital doctor Humberto Alvarado, donde fueron atendidas, por complicaciones graves, la sonda contaminada que les introdujeron en sus vías respiratorias.

Yadira del Carmen V., de quince años, residente en este ciudad, fue atendida de emergencia por un oncólogo que diagnosticó que el aborto fue exitoso y presentaba ademas anemia secundaria, causada por una fuerte hemorragia, que provocó la comadrona, al introducirle un sonda con una alambre de cobre contaminado.

La quinceañera manifestó a un médico que tomó tres meses que no le bajaba la regla, y que al vivir en ciencia y como es estudiante de secundaria, no quería perder sus clases, mucho menos el año lectivo, por lo que acudió a una enfermera que le practicó el aborto en su hogar.

Luego, confiada que nadie la sucedería, pagó casi cincuenta pesos a la enfermera y se alejó, según ella, en el dormitorio de la mujer que le puso mucho cuidado metió el alambre con la sonda y hielo en forma de espuma, producto que se formó y ya estaba formado.

La jovencita confiesa que durante la operación sufrió mucho dolor y la comadrona le dijo -esto es normal, aguantá y ya saldrás de esto-

El diagnóstico médico indica que la comadrona perforó el útero y provocó hematomas

La supuesta enfermera le aplicó una inyección, pero de nada sirvió, porque la muchacha contrajo una fuerte infección.

Este caso es investigado por las autoridades de la Comisión de la Mujer y la Niñez y enfermeras que prácticamente ya dieron con el paradero de la paciente, en la colonia de Veracruz, jurisdicción del municipio de Bindiri, informó una fuente policial de Masaya.

Otro ESTUDIANTE QUINCEANERA

Mientras que Indira M., de quince años, del segundo año de secundaria, confesó a las autoridades que una enfermera de su colegio practicó un aborto con una sonda y un alambre y que pagó setenta pesos córdobas, todo para no perder sus estudios.

Un médico que la atendió en la emergencia del hospital, diagnosticó que es un aborto más que una vaginal y la paciente es originaria de Masaya, y que su salud es muy grave y fue internada en sala de ginecología de dicho centro asistencial, bajo observación.

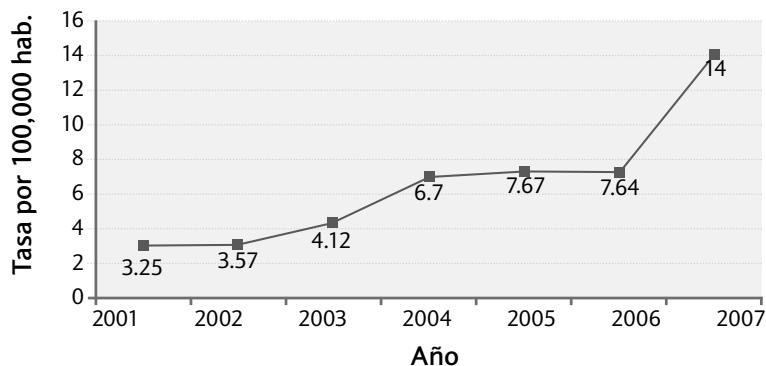
Por su parte, Darlyng Xiomara García Mercado, de 23 años, se encuentra a punto de una tremenda patada que le propinó el juez de la justicia, Mercado Laguna, que ahora hoye de captura con orden de aprehensión, médico diagnosticó que la muchacha sufre un trauma, por lo que está muy delicada de salud.

Por otra parte, una niña de nueve años fue atendida en el hospital local, padeciendo de condiloma en su vagina, y las autoridades de la Comisión de la Mujer y la Niñez investigan el caso para dar con el verdadero culpable de violación y transmisión de enfermedades.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

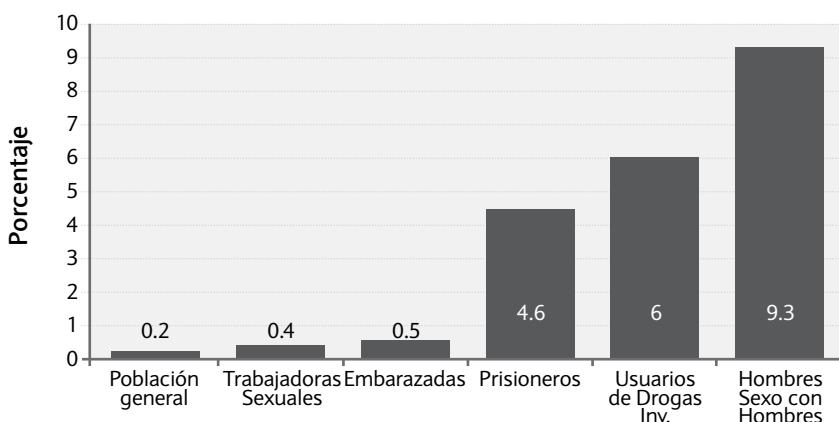
A partir de 1987 en que se notificó el primer caso de infección por VIH en Nicaragua, se ha observado un aumento progresivo en el número de casos, sobre todo en el último quinquenio (Gráfico 4)

Gráfico 4
**Cifras Oficiales de las Tasa de Incidencia de VIH en Nicaragua
 2001-2007.**



Fuente de información: Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA, MINSA.

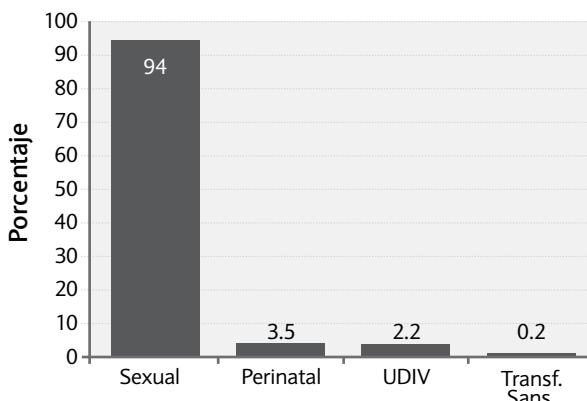
Gráfico 5
**Seroprevalencia de VIH en poblaciones vulnerables, comparada con la
 prevalencia en población general. Nicaragua 2007.**



De acuerdo a cifras oficiales del Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud, la tasa de prevalencia de infección por VIH en Nicaragua es la menor de Centroamérica, aunque se presume que se trata de subreporte debido a la carencia de una vigilancia activa de esta enfermedad en el país. La tasa de prevalencia oficial corresponde a 0.2% en población general, incrementando considerablemente en poblaciones vulnerables hasta el 9% reportado entre HSHS (Gráfico 5). Este último dato fue confirmado en el estudio centroamericano³⁰ de prevalencia de VIH entre HSHS conducido en el 2003.

³⁰ MINSA, CEPRESI, and TESIS, Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSHS en Nicaragua. 2003: Managua.

Gráfico 6
Distribución porcentual de los mecanismos de transmisión de VIH/SIDA en Nicaragua. Casos acumulados hasta 2007.



Fuente de información: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA. MINSA.

En casi la totalidad de los casos en Nicaragua la forma de transmisión es sexual, 94% (Gráfico 6). La relación hombre-mujer ha venido cambiando, apuntando a una mayor feminización de la epidemia en el transcurso de los años (3:1 en 2001; 2:1 en 2007).

El gobierno de Nicaragua ha diseñado una respuesta nacional contra el SIDA, que tuvo su principal impulso con la entrada en vigencia de la Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA en 2006-07, la implementación del Plan Estratégico Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA (PEN-2006-2010) y la conformación de la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA).

La finalidad de éstos es asegurar la conducción de la respuesta nacional, que debe expresarse en la construcción de las condiciones nacionales necesarias para poder garantizar a la población nicaragüense el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención, apoyo y mitigación relacionados al VIH y SIDA, con énfasis en las poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo. La garantía del respeto, la promoción, defensa y protección de los derechos humanos ante el VIH y SIDA a través de la participación social, constituyen los valores fundamentales de la política y del Plan Estratégico Nacional³¹.

Una evaluación de cobertura de los servicios de salud para prevención de VIH en personas de jóvenes de mayor riesgo, conducida en el 2007 en Nicaragua por CIDS y OPS, reportó inadecuada disponibilidad de servicios de salud integrales para prevención de VIH (servicios que ofrezcan los cuatro componentes: asistencia y

31 MINSA, *Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNCASS*, Nicaragua, enero de 2008.

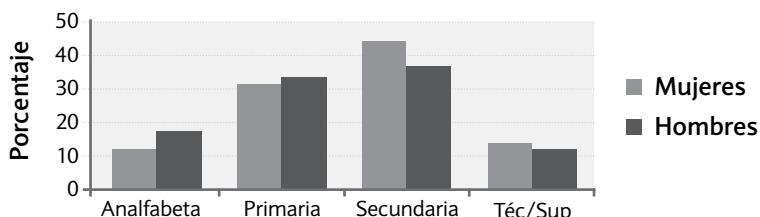
educación por parte de pares, promoción y distribución de preservativos, prueba y asesoramiento para VIH, Tratamiento de ITS). De manera general, el 49% del total de proveedores de servicios (centros y puestos de salud del MINSA, clínicas de seguridad social y sitios de intervención comunitarios) contaba con los 4 componentes del paquete esencial de servicios de salud para prevención de VIH, pero éstos no estaban distribuidos de manera que garantizaran la accesibilidad de la población³².

3.3.5. Resultados de la encuesta comunitaria a población en edad reproductiva

Perfil demográfico de la población del estudio

Se entrevistaron un total de 432 personas de 15 a 49 años, 40% varones y 60% mujeres. Treinta por ciento de los participantes tenían entre 15 y 19 años, 40% entre 20 y 35, y el 30% restante de 36 a 49 años de edad, distribución el área que fue predeterminada en el diseño.

Gráfico 7
Escolaridad de la Población Encuestada Monitoreo
del Derecho a la SR como un DDHH
Nicaragua 2008.



Fuente: Encuesta comunitaria

El 37% de participantes eran solteros, 28% casados, 27% vivían en unión libre y 8% eran separados, viudos o divorciados. En relación a la procedencia de las personas entrevistadas, 72% tenían procedencia urbana y 28% rural, lo que corresponde a la distribución normal de la población en el municipio de León, que es eminentemente urbana.

Interpretación de salud reproductiva y reconocimiento de ésta como un derecho

Al abordar a la población en relación a lo que implica para ellos SR, el 89% de las mujeres y el 85% de los hombres identificaron el término con el embarazo, el parto y la planificación familiar. Fue más común entre adolescentes (45%) que asociaran a SR aspectos relativos a la sexualidad. De igual manera, se observó que los hombres

32 Elette Valladares, *Estudio de cobertura de servicios de salud para prevención de VIH en jóvenes*, Nicaragua, Noviembre 2007 – Mayo 2008. OPS – OMS, CIDS UNAN León.

entrevistados con frecuencia relacionaron el concepto de SR con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En cuanto al derecho a la decisión reproductiva, el 97% de la población estuvo de acuerdo en que la mujer tiene derecho a decidir el número de hijos y cuándo tenerlos. Sólo 4 personas (1%) dijeron: “la mujer debe tener los hijos que Dios le mande”, las 4 eran mujeres, del grupo etáreo de 35-49 años.

Tabla 6
Reconocimiento de la salud reproductiva como obligación del Estado.
Monitoreo del derecho a la SR como un DDHH. Nicaragua 2008.

De acuerdo a la Constitución y a las leyes de Nicaragua, el Estado tiene obligación de:	Sí n = 432	Mujeres n = 259	Hombres n = 173
Ofrecer servicios de salud gratuitos y de calidad.	93%	92%	95%
Proveer a la población MPF e información como usarlos.	80%	81%	80%
Ofrecer servicios de atención de ITS y métodos para prevención.	69%	76%	58%
Garantizar educación sexual a la juventud.	54%	51%	58%
Ofrecer pruebas gratuitas de VIH a la población.	89%	88%	90%
Brindar tratamiento gratuito a las personas que viven con el virus de VIH.	87%	90%	83%
Prestar servicios de prevención y tratamiento de los diferentes tipos de cáncer en la mujer.	100%	100%	100%
	65%	66%	63%

Fuente: Encuesta comunitaria.

La mayoría de las(los) encuestados (93%), estaban conscientes de la obligación del Estado de brindar servicios de salud a la población, gratuitos y de calidad. Sin embargo, fue relevante que al especificar los tipos de servicios, la población reflejó más reservas en relación a aquellos vinculados directamente a la sexualidad, como la preventión y atención de ITS, la educación sexual o el brindar atención de SR a homosexuales.

En contraste, no hubo ninguna duda cuando se mencionaron los problemas que la población no asocia de manera directa a la sexualidad, como el cáncer. Esto puede estar reflejando mitos y prejuicios interiorizados en la cultura de la población, en torno a la concepción y manifestación de la sexualidad (Tabla 7).

Una educación sexual insuficiente dentro del sistema educativo nicaragüense e impartida desde un punto de vista biológico mezclado con mitos que estigmatizan la sexualidad, fue señalada por la mitad de la población de estudio.

El 84% de los entrevistados opinó que interrumpir un embarazo cuando la vida de la mujer está en riesgo producto de la gestación, es un derecho de las mujeres. El 16% restante refirió que interrumpir el embarazo por cualquier razón que sea, es pecado. Estos últimos fueron predominantemente mujeres (55 mujeres y 14 hombres) y todas(os) pertenecían al grupo etáreo de mayor edad.

De las 363 personas encuestadas estuvieron de acuerdo en la interrupción de un embarazo para salvar la vida de la mujer, 81% estuvo también de acuerdo en la interrupción de éstos que sean producto de la violación y 69% en que se practique en casos de malformaciones congénitas mayores en el que se sabe que el niño no va a sobrevivir.

Más de tres cuartos de los encuestados expresaron estar en desacuerdo con la reciente Ley 603 que deroga el aborto terapéutico, opinaron que ésta fue aprobada sin tomar en cuenta a las mujeres y por razones políticas.

Cobertura de los servicios públicos de salud reproductiva desde la perspectiva de la población estudiada

La cobertura de los servicios de SR se abordó a través de ciertas variables-proxi que se definieron. Disponibilidad, se le consideró al hecho de que la población conozca dónde puede obtener ese servicio; accesibilidad, se abordó a través del tiempo que les toma a los usuarios llegar a las unidades más cercanas que ofrecen servicios de SR; la aceptabilidad a través de la asistencia de los entrevistados a esos servicios en el último año y, finalmente, la calidad, si el servicio les resolvió el problema por el que asistieron.

Sólo 2/3 partes de la población de estudio conocía dónde conseguir atención para planificación familiar en el sistema público de salud, 1/3 parte había asistido a ese

servicio en el último año y de éstos menos de 1/3 habían satisfecho su demanda de PF (Tabla 7). Mayor número de mujeres que de hombres entrevistados tuvo acceso a MPF por medio del sistema público. Esto se explicó porque en la edad reproductiva las mujeres son usuarias más frecuentes de los servicios de salud y debido a que en Nicaragua la responsabilidad del MPF sigue recayendo en la mujer. De las personas que refirieron no haber asistido al sistema público de salud en el último año por necesidades de PF (332), el 37% compran el MPF en farmacias privadas, 8% dijo asistir a clínicas prevención del INSS, 5% de los participantes dijeron que ellos o su pareja habían sido esterilizados quirúrgicamente, 1% asistían a ONGS de la sociedad civil y 49% no utilizaban MPF.

Llamó la atención que de los que asistieron al sistema público de salud para atención prenatal y atención del parto, sólo el 74% y el 87%, respectivamente, consideran que se satisfizo su demanda. El 53% de las personas que acudieron al sistema público de salud para atención de infecciones genitales, consideraron que no se resolvió su problema.

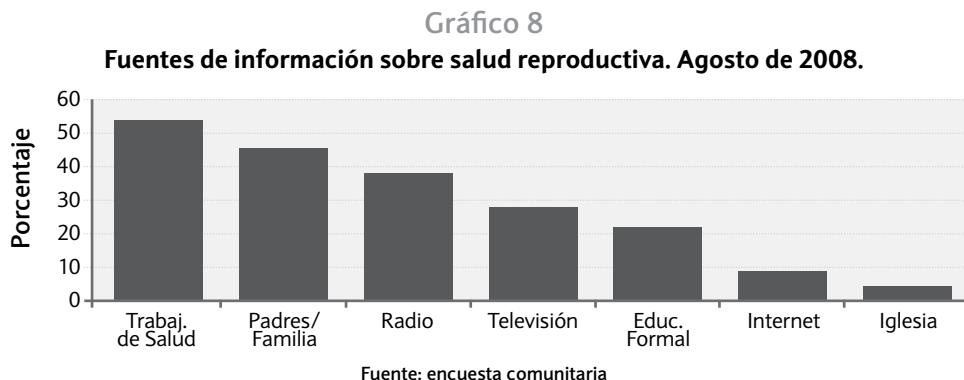
Tabla 7
Servicios públicos de salud: accesibilidad, utilización y grado de resolución.
Agosto de 2008.

Acerca de los siguientes servicios del sistema público de salud	Conoce dónde puede recibir el servicio Sí n = 432	Ud. / su pareja lo han utilizado el último año Sí n = 432	Si visitó un servicio público de SR en el último año, resolvió el problema por el que lo visitó Sí
I. Planificación familiar - Incluye MPF gratuito	60%	100 (23%)	27/100 (27%)
II. Condones gratuitos	48%	39 (9%)	17/39 (44%)
III. Consejería y/o prueba de VIH	44%	9 (2%)	7/9 (78%)
IV. Atención prenatal	71%	91 (21%)	83/91 (74%)
V. Atención de parto	100%	53 (12%)	47/53 (87%)
VI. Atención de infecciones genitales	55%	17 (7%)	8/17 (47%)

Fuente: Encuesta comunitaria.

Hubo desconocimiento por parte de la población de estudio sobre servicios dirigidos a adolescentes, 83% refirió que no había escuchado hablar de ellos. Esto se manifestó incluso entre la población adolescente, el 62% de ellas(os) no conocían estos servicios.

En relación a la accesibilidad geográfica de los servicios públicos de SR, 71% de los entrevistados refirió tenerlos a menos de 30 minutos de su casa, el 15% dijeron que les toma entre 30 minutos y una hora, 11% mencionaron invertir entre 1 y 2 horas y al 3% más de 2 horas llegar a una unidad de salud con servicio de SR. Un tercio de la población expresó que el transporte para asistir a una consulta es costoso y no pueden pagararlo. Dos tercios refirieron que la atención de los servicios de SR tiene alta demanda por lo que es difícil conseguir una cita cuando en realidad la requieren. Además, el horario es limitado y, generalmente, por la mañana, lo que coincide con sus horas laborales.



De los entrevistados que dijeron haber asistido a una consulta de SR en los servicios públicos, el 43% comentó haber esperado entre 1 y 2 horas para ser atendidos, el 25% de 3 a 4 horas, el 17% invirtieron más de 4 horas y el resto se abstuvieron de responder la pregunta. En relación al tiempo que el personal de salud les dedicó en esa última consulta, 48% consideraron que fue suficiente y que les dieron explicaciones claras del problema, 29% refirieron que el tiempo fue limitado por lo que los interrogaron sin examinarlos y les brindaron breves explicaciones. El 23% restante señaló que el tiempo de la consulta fue demasiado corto, que no les habían interrogado bien ni revisado y que tampoco les dieron explicaciones sobre el problema por el que consultaron.

Fuentes de información sobre salud reproductiva

La principal fuente de información de salud reproductiva, señalada por la población de estudio, fueron los trabajadores de salud y los padres o familiares cercanos. Este resultado se vio influenciado por lo que comúnmente la población asocia a SR, atención prenatal y atención del parto, puesto que cuando se preguntó específicamente

camente por las fuentes de información de planificación familiar, se señaló claramente a los medios de comunicación masiva, maestros y pares como las principales fuentes de información. Los adolescentes indicaron a sus pares, a los medios de comunicación, incluido el Internet y a sus maestros, como las principales fuentes de información (Gráfico 8).

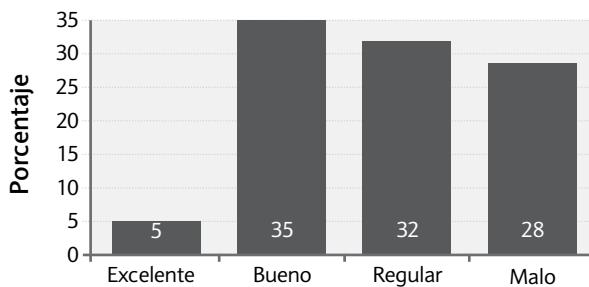
Gastos de bolsillo para la atención de salud reproductiva

Al abordar los gastos de bolsillo de los participantes que acudieron en el último año al sistema público de salud por servicios de planificación familiar, 33% refirieron haber recibido sólo consulta y consejería, pero no el MFP y el 67% restante dijo que les daban el método (pastilla, inyección, etc.) cuando había disponibles en el centro. En cuanto a la atención prenatal y del parto, casi toda la población refirió que el servicio de la consulta y atención son gratuitos, pero que requieren de pagar medicamentos que no aparecen en las listas del Ministerio de Salud y que los doctores consideran necesarios, además de las pruebas de laboratorio.

En relación a otras consultas relacionadas a SR, como ejemplo personas con infecciones en genitales, la población sólo tiene acceso a la consulta, pero debe pagar medios de diagnóstico y tratamiento. También se abordó sobre el servicio de toma de Papanicolaou para la prevención del cáncer cervicouterino, la población de estudio refirió que aunque se hace en todos los Centros de Salud de atención primaria, los resultados se los entregan hasta 3 meses después de la toma, que no se les da cita para seguimiento, e incluso 17% afirmó que en la última toma les perdieron los resultados.

Consideraciones de la población sobre los principales obstáculos al demandar servicios de salud reproductiva y su opinión sobre el servicio que reciben

Gráfico 9
Opinión de la población de estudio que recibió algún servicio de salud reproductiva durante el último año antes de la entrevista, sobre el servicio recibido. Agosto de 2008.



Fuente: encuesta comunitaria.

Al investigar sobre cuáles son los problemas más frecuentes que enfrenta la población cuando demanda servicios públicos de SR, los entrevistados señalaron los siguientes: problemas de accesibilidad a los servicios determinados por las distancias entre los servicios públicos y sus viviendas y por el horario limitado con que estos servicios atienden, que coincide con el horario de trabajo de los usuarios (38%); costos elevados del transporte (37%); carencia de métodos anticonceptivos que la población solicita o que el médico considera más indicados (34%); los servicios están organizados y dirigidos como si fueran sólo para mujeres (19%); los médicos y enfermeras no les atienden ni informan bien (22%); mucha gente no sabe dónde obtener ciertos servicios de SR (15%); las mujeres son tratadas mal (7%).

Es relevante resaltar que el 41% de la población habló de atención deshumanizada del parto en los hospitales públicos. Además, poca información e insuficiente sistema de referencia para el seguimiento posparto, que es el período donde se producen la mayor parte de las muertes maternas en el país.

3.3.6. Resultados de la entrevista

a prestadores de servicios de SR (MINSA y ONGS)

Se entrevistaron 15 trabajadores de salud reproductiva (3 de centros de salud, 9 de puestos de salud, 2 de ONGs y 1 del hospital), en relación a los logros, limitaciones y opinión de los servicios de SR donde laboran.

Logros

Los prestadores de servicios señalaron como logros: el reconocimiento de la necesidad de servicios especiales para ciertas poblaciones como adolescentes, mujeres, niños y poblaciones de riesgo (67%); además, la emisión de políticas, programas, normas y procedimientos para su atención (82%).

Limitaciones

El 97% de los entrevistados reconoció que su unidad de salud tiene limitaciones, tanto de recursos humanos como materiales, para poder responder a la demanda de servicios de SR de la población.

El 88% refirió que su unidad de salud no tiene condiciones para poder brindar la privacidad y confidencialidad que los servicios de salud reproductiva requieren, lo que hace que usuarios con gran necesidad de estos servicios (ej. adolescentes, solteras(os) o las poblaciones de riesgo (ej. homosexuales, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables) se inhiban de hacer uso de ellos.

En relación a planificación familiar, el 71% mencionó que la mayor parte del año sus servicios no cuentan con suficientes tipos de métodos de planificación familiar para responder la demanda de la población, por lo que las indicaciones específicas

de cada tipo de anticonceptivos no se pueden cumplir, indicándole a las usuarias lo que hay disponible.

Otra limitación señalada por el 79% de los entrevistados como existente en las unidades de salud donde laboran, es el excesivo número de pacientes que se asigna al prestador de un servicio en una jornada de trabajo, lo que influye en la calidad de atención y de consejería que brindan. La carencia de medicamentos esenciales fue también señalada como sensible por 73% de los participantes.

El 61% de los prestadores de servicios de SR entrevistados había recibido algún curso de educación continua durante el último año antes de la entrevista, sin embargo, la mitad de ellos refirieron que se necesitaba más entrenamiento, sobre todo en las normas específicas de atención de algunos servicios, pues aunque sabían de su existencia algunas no las conocían.

Más de 75% de los entrevistados opinaron que aun cuando los 3 Centros de Salud del Municipio de León ofrecen, dentro del Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, la gama de servicios de SR (Atención de adolescentes, planificación familiar con oferta de MPF según disposición del MINSA, control prenatal, atención de embarazo y puerperio, servicio de Papanicolaou y colposcopía, ultrasonido, atención de ITS), éstos no son suficientes en número y no cuentan con suficientes recursos humanos y materiales, por lo que la atención a la población es de mala calidad. Los puestos de salud, aunque más accesibles a la población, su oferta de servicios de SR generalmente se limita a planificación familiar y control prenatal, remitiendo pacientes a los 3 centros de salud en caso de necesitarlo.

Opinión

En relación a la opinión sobre la situación de la SR en Nicaragua, los entrevistados consideraron que es prioritario en el país ofertar una educación sexual integral desde la educación elemental (96%) y mejorar la cobertura de servicios de salud reproductiva gratuitos y de calidad (92%). La derogación y posterior condena de la Ley del Aborto Terapéutico en Nicaragua fue considerada por 84% de ellos como arbitraria y sin fundamento científico ni social. El 92% de ellos estuvo de acuerdo en que este cambio de ley viene a incrementar las desigualdades de salud reproductiva en la población, puesto que afecta más a las poblaciones más pobres y socialmente vulnerables.

3.4. Conclusiones

3.4.1 En el ámbito normativo

El marco jurídico nicaragüense, en lo relativo al derecho a la salud y a la SR, ha sufrido transformaciones importantes durante los últimos años. Estos cambios en su ma-

yoría han apuntado hacia una modernización del sistema, reflejando con ello mayor conciencia del Estado nicaragüense sobre su responsabilidad y compromiso moral y político con la salud del pueblo nicaragüense, sobre todo de las poblaciones más vulnerables por razones sociales, geográficas o étnicas.

El Estado nicaragüense ha sido signatario de las convenciones, instrumentos y acuerdos internacionales asumidos por los países miembros de la ONU y la OEA, en relación a los derechos humanos y al derecho a la salud y salud reproductiva de la población. Estos instrumentos han sido posteriormente incorporados a través de leyes, políticas o programas del sistema normativo regulatorio nacional.

Sin embargo, la derogación en el 2006 de la centenaria Ley del Aborto Terapéutico y su posterior inclusión condenatoria en el Código Procesal Penal (que niega a mujeres nicaragüenses la posibilidad de salvar su vida ante un sistema de salud cuya cobertura de prevención y atención es precaria), marcó un hito en la historia contemporánea de la SR en Nicaragua, haciendo al país retroceder sustancialmente no sólo en términos de su marco jurídico, sino también en el marco del respeto a los derechos humanos fundamentales de las mujeres, de sus hijos ya nacidos, de sus familias y de la sociedad.

La Ley 603 vino a violentar principios fundamentales y disposiciones de orden jurídico constitucional, así como normativas internacionales ratificadas por el Estado de Nicaragua y reconocidas por la Constitución Política [El derecho a la vida (Art. 23), el derecho a la salud (Art. 59 y 105), el derecho a la integridad y a no ser sometido a tratos crueles e inhumanos (Art. 36), el derecho al desarrollo humano (Art. 4), el derecho a la dignidad de las personas (Art. 5 y 116), el derecho a la libertad individual (Art. 5 y 25 inciso 1), el derecho a la igualdad y a estar libre de discriminaciones (Art. 27, 48 y 50), el derecho a la libertad religiosa, de conciencia y de pensamiento (Art. 29 y 30), el derecho al libre ejercicio de la profesión (Art. 86), el principio constitucional del Estado laico (Art. 14), el derecho de las personas a ser protegidas por el Estado y a que sus derechos sean reconocidos (Art. 46.)]³³

3.4.2. En el ámbito estructural social

Existe reconocimiento del derecho a la salud reproductiva en nuestro Marco Legislativo Nacional, pero es desconocido por quienes los ejecutan. Por tanto, a pesar de los avances en materia normativa en Nicaragua, en lo relativo al derecho a la salud reproductiva, no se han creado aún los procedimientos necesarios para garantizar el cumplimiento de esas políticas, programas y normas que permitan a la población alcanzar este derecho. Los principales problemas que se han identificado en torno a esto son:

33 CENIDH, *Acción urgente: Penalización del aborto terapéutico en Nicaragua*, Managua, enero 2007.

- Hay inadecuada asignación del presupuesto nacional al sector salud.
- No hay claridad de la parte del presupuesto de salud que es asignada a la salud reproductiva ni cómo esto se determina, a pesar de ser una prioridad tanto a nivel nacional como mundial, e incluida de manera importante en las metas de los ODM.
- Se han elaborado programas y normas de salud reproductiva (ej. Normas de atención del embarazo, parto y puerperio, Normas de atención del aborto, Normas de atención de la VIF, etc.) siguiendo la evidencia científica y la experiencia internacional de organismos mundiales rectores de la salud, pero sin asignación de recursos materiales y humanos suficientes ni creación de condiciones que garanticen su cumplimiento a nivel de los servicios de salud.
- Hay insuficiente cobertura (la población refirió limitaciones tanto de disponibilidad, como de accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de los servicios públicos de salud reproductiva, sobre todo a las poblaciones más vulnerables (por razones sociales, geográficas o étnicas).

El aumento de la cobertura de los servicios de salud y de la seguridad social, como lo señalan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no son un asunto técnico, son un imperativo moral y político, una cuestión de cumplimiento del derecho humano de la población a embarazos, partos y medio ambiente seguros para el desarrollo de los niños, las familias y los grupos sociales.

La población nicaragüense desconoce el alcance de su derecho constitucional a la salud y a la salud reproductiva, por lo que no exige ni ejerce ese derecho. Las demandas por violación al derecho a la salud en nuestro país aún son escasas y la mayoría de ellas no se ventilan como violación al derecho humano a la salud, sino bajo muchas otras figuras legales.

En Nicaragua, a pesar de que las mujeres están protegidas constitucionalmente durante el proceso reproductivo, existe discriminación jurídica hacia ellas a la hora de ejercer ese derecho. El proceso de embarazo, por ejemplo, es un factor de discriminación hacia las mujeres trabajadoras, que en muchas ocasiones son despedidas por esta razón, pero como los empleadores jamás alegan el embarazo como causa, la mujer queda desprotegida.

Aunque el marco normativo nicaragüense describa de manera clara el derecho de la población a una educación sexual integral (sin mitos ni influencias religiosas, que aborde a la persona desde un contexto biopsicosocial y no solamente desde sus funciones biológicas) y la obligación del Estado de brindarla, en Nicaragua el cumplimiento de ese derecho sigue siendo negado en medio de negociaciones y concesiones entre partidos políticos y grupos religiosos dominantes.

Hay politización y estigmatización de aspectos relativos a la salud reproductiva (ej. la derogación del AT y su posterior condena, la discriminación en contra de las PVVS y de HSH, etc.), respondiendo a una mezcla de intereses y acuerdos político-religiosos colocados por encima de los derechos de la población a la SR en un Estado que por su constitución es laico.

Nos quedan únicamente 7 años para alcanzar las metas trazadas para madres y niños en los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), es decir la reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna y de dos tercera partes de mortalidad infantil. Sin embargo todavía tenemos en el país cifras inaceptables de mortalidad materna e infantil, de necesidades insatisfechas de planificación familiar, de embarazos en adolescentes, abortos inseguros e incremento en la incidencia de casos de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, que reflejan las necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva de la población nicaragüense y cuyas tendencias en el tiempo (discretas disminuciones, en algunos casos cifras inamovibles o en ligero incremento aún), hacen que la deseada meta rubricada como país en los ODM parezca más una demagogia diplomática que un objetivo que en realidad pretendemos alcanzar como país.

A 60 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 30 años de Alma Ata y más de 20 de la última revolución en Nicaragua, hechos históricos que hicieron eco del derecho del pueblo a la salud y de la pretensión de alcanzarla para todos: **El derecho a la salud reproductiva de la población nicaragüense y el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, continúa siendo un derecho pendiente de reconocer, exigir y ejercer.**

3.5. Desafíos y agenda pendiente

1. Desarrollar mecanismos concretos para garantizar el cumplimiento del marco normativo sobre el derecho a la salud reproductiva, establecido en la legislación nacional y en los instrumentos internacionales ratificados por Nicaragua.
2. Que el Estado nicaragüense priorice, a la hora de programar y distribuir el presupuesto nacional, la asignación del gasto público necesario de asignarse en salud para poder dar salida a la agenda normativa que permita a la población alcanzar el derecho a los servicios básicos de salud y SR, principalmente a las poblaciones vulnerables.
3. Exigir al Estado las garantías del derecho de las mujeres a la igualdad y a la no-discriminación ante la ley durante el proceso reproductivo.
4. Demandar la priorización de educación en salud reproductiva de la población en general y de educación sexual integral a la juventud nicaragüense, que les brinde los conocimientos necesarios para su desarrollo integral y les provea de capacidad de discernimiento para la toma de decisiones saludables en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

5. Establecer mecanismos que garanticen la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud reproductiva en Nicaragua acorde a la demanda, tanto en términos de disponibilidad y accesibilidad, como de mejoramiento en la calidad de los servicios culturalmente adecuados a la población que atienden.
6. Que el MINSA garantice los recursos materiales y humanos necesarios para que los servicios de salud puedan responder a las necesidades de la población. Ej. existencia de suficientes unidades COE para atención de emergencias obstétricas, que permitan la reducción de la mortalidad y morbilidad materna severa en el país; provisión de MPF para garantizar el acceso de la población a ellos; organización de capacitaciones para la actualización permanente del personal que atiende los servicios de salud reproductiva, de manera que garanticen la calidad y calidez del servicio.
7. Realizar investigaciones sobre la situación de SR de la población nicaragüense así como también evaluaciones sistemáticas de los servicios de salud reproductiva, para proveer a los tomadores de decisión de evidencia científicas para la creación y sustentación de las políticas de SR que permitan a la población alcanzar este derecho.
8. Desarrollar en el país una estrategia de salud reproductiva que se aplique de manera diferenciada, tomando en cuenta la situación epidemiológica particular de cada región o área geográfica, esto es, las necesidades de las regiones del Atlántico no son las del Pacífico.
9. Fortalecer la capacidad de abogacía de la población y el empoderamiento femenino, de cara a la demanda permanente de sus derechos reproductivos, en un marco de equidad y de no discriminación por razones políticas, religiosas, étnicas, sociales o de género.
10. En el marco del cumplimiento de los desafíos anteriores, sobre todo los números 5 y 6 en relación a la educación sexual integral y a la ampliación de cobertura de los servicios de SR, demandar enérgicamente al Estado el regresar a las mujeres el derecho al aborto terapéutico para salvar su vida si ésta estuviera en riesgo, tópico que debe continuar en permanente reflexión en el país hasta que se haga una nueva revisión y reestructuración de la ley.

4. Políticas públicas, presupuesto y salud de la niñez salvadoreña. Un enfoque de derechos

Abraham Ábrego³⁴

³⁴ Coordinador de Derechos Humanos y Equidad de Género de la Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho, San Salvador, El Salvador

Glosario de Términos

Bien público

Son bienes o servicios de acceso universal o de uso común. Estos bienes no pueden ser disfrutados por unos individuos, sin que otros accedan a ellos.

Concesión

Es un contrato mediante el cual el Estado autoriza a un particular la prestación de un servicio público o la explotación de bien público bajo ciertas condiciones y sujetado a la vigilancia del Estado.

Derecho a la igualdad

Derecho que reconoce el trato similar que se debe dar a las personas, sin discriminación alguna.

Derecho a tutela judicial efectiva

Derecho de acceso a la información pública

Derecho a buscar, recibir y difundir información.

Derecho a la salud

Derecho a gozar del máximo nivel de bienestar físico y mental que sea posible, y ser protegido en su conservación.

Derechos humanos

Facultades que tenemos todos los seres humanos por el solo hecho de serlo, y que en conjunto garantizan la dignidad de la persona.

Derechos económicos, sociales y culturales

Aquellas facultades que garantizan la satisfacción de las necesidades materiales, económicas, espirituales y culturales de las personas.

Discriminación positiva

Trato desigual que se hace entre personas para equiparar las desventajas de unos frente a otros, y garantizar el derecho a la igualdad.

Empréstito

Contrato público mediante el cual el Estado requiere a particulares la financiación de gastos públicos mediante la emisión de títulos.

Fideicomiso

Contrato mediante el cual se encomienda a alguien la administración de un patrimonio en representación de otro.

Hospitales de segundo nivel

Se refiere a hospitales con capacidad de atender emergencias de carácter general. Las especialidades se manejan en hospitales acreditados como de tercer nivel.

Medicamento genérico

Aquel vendido bajo el principio activo que incorpora y que nos está patentado, que debe demostrar la bioequivalencia terapéutica con el medicamento original que le sirve de referencia.

Morbimortalidad

Hace referencia a la causa por la que se produce una muerte.

Negligencia médica

Acto u omisión de un proveedor de servicios médicos que se desvía de los estándares médicos aceptados por la comunidad médica y que produce una lesión o la muerte del paciente.

Observación general DESC

Opiniones técnicas elaboradas por el Comité DESC de Naciones Unidas, como parte de sus funciones, y en las que interpreta y desarrolla los contenidos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Perinatal

Que pertenece u ocurre durante el período anterior al parto o nacimiento, o es simultáneo o posterior a él, es decir, desde 28º semana de gestación hasta los primeros siete días del parto.

Primer nivel de atención

Se refiere aquellos centros asistenciales de carácter preventivo como unidades de salud o clínicas.

Principio

Norma o idea fundamental que rige el pensamiento.

Producto Interno Bruto

Se refiere a la suma del producto nacional de todos los sectores de la economía.

Puerperio

Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estadio ordinario anterior a la gestación.

Repitencia

Se entiende como el hecho mediante el cual el estudiante se ve obligado a cursar más de una vez un grado en cualquiera de los niveles educativos.

Transparencia

Cualidad que consiste en la apertura para mostrarse abiertamente sin ocultar nada.

Tratado internacional

Acuerdo firmado entre dos o más países o entre países con un organismo internacional como la ONU u OEA. En el país un tratado internacional, una vez ratificado se convierte en una ley de la República.

Presentación

En el caso de El Salvador, FESPAD seleccionó como tema de investigación el análisis de las políticas públicas de salud a la luz del presupuesto. Con este estudio se busca analizar la situación actual de incumplimiento y violación al derecho humano a la salud en la población salvadoreña, principalmente en los niños y niñas; y, en este sentido, contribuir a estimular la participación ciudadana y la exigencia del cumplimiento del Derecho Humano a la Salud en El Salvador, a partir del análisis de las políticas públicas en materia de salud y la ejecución presupuestaria del ramo de Salud Pública y Asistencia Social durante el período 2003-2006.

Consideramos que una mayor asignación presupuestaria, con una ejecución eficiente y de calidad del presupuesto de las instituciones públicas del ramo de salud y con el establecimiento de jurisprudencia o de decisiones administrativas para garantizar este derecho, podría contribuir a la progresión y cumplimiento del derecho a la salud, principalmente de la niñez salvadoreña. Asimismo, compartir y analizar los diferentes indicadores a utilizar en el monitoreo del derecho a la salud entre las organizaciones, las experiencias y los conocimientos, contribuyen a fortalecer los esfuerzos de monitoreo que se hacen en la región.

La investigación está estructurada en cinco apartados: en el primero de ellos, se aborda el marco jurídico referido al derecho a la salud. En el segundo, el contexto de la situación de la salud en el país. En el tercer apartado se presenta una evaluación de las principales políticas públicas en materia de salud, incluidos los programas implementados por el gobierno de Tony Saca entre 2003 y 2006 y sus impactos en la niñez salvadoreña, a partir de la canasta de indicadores establecidos en el proceso de investigación. El cuarto apartado se concentra en el análisis del Presupuesto General de la Nación (PGN), particularmente en el del ramo de salud y de las dependencias gubernamentales relacionadas con los derechos de la niñez; previa identificación de éstas y de las unidades administrativas, a partir de sus respectivas leyes de creación y reglamentos de funcionamiento. Y, por último, se presentan las conclusiones de la investigación.

4.1. Marco conceptual y metodológico

Al inicio del proyecto, se definió la utilización del esquema de indicadores propuestos por Paul Hunt³⁵, ya descritos en la sección general y que comprende indicadores estructurales, de proceso y de evolución que han sido planteados en la sección que describe la metodología general de este esfuerzo conjunto.

Por otro lado, el desarrollo de la investigación ha requerido, primeramente, del mapeo del marco legal e institucional con el fin de identificar cómo el Estado salvadoreño

35 Paul Hunt es el ex relator especial sobre derecho a la salud ante la ONU

define y ampara el derecho a la salud. Además, también se han identificado y estudiado las principales políticas públicas relacionadas con el derecho humano a la salud que afectan a niñas y niños; el monitoreo de la ejecución del Presupuesto General de la Nación (PGN) durante el período 2003-2006 y la calidad del gasto público en el ramo de Salud Pública y Asistencia Social, así como de otras carteras relacionadas con la procuración de los derechos de la niñez, como instrumentos que podrían aportar una primera aproximación a la medición de progresividad del derecho a la salud.

Cabe señalar que una de las dificultades con la que se encontró la investigación, es que en el período seleccionado no todos los datos de esos años estaban disponibles en las estadísticas oficiales, en particular los datos relativos a la justiciabilidad, debido a que los registros de algunas de las instituciones investigadas no eran homogéneos ni ofrecían todas las variables de información que se requerían.

La estrategia metodológica consistió en dos elementos complementarios: monitoreo a través de indicadores desarrollados en la primera fase del proyecto, por medio de la compilación de información de fuentes primarias y secundarias, así como un mapeo de las políticas públicas con una perspectiva de derechos humanos, complementado con el seguimiento de las asignaciones y la ejecución presupuestaria del ramo de salud pública y asistencia social, focalizadas en la niñez.

Con respecto al análisis y seguimiento presupuestario en el área de salud, para identificar el monto asignado a ésta, se utilizaron las partidas presupuestarias del ramo de salud, contenidas en el PGN, destacando las donaciones y los préstamos contratados por el gobierno. FESPAD ha venido incorporando en su monitoreo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) el análisis presupuestario y ha identificado que el derecho a la salud es uno de los derechos que sufren un mayor impacto por el buen o mal manejo de los recursos estatales. De ello se desprende el interés por desarrollar un análisis del PGN en materia de salud, profundizando en los niveles de ejecución del mismo, en la calidad del gasto y en los niveles de transparencia.

Uno de los criterios para evaluar el interés estatal en la vigencia del derecho a la salud es la cantidad y calidad de recursos que se destinan hacia las instituciones responsables de la tutela de este derecho; dicha evaluación presupone la disposición y acceso de información, con el suficiente nivel de desagregación y oportunidad a efecto de evaluar la calidad, el destino, los responsables de la administración de recursos, así como sus impactos.

La razón de incorporar el análisis presupuestario, en la medición de la progresividad del derecho a la salud en los niños y niñas, estriba en la creciente importancia que

ha ido adquiriendo el gasto público en el cumplimiento de los DESC. En general, las políticas públicas que pretendan una mejora sustancial de los derechos deberían incorporar un adecuado manejo presupuestario.

En los últimos años ha cobrado importancia no sólo el tema presupuestario, sino el grado de transparencia y de involucramiento de la población en los diferentes ciclos de gestión de los presupuestos públicos. Como bien lo ha expresado el Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria³⁶

El análisis del presupuesto permite evaluar quiénes ganan y quiénes pierden con la distribución de los recursos públicos, quién decide, por medio de qué mecanismos y en función de qué criterios. La disponibilidad de información presupuestaria es requisito indispensable para hacer efectiva la rendición de cuentas sobre las finanzas gubernamentales, e incentiva a la participación informada de la sociedad civil en los procesos de gestión pública. Finalmente, la transparencia en los procesos presupuestarios permite conocer y evaluar el impacto del gasto y el desempeño de las políticas públicas, así como identificar a los responsables del manejo de recursos y, por tanto, detectar potenciales casos de corrupción o responsabilidad administrativa.³⁷

Por ende, el análisis del presupuesto es una útil herramienta para medir la progresividad de los DESC, tomando en consideración que una de las obligaciones principales de los Estados en el cumplimiento de los DESC, es adoptar las medidas necesarias para su desarrollo “hasta el máximo de los recursos de que disponga”.³⁸

Al referirse a la adopción de medidas, el PIDEDECOSOC no sólo se refiere a las legislativas, sino también a las de otro tipo como las financieras. La Observación General 3 del Comité DESC de Naciones Unidas, referida a la índole de las obligaciones de los Estados parte, ofrece una fuente valiosa de interpretación del pacto. Con respecto a las medidas ha señalado “otras que también cabe considerarlas apropiadas, a los fines del párrafo 1 del artículo 2, pero no agotan las de carácter administrativo, financiero, educacional y social”.

La mayoría de obligaciones que tienen los Estados respecto de los DESC conllevan a la erogación de fondos o recursos para garantizar su realización, lo que implica que los Estados deben invertir buena parte de sus presupuestos en éstas. El Comité DESC ha interpretado, respecto de las obligaciones contenidas en el art. 2 del PIDEDECOSOC, que:

36 En El Salvador, se carece de una ley sobre acceso a la información pública o sobre transparencia.

37 Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria. <http://fundar.org.mx/fundar/indicelat/pg/2007/inicio.php>

38 El art. 2.1 del PIDEDECOSOC, señala que los Estados partes se comprometen a adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos.

El párrafo 1 del art. 2 obliga a cada Estado parte a tomar las medidas necesarias <hasta el máximo de los recursos de que disponga>. Cada Estado parte puede atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a los pocos recursos disponibles, pero debe demostrar que ha realizado un gran esfuerzo para cumplir, con carácter de prioritario, con esas mínimas responsabilidades.³⁹

Ello implica que el seguimiento presupuestario desde la ciudadanía debería ser parte de los diferentes ejercicios de vigilancia de las instituciones públicas, ya que permite valorar si los Estados están cumpliendo con las obligaciones antes referidas.

4.2. Marco jurídico referido al derecho a la salud

4.2.1. La definición del derecho a la salud en la legislación salvadoreña

El derecho a la salud está reconocido por la Constitución salvadoreña como parte de los derechos sociales (Título II Derechos y garantías fundamentales). El enunciado del Art. 65 Cn, hace referencia a que “la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”.

Si bien la Constitución no define el concepto de salud, sí señala que se considera un “bien público”, por lo cual se entiende que la salud es un estado de bienestar que tiene un valor o beneficio para la colectividad y que su protección es de interés público. Esta responsabilidad no es exclusiva del Estado, sino además de los particulares. Debe decirse entonces que la Constitución considera a la salud como un bien, pero además como un derecho primordial al ubicarla en la sección de derechos fundamentales. Además, puede inferirse de los términos usados como “conservación” y “restablecimiento” que la Constitución no limita el concepto de salud al hecho de recuperar la salud cuando se está enfermo, sino a otros aspectos que permitan conservarla.

Dada la falta de precisión constitucional sobre el concepto de derecho a la salud, debe recurrirse a la interpretación armónica del texto constitucional. Si se toma como referencia el concepto más desarrollado sobre el derecho a la salud reconocido en el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como “el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, se puede señalar que los elementos que aparecen en el texto constitucional no riñen con este concepto.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha señalado:

Nuestra Constitución se refiere al derecho a la salud como categoría fundamental de obligada garantía y protección respecto de todas las personas; el contenido esencial del mismo radica en el deber de toda persona de velar por un bienestar físico y mental a través de medidas preventivas o de resta-

39 Observación General 3 del Comité DESC de Naciones Unidas.

blecimiento (...) El derecho a la salud requiere que el Estado adopte las medidas idóneas que viabilicen el cumplimiento de su obligación, de procurarla a sus habitantes sin atender a distinciones de ninguna clase y, asimismo, que brinde una eficaz seguridad social. Si a una persona a quien deba atenderse de una forma determinada no se le presta la atención correspondiente, y lo cual genere una vida indigna y hasta la muerte, violentaría frontalmente el derecho a la salud tutelada por la Constitución y aún más, la vida. El derecho que tiene una persona de gozar de buena salud dada la efectiva y pronta intervención del Estado en su auxilio, se traduce, al fin de cuentas, en un intento de que la vida se alargue, pero dignamente.⁴⁰

Por otro lado, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH), institución encargada de la promoción y defensa de los derechos humanos, ha reconocido la íntima relación de este derecho con otros como es el de la vida, señalando que:

El derecho a la salud es un derecho fundamental, siendo que el disfrute del mismo es esencial para el disfrute de otros derechos a los cuales está íntimamente ligado como son el derecho a la vida, el acceso a la información, la integridad, entre otros.⁴¹

También la PDDH ha señalado:

Que la salud de los habitantes constituye un bien público, tal como se ha establecido en el Art. 65 de la Constitución. En consecuencia, el Estado está en la obligación de velar para que la población goce de un nivel de salud que le permita alcanzar un desarrollo biopsicosocial digno de un ser humano⁴².

4.2.2. Los principios y contenidos que plantea la Constitución respecto del derecho a la salud

La Constitución asigna a los tratados internacionales un rango superior que a las leyes secundarias, pero no mayor que ésta. Esto implica que los tratados internacionales, si bien no pueden contradecir la Constitución, sí prevalecen sobre las leyes secundarias, en caso de que entren en conflicto con éstas. (Art. 144).

El Art. 65, segundo inciso, se refiere a que el Estado determinará la política nacional de salud. Dicha potestad conferida al Estado no implica que éste al formularla no tome en cuenta los principios y valores de la Constitución, sino por el contrario tiene la obligación de incorporar dichos contenidos.

40 Sentencia de Amparo, Ref. 348-1999, de fecha 04 de Abril de 2001.

41 Resolución LU -0351-02, del 17 de enero de 2003. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Doctrina Básica.

42 Informe sobre desechos hospitalarios. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Doctrina Básica.

La Constitución salvadoreña responde a una concepción personalista, ya que coloca al centro de la actividad del Estado a la persona humana (Art. 1), lo cual es un principio fundamental de interpretación de la Constitución que lamentablemente no ha sido respetado en la práctica, pero que debe servir de guía y orientación, tanto para la adopción de nuevas leyes como para la actuación de los funcionarios públicos.

Existen al igual que el Artículo 1, varias disposiciones constitucionales que establecen principios y valores que sirven de guía en la interpretación del texto constitucional y que deberían orientar la política nacional de salud. A continuación se hace una propuesta de principios sobre el derecho a la salud, a partir de un diagnóstico realizado por FESPAD en 2006⁴³:

- Los Arts. 1, 2 y 3 Constitucionales conocen los valores de dignidad humana, el bien común e igualdad. Al relacionar esto con el Art. 65, que plantea la idea de que la salud es un bien de todos, sugiere que los servicios de salud serán accesibles a todas las personas en igualdad de condiciones, lo que fundamenta la cobertura universal.
- **Principio de gratuidad de los servicios médicos.** A efecto de garantizar la cobertura universal no condicionada a factores como la falta de recursos económicos, la gratuidad del servicio resulta fundamental. El Art. 66, reconoce la gratuidad para las personas de escasos recursos económicos y para toda la población en determinadas circunstancias.
- **Principio de eficiencia.** El Art. 10, en concordancia con el valor de dignidad reconocido en el Art. 1, señala que la ley no puede autorizar ningún acto que implique la pérdida de la dignidad. El respeto a la dignidad humana exige que cuando una persona sea tratada en un centro de salud, lo sea de la mejor manera y con consideración, tanto en el aspecto técnico como en el humano (Art. 67), por ello debe entenderse que el maltrato de los pacientes está prohibido por la Constitución.
- **Principio de solidaridad.** Se desprende del valor justicia y del bien común, en tanto el bienestar común ha de equilibrarse con el soporte de quienes están en posibilidad de contribuir al bienestar de los demás, haciendo un contrapeso natural para evitar que los que en ese momento no tienen capacidad, puedan disfrutar de ciertas condiciones favorables para su integridad. Al ser la salud un bien público y ser obligación de todos contribuir a su conservación y restablecimiento (Art. 65), el resquebrajamiento de ésta, en uno de los miembros de la colectividad, repercute en todos los demás.
- **Principio de participación.** Se deriva de que nuestra Constitución establece que el gobierno salvadoreño es democrático y representativo (Art. 85), por lo que la participación de la población es un punto importante en los diversos quehaceres de la vida nacional. El hecho de que el Art. 67, señale que el ser-

43 Vaquerano Nelson. Diagnóstico del Sistema Normativo de Salud existente en El Salvador. FESPAD. Mimeo, 2006.

vicio de salud es esencialmente técnico, no debe interpretarse como limitativo para la participación de la población en aspectos como la toma de decisiones sobre el diseño del programa de salud o el ejercicio de contraloría en su ejecución.

Como se ha planteado, la Constitución establece una serie de principios y valores rectores que deben ser tomados en cuenta en la formulación de las políticas de salud. Además de esto, la Carta Magna precisa algunos de los contenidos del derecho a la salud como:

Tabla 1
Contenidos del derecho a la salud en la Constitución.

- La asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos económicos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir una enfermedad transmisible (Art. 66).
- La obligación del Estado de proveer los recursos necesarios para el control y calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia.
- La obligación del Estado de controlar la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar a la salud (Art. 69).
- La obligación del Estado de tomar a su cargo a los indigentes que sean inhábiles para el trabajo (Art. 70).

Fuente: Constitución de la República

Aunque la Constitución no señala expresamente la obligación del Estado de priorizar la atención a sectores vulnerables, la aplicación del derecho de igualdad (Art. 2), supone equiparar a las personas que se encuentren en situación de desigualdad (discriminación positiva), lo que lleva, por ejemplo, a ofrecer gratuitidad a las personas que no tengan recursos (Art. 66).

En ese sentido, este estatuto señala algunos lineamientos sobre la niñez en relación a la protección de la salud. Ahí se reconoce el derecho de todo menor a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, así como la obligación que tiene el Estado de proteger la salud física, mental y moral de los menores.

En lo referente al presupuesto, no se señala ningún porcentaje mínimo que debe ser aplicado al ramo de salud. Sin embargo, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos al tomar en cuenta que la salud es un bien público relacionándolo con los fines que la Constitución establece al Estado ha señalado que:

Una de las manifestaciones claras de interés del Estado por el que las personas tengan vida digna será siempre la inversión en la salud, lo cual implica planes y programas integrales y de carácter permanente (...) y sólo entonces el Estado estará en concordancia con el fin para el que ha sido creado, como se establece en el Art. 1 de la Constitución.⁴⁴

A falta de una legislación específica sobre niñez y adolescencia, como se verá en el siguiente apartado, un instrumento internacional de relevancia es la Convención sobre los Derechos del Niño. En este tratado, los Estados suscriptores reconocen que todo niño y niña tiene el derecho a la vida, así como también garantizarle, en la medida de lo posible, la supervivencia de su desarrollo. Es responsabilidad del Estado adoptar las medidas administrativas, legislativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños y niñas contra abusos físicos o mentales, descuido, explotación infantil, así como contra el abuso sexual.

Otros elementos que esta convención considera respecto del derecho a la salud, son:

- En caso de enfermedades graves, los niños y las niñas tienen el derecho de ser internados en establecimientos para darles atención médica.
- Los niños y las niñas tienen derecho a la seguridad social.
- El Estado tiene obligación de reconocer el derecho de todo niño y niña a un nivel de vida adecuado para su desarrollo mental, físico, espiritual y social. Los niños y niñas deben estar protegidos por el Estado, no ser explotados ni forzados a trabajar, principalmente en labores peligrosas.
- El Estado tiene la obligación de proteger a todos los niños y niñas de cualquier abuso o trato cruel que haya recibido.

Por otro lado, puede considerarse que hay un conjunto de leyes que desarrollan los principios contenidos en la Constitución y establecen y regulan instituciones y procedimientos para la prestación de los servicios de salud. En el Anexo I, se ha precisado la legislación secundaria vigente relacionada al derecho a la salud.

4.3. Contexto: situación de la salud en El Salvador

4.3.1 Condiciones socioeconómicas

La problemática de la salud tiene un fuerte determinante en las condiciones de exclusión y pobreza en que se encuentran las familias salvadoreñas. La mitad de la población que vive bajo la línea de pobreza (34.6% en situación de pobreza, según EHPM 2007), se concentra en la zona rural (213,000 hogares) y 53% de éstos, a nivel nacional, corresponde a casas donde la mujer es la responsable y adalid de la familia. También la población analfabeta se ubica entre la población femenina y es

44 Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, *op. cit.* p. 8

mayor en el sector rural (24.8%) que en el urbano (11.5%); la escolaridad promedio de estas personas es muy baja, sin alcanzar niveles de educación que le permitan prevenir la enfermedad y cuidar su salud en general.

Según la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM), entre 2003 y 2006, el 44.5% de la población en promedio (3 millones 105 mil) tiene entre 0 y 19 años de edad; de éste, el 51% son niños, mientras que el 49% de la población son niñas. No obstante, estas cifras no contabilizan a los niños y niñas que emigran cada año hacia Estados Unidos. En cuanto a las condiciones de educación, más de 70 mil niños y niñas entre los 10 y 18 años no saben leer ni escribir.

Tabla 2
**Población infantil en condición de analfabetismo según rango de edad
 2003-2006 (Porcentaje).**

	2003	2004	2005	2006
De 10 a 12	43.05	45.51	43.86	41.76
De 13 a 16	27.80	28.54	29.93	28.67
De 16 a 18	29.15	25.95	26.21	29.55
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (2003-2006)

Vale destacar que para el 2003, de la población infantil entre los 13 y 16 años, 27.80% se encuentra en condición de analfabetismo; de éste el 42.4% lo conforman niñas tanto de la zona urbana como rural, sin embargo para el 2006, aproximadamente 29 de cada cien niños y niñas entre la misma edad, no saben leer ni escribir, cifra superior con respecto al 2003, y similar para la niñez entre los 16 y 18 años, del cual el 29.6% son analfabetas. Las tasas brutas de escolaridad⁴⁵ de educación parvularia y nivel básico⁴⁶ se han incrementado entre 2003 y 2004: parvularia se incrementa en 1.7%, pasando de 49.7% (2003) a 51.4% (2004).

Del total de hogares en El Salvador en 2003, el 36.1% calificaba en situación de pobreza, porcentaje que se agudiza al diferenciar entre zona rural (46.2%) y zona urbana (30%). Para el 2006 las estadísticas oficiales reflejaban una disminución en el porcentaje de hogares pobres de 5.4 unidades porcentuales: 30.7% para 2006; similar tendencia, en el mismo año, hacia la baja denotaron dichas tasas para las áreas rural (35.8%) y urbana (35.8%).

⁴⁵ La tasa bruta de escolaridad es la relación entre el total de alumnado de cualquier edad, matriculado en la enseñanza considerada, respecto al total de población de esa edad.

⁴⁶ Corresponde del primer a noveno grado.

Resulta contrastante que las cifras oficiales de pobreza muestren una tendencia a la baja, mientras las condiciones de vida de la población empeoran y los flujos migratorios internacionales se incrementan notablemente. Más que el éxito de las políticas públicas en la reducción de la población en situación de pobreza, las cifras oficiales se explican por el aporte de las remesas al ingreso de los hogares pobres.

Estimaciones realizadas con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, demuestran que los porcentajes de población en condición de pobreza, si se excluyen las remesas familiares, registran un incremento significativo en comparación con los indicadores oficiales de las que incluyen remesas. Así, por ejemplo, para 2004 la pobreza total del país sería 41.1% y no 34.7% de los hogares como lo establece el gobierno; la pobreza urbana sería de 34.8% y no 29.5%; y los hogares rurales en situación de pobreza serían 51.7% y no 43.6 por ciento.⁴⁷

4.3.2. Acceso al sistema de salud

Durante el periodo en estudio, en promedio, el 46% de la población que se enfermó o accidentó se automedicó o no recurrió a una consulta médica. Para el caso de las mujeres, el porcentaje baja al 45%; de las que acudieron a consulta, el 65% en promedio fue a un hospital o al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (**MSPAS**), y 13%, en promedio, concurrió a un hospital o Unidad del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (**ISSS**), el resto (22%) al Hospital Militar, clínica, hospital particular, ONG, farmacias u otros.

Entre los hombres, el porcentaje se incrementa al 47.2% de los que se automedican o no consultaron; sin embargo, las cifras son similares al de las mujeres al desglosar las instituciones o lugares a donde acudieron para su atención: el 65% en promedio fue a un hospital o al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (**MSPAS**), y 12% a un hospital o unidad del instituto salvadoreño del Seguro Social (**ISSS**), el resto (23%) al Hospital Militar, clínica u hospital particular, ONG, farmacias u otros.

El porcentaje de personas que acudió al **MSPAS** se incrementó en 4.4 puntos porcentuales entre 2003 (65%) y 2006 (69.4%); mientras que los que fueron al **ISSS** se redujeron en 1.4%, pasando de 11.3% (2003) a 9.9% (2006).

Para el 2006, las personas que se enfermaron y no acudieron a una institución del **MSPAS** o **ISSS** argumentaron, en su mayoría, que no fue necesario (44%); seguido de las que señalaron falta de atención (17%); que era muy caro (9%) o expresaron que no había medicina (8%). Del 22% restante argumentó lo siguiente: la no existencia de un servicio de salud cercano (2%); falta de personal capacitado (0.4%); que no cree o no confía en la medicina (1%); prefieren curarse con remedios caseros (3%); no le dieron permiso (0.5%); que tuvo que trabajar (3%); mala atención (6%); debido a la gravedad del enfermo (2%); entre otros motivos (4.1%).

⁴⁷ FESPAD (2006): Exclusión social y remesas familiares, Boletín Políticas Públicas HOY, Año 1, No. 10.

De acuerdo a estadísticas del MSPAS, la cobertura de atención infantil⁴⁸ para niños menores de un año, durante el 2006, fue del 61.7% distribuida entre la red del MSPAS (56.9%), los casos atendidos por FOSALUD (1.85%) y las Organizaciones No Gubernamentales (2.9%).

4.3.3 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil hace referencia a las defunciones que ocurren antes de cumplir un año de edad, por cada mil niños(as) nacidos(as) vivos(as)⁴⁹. Para el caso de El Salvador, durante 2004, mostró una tasa de 24 defunciones por cada mil infantes nacidos(as) vivos(as), una de las más bajas en comparación con el resto de países centroamericanos e incluso del promedio de América Latina: El dato más bajo fue el de Costa Rica (11 defunciones por cada mil); seguido de Panamá (19 defunciones); siendo los mayores en orden correlativo América Latina y el Caribe (27), Nicaragua (31), Honduras (31), finalizando con Guatemala (33)⁵⁰. En general, para El Salvador, dicha tasa ha disminuido 4.4 puntos entre 2003 (26.4 defunciones por cada mil) y 2006 (22 defunciones por cada mil)⁵¹.

Los indicadores socioeconómicos confirman una vez más que la mortalidad infantil afecta primordialmente a los pobres. De acuerdo al PNUD⁵², la existencia o incremento de las tasas de mortalidad infantil se encuentran directamente relacionadas con el acceso al agua potable, pues las enfermedades derivadas de la escasez o de la mala calidad de la misma es la segunda causa de mortalidad en El Salvador. De esta forma, si se desean disminuir dichas tasas es condición básica, para su cumplimiento, garantizar el suministro de agua potable.

Sin embargo, FESAL (2004) refleja que los mayores diferenciales en las tasas de mortalidad están relacionadas en función de si la casa cuenta con inodoro o refrigerador; siendo menores los diferenciales si se tiene o no energía eléctrica, o si se cuenta con acceso a agua de chorro⁵³. Mientras que la tasa de mortalidad reflejada entre las áreas urbana y rural es la misma.

En efecto, en el caso de las y los niños nacidos vivos de madres cuya vivienda cuenta con refrigerador, reflejan tasas de mortalidad de un poco más de la mitad respecto a los infantes cuya madre no cuenta con refrigerador (16 contra 29); y mucho más pronunciado es el de los nacimientos cuya casa cuenta con inodoro, los cuales manifiestan niveles de mortalidad alrededor de dos tercios del nivel de las y los niños de viviendas sin inodoro (17 contra 27).

48 Atención infantil abarca “inscripciones y controles”.

49 fesal (2004). Encuesta nacional de salud familiar 2002–2003. San Salvador, julio de 2004.

50 pnud (2007). Cuaderno sobre Desarrollo Humano No. 6. Trayectorias hacia el cumplimiento de los odm en El Salvador. El Salvador. ver: <http://www.pnud.org.sv>

51 *Ibid.*, p. 5

52 *Ibid.*, p. 6

53 Comprende agua de chorro de cañería dentro de la vivienda o fuera de ella, pero dentro de la propiedad.

Por otro lado, el nivel educativo de la madre se encuentra relacionado de manera inversamente proporcional con las tasas de mortalidad: para los(as) niños(as) cuya madre cuenta con poca o nula escolaridad se presentan las más altas tasas de mortalidad (30 defunciones o más por cada mil); mientras que si la madre cuenta con diez o más años de educación formal dicha tasa se reduce en 13 puntos (23 defunciones por cada mil).

Respecto a las características del embarazo y las condiciones del parto, la encuesta recoge la atención prenatal, tipo de parto, lugar y calidad de la atención del mismo, y el peso al nacer. Dichos aspectos se encuentran estrechamente asociados a la probabilidad de sobrevivencia infantil.

El Ministerio de Salud de El Salvador recomienda como mínimo 5 controles prenatales⁵⁴. Dichos controles tienen como objetivo propiciar una maternidad segura y un desarrollo adecuado del feto. En efecto, la tasa de mortalidad infantil en aquellas situaciones en donde la madre tuvo acceso a 5 controles prenatales como mínimo, es un poco más de la mitad respecto a aquellas que asistieron a menos de 5 (19 contra 35). El 29% (1,719 nacimientos) de los casos registrados tuvieron menos de 5 citas prenatales; el 71% (4,131 nacimientos) marcaron cinco o más controles⁵⁵.

A nivel nacional, la tasa de control prenatal (en mujeres de 15 a 49 años) fue de 86% en 2003, representando variaciones significativas al considerar las áreas urbanas (90.6%) respecto a la rural 82.1%)⁵⁶. Las estadísticas oficiales no permiten distinguir la cantidad de controles que tuvo cada mujer embarazada.

4.4 Estado del sistema de salud salvadoreño

El sector de salud salvadoreño se divide en tres subsectores: Público (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-); Seguridad Social (Instituto Salvadoreño del Seguro Social –Issss-, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial); Privado lucrativo (hospitales y clínicas comerciales y seguros) y Privado no lucrativo (Iglesias, oncs).

Mientras en el sector público se atiende a la población en general y sectores vulnerables; en el de seguridad social se asiste a la población trabajadora cotizante. El sistema público suele recurrir al de seguridad social y a proveedores privados para la atención de los servicios de salud. En la última década han existido varios diagnósticos señalando la crisis del sistema de salud, lo que ha generado varios procesos de reforma que fueron frustrados por diversas razones, y que dieron lugar a la reforma de salud de 2007, que se comenta más adelante.

54 FESAL (2004). Op. cit.

55 La encuesta refleja un total de 5,850 nacimientos entre noviembre de 1997 y octubre de 2002.

56 PNUD (2008). Informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador 2007–2008. El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador.

Para 2003, según datos del MSPAS, éste contaba con 16,311 plazas, contabilizando 2,631 médicos, a razón de 4 médicos por cada 10,000 habitantes; y 1,691 enfermeras, a razón de 3 enfermeras por cada 10,000 habitantes. Para 2006, el número total de plazas se había incrementado a 22,076, con casi el mismo número de médicos (2,633) y la misma tasa de 4/100,000 habitantes; mientras las enfermeras se redujeron a 1,667 y la tasa a 2/100,000 habitantes.

La infraestructura de hospitales, clínicas o centros no parece ser prioritaria en la política de salud, a juzgar por la existencia de solamente 3 hospitales que atienden el tercer nivel; no obstante, 27 son los de segunda categoría. La situación es más crítica en los centros de emergencias, ya que a nivel nacional solamente se cuenta con 2 para atender este tipo de casos.

**Tabla 3
Infraestructura del Sector Salud, 2003-2006.**

Infraestructura	2003	2004	2005	2006
Hospitales	30	30	30	30
Hospitales de tercer nivel	sd	sd	3	3
Hospitales de segundo nivel	sd	sd	27	27
Unidades de salud	367	367	369	369
Casa de salud	171	171	170	171
Centro rural de nutrición	47	47	51	50
Clínicas	2	1	3	2
Centro de atención de emergencias	1	2	2	2

Fuente: MSPAS, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud Gerencia de Información en Salud, 2007 sd/ sin desagregar

Por otra parte, a pesar de que existen más de 360 unidades de salud, éstas no cuentan con el suficiente equipo y personal para atender a los miles de casos que se presentan; también carecen de las dotaciones de medicamentos para la población enferma, ya que el problema de escasez de medicamentos se ha agravado sin haber sido abordado con responsabilidad por el ramo de salud ni por las gestiones gubernamentales, en donde se evidencia improvisación y falta de previsión frente a los desabastecimientos que se registran en los hospitales públicos en los últimos años. Por otra parte, la atención infantil que brindan las diversas unidades de salud son mínimas, ya que registran 2,300 consultas entre niños y niñas de 1 a 4 años (datos según el MSPAS, 2005), lo cual representa únicamente el 0.3% de la población de esa edad. A nivel nacional, la cobertura en atención materna y posnatal alcanzan solamente el 0.1% de la población de mujeres entre los 10 y 49 años en esa situación.

No obstante, la Constitución establece la gratuidad de los servicios de salud, en la práctica ante las limitaciones presupuestarias el sistema de salud pública adoptó un mecanismo de las denominadas “cuotas voluntarias”, que el paciente debe cubrir si quiere recibir atención. Como lo indica la siguiente tabla, los niños, niñas o mujeres en estado prenatal para ser atendidos en el primer nivel debían dar una cuota por consulta, lo que dificultaba su acceso a los servicios de salud.

Tabla 4
Costo de consulta por persona (en dólares us), 2005.⁵⁷

Primer nivel de atención	Costo unitario us
Atención preventiva general	\$ 8.87
Control infantil	6.82
Control prenatal	6.88
Atención planificación familiar	16.14
Atención posparto	6.76
Consulta por morbilidad general	8.67
Consulta infantil (0-4 años)	6.48
Consulta infantil (5-9 años)	6.48
Consulta adolescentes(10-19 años)	6.80
Consulta prenatal	8.48
Consulta odontológica general	8.84
Consulta odontológica infantil	8.66
Consulta odontológica adolescente	8.87
Consulta odontológica escuela saludable	2.48

Fuente: Boletín del MSPAS, 2005

Como puede observarse en la tabla, las consultas por atención de planificación familiar tenían un costo de 16.14 dólares, y si lo comparamos con el salario mínimo rural de 86.63 dólares mensuales (aplicándole el último aumento, nov. 2007), representa el 18.63% del salario. Los controles infantiles, prenatal y posparto oscilan entre los 6.80 a 8.80 dólares, representando no menos del 10% del salario. En otras palabras, por cada hijo o hija de jefa de hogar, trabajadora en la zona rural y que gana el salario mínimo y con necesidad de estar en control médico, tiene que destinar por lo menos el 10% de su sueldo mensual, sólo para la consulta, ya que no incluye medicamentos ni el pago de otros tratamientos.

En 2006, varias organizaciones sociales presentaron una denuncia a la Defensoría del Consumidor, que motivó una investigación con la resolución de que el cobro que se hacía era de carácter coactivo. Ello motivó que el Presidente de la República

⁵⁷ No se pudieron obtener datos de los otros años. Dada la prohibición del cobro de cuotas que hubo en 2006, oficialmente no se reconoce la existencia de estas cuotas, sino se dice que son donaciones voluntarias.

prohibiera aplicar cobros de este tipo. Sin embargo, la decisión presidencial no ha conducido a que la práctica haya desaparecido. En 2007, se reportaba que varios hospitales aún percibían ingresos por cuotas de este tipo, “supuestamente voluntarias”.

Esto contrasta con el elemento de accesibilidad del derecho a la salud, a que hace referencia la Observación General 14, ya que al establecerse cobros por servicios a los usuarios o usuarias del sistema de salud pública, conlleva serios obstáculos a la población con menor capacidad económica.

Tabla 5
El CAFTA-DR y el derecho a la salud:
Incumplimiento de la *obligación de proteger*.

El Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Dominicana y Estados Unidos (**CAFTA-DR**) afectará de manera directa la salud de la población salvadoreña, particularmente de la niñez. El Capítulo xv de dicho tratado, da prioridad a las patentes de los medicamentos producidos por empresas estadounidenses por encima de los medicamentos genéricos. El **CAFTA** permite el control monopólico de las marcas por más de 20 años, permitiendo con ello que las empresas químico-farmacéuticas puedan fijar altos precios a sus medicamentos, en detrimento de la población que no tiene posibilidad de pagarlos, con lo que se vulnera el derecho a la salud de toda la población.

Esta contradicción teórica adquiere una dimensión ética especial cuando se trata de fármacos, dado que el control monopólico del mercado, por parte de las empresas titulares de las patentes, niega a inmensos sectores sociales el acceso a medicamentos esenciales, de los cuales depende el mejoramiento de la calidad de vida o hacen la diferencia entre la vida y la muerte. Un ejemplo actual, muy lacerante es el de los retrovirales, necesarios para combatir el VIH/SIDA⁵⁸. Se puede señalar que con esto el Estado no está cumpliendo con su obligación de proteger a los ciudadanos frente a actores externos o privados que pudieran intervenir de forma negativa en la realización del derecho a la salud.

El Presidente Antonio Saca, junto a los industriales de farmacéuticas locales, se ha opuesto a la propuesta para eliminar el IVA a los medicamentos importados, llevada a cabo en la Asamblea Legislativa. Por otra parte, un estudio reciente afirma que los medicamentos de marca innovadora son entre 1.9 veces y hasta 3.6 veces más caros que sus equivalentes genéricos

58 Moreno, Raúl (2004): “Porque Decimos No al TLC, análisis crítico del texto oficial”, Bloque Popular Centro Americano, 1^a. Edición Editoriales Maya, San Salvador, El Salvador, marzo, pp. 33-34.

y en muchos casos enfermedades graves en niños o niñas requieren de medicamentos innovadores.

Ello implica una seria afectación a la accesibilidad del derecho a la salud, que requiere por parte de los Estados la erradicación de obstáculos que limiten el acceso a los servicios de salud por la población más vulnerable. En la medida que no se promueve o facilite el uso de medicamentos genéricos en la red de salud pública.

Tabla 6

Componentes del precio al consumidor final de 4 medicamentos genéricos (en us\$), 2006.

Componentes	Clotrimazol	Ciprofloxacina	Ceftriaxona	Ranitidina
Costo, seguro y flete	0.2440	0.0316	0.4946	1.0207
Impuesto de importación	0.0252	0.0017	0.0267	0.0069
Margen de droguería	0.4812	0.5667	1.9787	0.7724
Margen farmacia	2.6952	1.3227	10.1063	23.491
IVA	0.5148	0.2873	1.8837	3.779
Precio de venta al consumidor (us\$)	3.96	2.21	14.49	29.07

Fuente: Espinoza, Eduardo, Óp. cít.

La información de la Tabla 6 muestra algunos de los resultados de una investigación realizada por la Universidad de El Salvador⁵⁹ sobre disponibilidad y precios de medicamentos esenciales a nivel nacional, que consideró una muestra de 52 farmacias privadas, y demuestra que el principal componente de la estructura de precios de los medicamentos corresponde al margen de ganancias que se apropián las farmacias. El caso de la Ranitidina, un medicamento utilizado en el tratamiento de úlceras gástricas, ilustra claramente esta situación: el margen de ganancia de la farmacia es alrededor de 23.49 dólares, siendo su costo de únicamente US1.80, incluidos costos de producción, seguro-flete, impuesto de importación y margen de droguería; al aplicarle el Impuesto al Valor Agregado (IVA) se tiene el precio final al consumidor: 29.07 dólares. Esto ilustra claramente cómo el Estado salvadoreño ha fallado en su obligación de proteger el derecho a la salud.

59 Fuente: Espinoza, Eduardo A (2006): "Disponibilidad y Precio de Medicamentos Esenciales en El Salvador durante el segundo semestre de 2006", Observatorio de Políticas Públicas en Salud, Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, Universidad de El Salvador

Con la información anterior, queda expuesto un sistema de salud salvadoreño endeble, al no contar con los recursos humanos, físicos y medicamentos necesarios que puedan dar respuesta, bajo un mínimo de calidad, a la demanda de bienes y servicios de salud por parte de la población.

4.5. Evaluación de las políticas públicas vigentes en materia de salud

En El Salvador se cuenta con cinco programas principales que atienden a la salud de la niñez: Red Solidaria, FOSALUD, Programa de Atención Integral en Salud a la Niñez, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Escuela Saludable. En el siguiente apartado se describen los mismos.

4.5.1. Red Solidaria

Red Solidaria es un programa de “atención a la pobreza” y la acción gubernamental está orientada a mejorar algunos indicadores sociales de las familias en situación de pobreza extrema. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM, 2006), el 30% de las familias salvadoreñas se encuentran en situación de pobreza, y 165,218 familias en “extrema pobreza”.

A través de la Red Solidaria se entregarían a cada familia que califica en el programa un subsidio condicionado de 30 dólares en efectivo. En palabras de la coordinadora del Área Social del gobierno, “con este dinero los hijos e hijas de estas familias pueden suplir las necesidades de nutrición, salud y educación”. Para este año, Red Solidaria entregaría bonos para salud y educación a 9,964 familias de 16 municipios en “extrema pobreza.”⁶⁰

El reparto de los bonos para las familias se realiza de la siguiente forma: 1) Entregan 30 dólares a las familias que tienen niños y niñas menores de 5 años o con mujeres que en el momento del censo estuvieran embarazadas. 2) Reciben \$ 40, las familias con niños o niñas menores de 5 años o con mujeres embarazadas en el momento del censo, y con niños y niñas de 5 años en adelante y menores de 15 años que no hayan cursado el sexto grado. 3) Perciben \$ 30, las familias con niños o niñas mayores de 5 años y menores de 15 años que no han cursado 6º grado⁶¹.

En resumen, las familias que se encuentran en situación de “extrema pobreza” dentro de los 16 municipios seleccionados, están condicionadas a cumplir ciertos requisitos para que puedan ser garantes de un bono de 30 ó 40 dólares cada dos meses, y así poder acceder a la salud y la educación. Requisitos que son innecesarios para que los niños y niñas tengan acceso a la educación y principalmente a la salud. Además,

60 Un hogar en severa extrema pobreza, se caracteriza por su tasa de pobreza (medida por el ingreso) y tasa de retardo severo (escolares de 1er. grado).

61 Fuente: <http://www.redsolidaria.gob.sv/content/view/748/51/>

un subsidio de 30 ó 40 dólares no es suficiente. La falta de escuelas y hospitales en la zona rural son un grave problema y violentan el derecho a la salud y educación de los niños y niñas en dicha zona. Además, el alto costo de los alimentos (valor de la canasta básica alimentaria, para octubre 2007, es de us 117.81), la inadecuada infraestructura habitacional y la falta de agua potable, cada vez alejan más a las familias del disfrute de una vida digna.

En general, los programas focalizados de combate a la pobreza, aunque pueden contribuir al desarrollo progresivo de los derechos, requieren la existencia de otras medidas o políticas que posibiliten el desarrollo sostenible de las poblaciones en situación de pobreza, de lo contrario se limitan a ser paliativos. En ese sentido, un estudio realizado por el PNUD⁶² sobre los avances del programa, aunque señalaba las bondades del mismo, refería algunas limitaciones como la duración de las transferencias para cada familia beneficiaria de sólo 3 años, tampoco permite que transcurra el tiempo suficiente para lograr los impactos de capital humano esperados. El estudio también señalaba limitaciones de éste en cuanto a la educación, debido a que prevén las subvenciones a familias con niños(as) que no han terminado el 6º grado, lo que puede estimular la promoción entre estudiantes que no tienen la edad requerida para su grado escolar. También se indican las deficiencias por el enfoque estático del programa, ya que se basa en un censo que se realiza una vez y no tiene en cuenta las dinámicas de pobreza o demográficas. Otra limitación, es que no atienden a la población que se encuentra un poco arriba de la línea de pobreza.

4.5.2. FOSALUD⁶³

El programa FOSALUD tiene como propósito mejorar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a la población, a través de la consulta preventiva con énfasis al grupo materno-infantil y la atención de partos de bajo riesgo, entre otras intervenciones. En definitiva, este programa supone la prioridad en la atención primaria, la atención a la niñez, la adolescencia y los de control prenatal⁶⁴.

El programa funciona por medio de la ampliación de los horarios de atención a 24 horas en unidades de salud, y los fines de semana en unidades que carecen de este servicio. Esto se hace a través de la contratación de profesionales de salud que llegan a reforzar las unidades existentes para ampliar los horarios.

Según las cifras del Ministerio de Salud, a nivel nacional, se han realizado más de 970 mil consultas por infecciones respiratorias agudas a niños y niñas de 0 a 9 años,

62 Centro Internacional de Pobreza. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Brasil, 2007

63 El programa Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) fue creado en el 2004, y comenzó a operar en 2005; para la fecha de elaboración de la presente investigación, los únicos datos disponibles fueron para este último año.

64 fespad (2006) Políticas Públicas, Presupuesto, Derechos Económicos, Sociales y Culturales en El Salvador. Informe. San Salvador

y más de 134 mil atenciones por diarrea y gastroenteritis a niños y niñas del mismo rango de edad.

Al cierre del año 2007, más de un millón de niños y niñas asistieron a centros de salud por diversas enfermedades, la mayoría han sido atendidos en Casa de Salud o Unidad de Salud. Es decir, los servicios que brindan las unidades o casas de salud son para consultas de primer nivel de atención, esto significa, que si un niño o niña necesita ser atendida en especialidades, dichas unidades o casas no los pueden asistir.

Tabla 7
Niños y niñas que han sido tratados por enfermedades epidemiológicas.
Consolidado nacional enero-noviembre 2007.⁶⁵

Diagnóstico	Grupos de edad						Total	
	1 año		1 a 4		5 a 9			
	M	F	M	F	M	F		
Infecciones respiratorias agudas	92,427	86,402	231,459	221,232	166,076	173,109	970,705	
Neumonías	9,757	7,064	10,387	8,266	1,808	1,467	38,749	
Diarrea y gastroenteritis	22,094	18,234	40,874	36,284	8,919	8,277	134,682	
Sospecha de dengue clásico	271	205	1,024	826	1,629	45	4,000	
Conjuntivitis bacteriana	3,411	3,201	4,890	4,307	3,300	2,905	22,014	
Muertes	624	483	93	64	48	39	1,351	

Elaboración propia. Fuente: Base de datos de Vigilancia Epidemiológica diaria de departamentales del MSPAS, 2007

Uno de los principales señalamientos que se han hecho a este programa, es que contribuye a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud Pública, ya que FOSALUD funciona en forma autónoma y no integrada al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que los médicos y demás equipo humano no está supervisado directamente por el Ministerio⁶⁶. Además, se han señalado dudas sobre su sostenibilidad, ya que los ingresos por la vía de impuestos son limitados. Esto hace que se inviertan recursos en ampliar algunos servicios médicos a través de FOSALUD, del incremento de personal médico de carácter temporal, lo que resulta ser solamente un paliativo si no se acompaña del mejoramiento del sistema público de salud.

⁶⁵ No existe un histórico de datos en línea para esta información, los datos disponibles corresponden siempre a las últimas publicaciones.

⁶⁶ Diario Colatino, 17 de enero de 2008

4.5.3. Programa de Atención Integral en Salud a la Niñez

Este programa está conformado por 4 componentes: el perinatal, paquete madre-bebé, reanimación neonatal, estabilización y transporte del recién nacido crítico. En 2004, según el MSPAS estas estrategias han tenido ciertos logros⁶⁷, principalmente en el mejoramiento de las condiciones para la atención materno-infantil. La tabla 8 muestra los principales logros obtenidos en el paquete madre- bebé, que denota el incremento de la capacidad de los hospitales para atender a los neonatos y a la mujer embarazada.

Tabla 8
Logros del paquete madre-bebé, según MSPAS 2004.

Paquete madre-bebé	
Reanimación neonatal	La mayoría de hospitales tienen el 90% de su personal acreditado en el Curso de Reanimación Neonatal.
Insumos y equipo esencial para la atención inmediata del recién nacido y para la reanimación en sala de partos	En promedio el 94% de hospitales tienen lo básico de insumos.
Prevención y tratamiento de la hipotermia	El 89.6% cuentan con cuna de calor radiante.
Existencia de tetraciclina oftálmica para la prevención de la oftalmia	El 75% de hospitales la utilizan.
Prevención de la hemorragia neonatal*	El 100% de hospitales cuentan con vitamina K en el lugar de atención del recién nacido.
Vacunación 11 con BCG	Alcanzó un índice de 97.8%.
Lactancia materna	El porcentaje de aplicación de este indicador fue de 61.2%.

Fuente: MSPAS

* Sin embargo al revisar los expedientes había registro de aplicación de la misma en 86.7%.

La siguiente tabla muestra los logros identificados por el MSPAS referente a la reanimación del recién nacido, que denotan el incremento de capacidades para atender estos casos y los resultados obtenidos desde 1999.

⁶⁷ Los logros corresponde a un año de vigencia del programa (2004–2005). Para la fecha de la presente investigación, eran los últimos datos con los que se contaba.

Tabla 9
Logros de la reanimación neonatal, según MSPAS 2004.

Logros de reanimación neonatal
4,200 proveedores han sido certificados en reanimación neonatal.
Los cursos se desarrollan en los niveles locales.
Se ha creado una resolución ministerial en la que se ha normado que es requisito que toda persona del sector salud, que atiende recién nacidos, debe haber aprobado el Curso de Reanimación Neonatal, independientemente de que sea médico especialista, general, interno, enfermera, anestesista o terapista.
Se ha logrado disminuir la mortalidad neonatal, por asfixia al nacimiento, de ser la segunda causa en 1999 a la quinta causa de muerte durante 2004.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4.5.4. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
 Es una estrategia de atención integral a las enfermedades más frecuentes en la infancia: neumonías, diarreas, desnutrición, dengue y otras, con énfasis en la preventión, detección de signos de peligro y referencia oportuna cuando lo amerite. Se concederá en los menores de 5 años. Constituye un módulo de atención del menor de 8 días (*AIEPI Neonatal*), así como también otro de promoción del crecimiento.

Cabe destacar que existen contradicciones entre el programa de Atención Integral a la Niñez con el argumento del MSPAS en cuanto a su deficiencia antes de aprobada la nueva Ley del Sistema Nacional de Salud. Por un lado, se habla del éxito que se ha tenido con este programa de atención, sobre todo en el mejoramiento de asistencia a niños y niñas, pero no especifican qué sectores han sido los beneficiados. Por otro lado, el MSPAS señala que una quinta parte de los nacimientos ocurre en madres menores de 19 años, con el consiguiente riesgo de enfermedad para la madre y su hijo(a). A nivel general, la tasa de fecundidad ha disminuido aunque se mantiene en niveles altos en madres de escasos recursos económicos, baja escolaridad y habitantes de zonas rurales⁶⁸.

Además, el 18 de octubre del 2007, fuentes periodísticas publicaron que el Hospital de Maternidad se encuentra en condiciones inadecuadas para atenciones materno-infantiles. Las declaraciones del Ministro de Salud fueron:

68 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Reconstruir maternidad, el último en la lista de siete centros dañados, requiere una inversión de \$24 a \$30 millones. Hay varias alternativas para su financiamiento: entre ellas ampliar el monto del préstamo del Banco Mundial⁶⁹. Es decir, que los fondos para reconstruir el hospital de maternidad no provendrán del presupuesto general de la nación, sino de fondos del exterior que son obtenidos bajo ciertas condicionalidades, entre ellas está el componente privatizador.⁷⁰

El componente privatizador ha estado presente en las condicionalidades de los préstamos de ajuste estructural y de los sectoriales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), contratados por los gobiernos salvadoreños durante las dos últimas décadas, entre los que destacan los de Modernización del Sector Eléctrico, del Sector de Telecomunicaciones y ahora en el Sector Salud. En este sentido, el préstamo orientado a la reconstrucción del Hospital de Maternidad, seguramente estará amarrado al proceso de privatización del servicio de salud pública, reforzando las ya existentes limitaciones al acceso a los servicios médico-hospitalarios para las futuras madres de escasos recursos económicos.

4.5.5. Escuela saludable

En 1995, a través de la Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, bajo el emblema “Plan de Desarrollo Social de Gobierno”, nace el programa Escuela Saludable, el cual supone el compromiso de atención preventiva y curativa a los preescolares y escolares del 1º al 2º ciclo de Educación Básica de las escuelas rurales y urbano marginales del país. Este tiene como propósito mejorar el estado de salud, sobre todo de la desnutrición de niños y niñas de dichos sectores.

De acuerdo con los resultados obtenidos del programa Escuela Saludable en 2005, un total de 791 mil alumnos recibieron atención médica gratuita, prevaleciendo las consultas generales y las odontológicas.

Tabla 10
Atención Médica Programa Escuela Saludable.

Año	No. de municipios	No. de Centros Escolares	No. Estimado de alumnos
2003	262	2,088	750 mil
2004	262	4,100	791 mil
2005	262	4,103	791 mil

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

69 Fuente: El Diario de Hoy, 19 de octubre de 2007. disponible en línea en: <http://www.elsalvador.com/>.

70 Hasta la fecha el referido hospital no ha sido reconstruido

Por otro lado, según el Ministerio de Educación (MINED, 2005) se beneficiaron cerca de 800 mil niños y niñas con el componente alimentario del programa Escuela Saludable, siendo éstos de educación parvularia, 1º y 2º ciclo de educación básica, tanto en la zona rural como en la zona urbana marginal. Esta atención fue con una ración diaria de alimentos para cada niño y niña, incluidas en ellas, arroz, fríjol, aceite, azúcar y bebida fortificada.

Como otros programas sociales implementados desde el gobierno, éste ha sido objeto de variada publicidad, pero poco escrutinio y monitoreo para determinar su impacto en el mejoramiento de las condiciones de los niños y niñas y la sostenibilidad del éste. Para el caso, a pesar que el MSPAS reportaba para 2005 una inversión de más de 6 millones de dólares, en el presupuesto 2005 del Ministerio de Educación aparece una asignación de 2.2 millones de dólares que representa el 0.45% del presupuesto del MINED (para el 2005), el resto se supone que ha sido mediante cooperación; para el caso del ramo salud no aparece una partida específica en su presupuesto donde asigne un fondo para gestionar dicho programa⁷¹.

Por otro lado, el MINED se focalizó en la entrega de alimentos y utensilios de cocina a las escuelas, sin embargo con alimentar una vez al día al niño o niña no se aseguran sus requerimientos mínimos nutricionales para un mejor desarrollo, esto únicamente alivia la situación de desnutrición de los niños y niñas de la zona rural.

El nuevo sistema nacional de salud y la tendencia a la privatización

En los inicios de la década de los años noventa, bajo la lógica de la redefinición del papel del Estado salvadoreño, que fue presentada bajo propósitos de “modernización” del sector público, las sucesivas administraciones de ARENA (Alianza Republicana Nacionalista) procedieron a la transferencia parcial o total de la propiedad y/o del control administrativo de las empresas y otros activos productivos en manos del Estado, al sector privado. Este proceso de privatización trasciende la simple transferencia de la propiedad de activos o empresas y abarca también contratos de administración, concesiones y arrendamientos, así como la introducción de competencia privada a las empresas públicas, la descentralización y otros incentivos que promueven la participación e inversión privada en sectores que tradicionalmente han sido de exclusiva participación estatal.

71 En 2006, muchas escuelas beneficiarias del programa resultaron con desabastecimiento de alimentos y el Ministerio de Educación reconoció que no tenía capacidad financiera para solventar las necesidades del programa.(El Diario de Hoy, 18 de mayo de 2008 y Diario Colatino, 9 de abril de 2008)

En lo que respecta a la privatización del sistema nacional de salud, se dio inicio en el primer lustro de la década pasada, con la conformación en 1994 del Grupo de Reforma del Sector Salud (GRSS), quien planteó que la privatización era concebida como un instrumento para liberar la administración pública de funciones de tipo productivo y que, de acuerdo con el criterio gubernamental, éstas pueden ser más eficientes si son ejecutadas por el sector privado.⁷²

En 2003, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) autorizó un préstamo al gobierno de El Salvador por el MSPAS a través de la Unidad Coordinadora (Préstamo No. 7084-ES) por el monto de US\$ 142.6 millones para ser ejecutado entre el 3 de junio de 2003 y el 30 de abril de 2007. El proyecto se denominó “Reconstrucción de Emergencias por Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (RHESSA)”⁷³.

El préstamo 7084-ES consta de cuatro componentes: El primero, abarca 73% del monto aprobado y se canalizaría para la reconstrucción de emergencias de la red hospitalaria del MSPAS en áreas afectadas por los terremotos del 2001⁷⁴. El segundo componente, incluye el fortalecimiento de servicios esenciales de salud y nutrición en áreas afectadas por los terremotos y extremadamente pobres (9%). El tercero, está destinado para la modernización institucional (8%); y el cuarto componente, con una designación del 3% del monto aprobado es para la administración del proyecto. El 7% restante se divide entre una comisión (1%) y un monto no negociable (6%). La ejecución del préstamo RHESSA constituye un precedente que abre el paso a la aprobación de una nueva ley del “Sistema Nacional de Salud”, en la que se confiere una notoria preponderancia a los intereses de los proveedores privados de servicios de salud.

En la gestión del Presidente Francisco Flores (1999-2004) el gobierno presentó una reforma legal que privatizaba los servicios de salud a través de paquetes de seguros y la participación de proveedores privados.

Los principales sindicatos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social⁷⁵, que era afectado con la privatización, iniciaron entonces un proceso de lucha que provocó una de las mayores expresiones de movilización de la sociedad civil en los últimos años. Se inició una huelga que puso en crisis los servicios

72 Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (San Salvador 2004). “Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador”. p. 11

73 FESPAD, Políticas Públicas, Hoy, noviembre 2006: ¿Calidad del gasto público en el ramo de Salud Pública? Análisis del préstamo BIRF No. 7084-ES. Edición No. 9, San Salvador.

74 *Ibid.*

75 El Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISS) y el Sindicato de Médicos y Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (SIMETRISS).

de salud y el gobierno se vio obligado a retirar los proyectos de privatización. Con el desarrollo de este proceso se da una muestra más de la falta de responsabilidad, por parte del Estado salvadoreño, para proteger el derecho a la salud.

En suma, puede extraerse de este mapeo de políticas públicas que los esfuerzos gubernamentales canalizados a través de las mismas para avanzar en los derechos de la niñez han sido insuficientes. Es cierto que ha habido algunos logros como los que ha reportado el programa Atención Integral en Salud de la Niñez, particularmente en la capacitación de personal médico para la atención neonatal. Sin embargo, persisten en El Salvador situaciones adversas a la realización del derecho a la salud, como son el condicionamiento de beneficios de los programas, el escaso escrutinio de éstos, fragmentación del sistema nacional de salud y la tendencia hacia la privatización, lo que evidencia el incumplimiento del Estado en su obligación por proteger el derecho a la salud. Cuando un derecho económico y social, en este caso la salud, es trasladado al ámbito del mercado (prestación de servicio médico por empresas privadas), el Estado difícilmente puede asegurar la cobertura universal, ya que no puede obligar a las empresas a bajar sus precios. Bajo la lógica neoliberal, el mercado se controla sólo a través de la competencia, lo que en la práctica no siempre es así.

Por otra parte, vale mencionar que en estos programas puestos en marcha por el gobierno salvadoreño, existe un serio déficit respecto de la participación e información del público en la discusión de las políticas públicas. El diseño y elaboración de estas políticas se han caracterizado por un mínimo o escaso involucramiento de las personas hacia quienes van dirigidas.

La situación de la niñez en este marco, es doblemente complicada a la de los adultos, ya que los niños y niñas representan un sector de la población comúnmente marginado de las decisiones y especialmente vulnerable a los riesgos que conlleva la pobreza (desnutrición, mortalidad infantil, explotación laboral y sexual, etc.). Estas carencias encuentran sus raíces en las deficiencias de un sistema democrático incipiente, heredero de una historia pasada de autoritarismo, pero también en la influencia y en la determinación que ha supuesto la implantación del modelo neoliberal en la última década y que ha colocado al mercado al centro, en detrimento de la participación del Estado.

4.6. La salud de la niñez y el Presupuesto General de la Nación (PGN)

En este apartado se busca analizar la situación actual del derecho humano a la salud en la población salvadoreña, principalmente en los niños y niñas a partir del

comportamiento de un conjunto de indicadores sociales, demográficos y presupuestarios relacionados con la progresividad de este derecho. Indicadores que den cuenta de las condiciones de vida de los hogares y del acceso al sistema de salud, así como tasas de mortalidad infantil, población con tuberculosis y VIH-SIDA pueden aportar elementos para evaluar la progresividad o regresividad del derecho humano a la salud.

Con respecto a los indicadores presupuestarios, consideramos que una mayor asignación presupuestaria, con una ejecución eficiente y de calidad de las instituciones públicas del ramo de salud podrían contribuir a la progresión y cumplimiento del derecho a la salud, principalmente dirigida a la niñez salvadoreña. Esto se mide a través del análisis y monitoreo, tanto de la distribución del presupuesto entre los diversos ramos (gastos corrientes o inversión), como del análisis de avances de la ejecución financiera en un periodo determinado.

La obligación del Estado de velar por el cumplimiento del derecho a la salud debe de traducirse en la canalización de los recursos y en la calidad que la realidad demanda hacia aquellas instituciones vinculadas con la tutela de dicho derecho. Para tal efecto, el gobierno cuenta con políticas públicas para incidir directamente en la realidad, y dentro de las mismas cuenta con la política fiscal, más específicamente con el Presupuesto General de la Nación (PGN)⁷⁶, que es la máxima expresión en donde se concretizan las prioridades del gobierno en turno, por medio de la asignación de los recursos a las respectivas instituciones o áreas.

Es importante resaltar que, para el caso de la presente investigación, una de las limitantes con las cuales se enfrentó durante el transcurso de la misma, fueron los datos puestos a disposición por parte del Ministerio de Hacienda, los cuales se encuentran en un nivel altamente agregado y no existe posibilidad de realizar un examen minucioso, ya que no se tiene acceso a los montos destinados hacia la compra de medicamentos por parte de la red de hospitales nacionales; dicho dato se encuentra englobado en la cuenta “Adquisición de Bienes y Servicios”. Las cifras oficiales sólo permiten tener acceso a los montos asignados hacia el ramo de salud⁷⁷, los recursos canalizados hacia gastos corrientes y gastos de capital; así como a los acuerdos al rubro de agrupación. A través de dichas categorías se tratará de realizar una aproximación al nivel de cumplimiento por parte del Estado en lo relativo a la tutela del derecho a la salud durante el periodo 2004-2007.

76 La información relativa a la composición económica del gasto por unidades presupuestarias y por rubro de agrupación están tomadas desde el 2003; sin embargo, para la asignación presupuestaria y clasificación económica del gasto (corriente y de capital) únicamente se tuvo acceso desde el 2004. Para los montos ejecutados, el periodo retomado fue entre 2004 y 2006.

77 El PGN se clasifica en dos categorías: Gobierno Central (cc) e Instituciones Descentralizadas (id). El Ramo de Salud Pública es el vinculado directamente con la tutela del Derecho a la Salud, y dentro del PGN el mismo abarca al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) dentro del Gobierno Central (cc); y dentro de las Instituciones Descentralizadas (id) a la red de Hospitales Nacionales, Consejo Superior de Salud Pública (cssp), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo”, Cruz Roja Salvadoreña y Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

4.6.1. El Presupuesto General de la Nación

El PGN se encuentra estructurado en siete áreas de gestión⁷⁸, cada una de las cuales engloba a una determinada cantidad de instituciones en función de su misma naturaleza. De esta forma, el ámbito de “Desarrollo Social” pertenece a Salud Pública y Asistencia Social.

Desde el 2003 hasta el 2007, el área de Desarrollo Social abarcó la mayor proporción del gasto dentro del consolidado del Sector Público No Financiero (SPNF). Su porcentaje de asignación ha sido en promedio 45%, seguido en importancia por deuda pública, con 17.⁷⁹% Y de acuerdo a datos suministrados por el Ministerio de Hacienda (MH), sus niveles de ejecución⁸⁰ han sido superiores al 90% en promedio desde 2004 hasta 2006⁸¹.

Tabla 11
Consolidado del Sector Público No Financiero
Gastos por área de gestión.
(Porcentajes)

Área de gestión	2003	2004	2005	2006	2007	Prom.
Conducción administrativa	7	7	7	8	7	7
Administración de justicia y seguridad	10	10	10	10	10	10
Desarrollo social	48	47	47	37	47	45
Apoyo al desarrollo económico	9	9	8	7	7	8
Deuda pública	15	17	16	19	18	17
Obligaciones generales del Estado	3	2	3	11	3	4
Producción empresarial pública	9	8	9	8	0	9

Fuente: Ley de Presupuesto General del Estado y presupuestos especiales (sumarios) años 2003-2007

4.6.2. Asignación a las instituciones

En términos generales, el SPNF está constituido por 23 ramos e instituciones: Entre 2004 y 2007, tres ramos abarcaron porcentajes superiores al 10% del total del

⁷⁸ Las áreas de gestión son: Conducción Administrativa; Administración de Justicia y Seguridad Ciudadana; Desarrollo Social; Apoyo al Desarrollo Económico; Deuda Pública; Obligaciones Generales del Estado y Producción Empresarial Pública.

⁷⁹ Ministerio de Hacienda. Ley del Presupuesto General del Estado y presupuestos especiales (sumarios), (2003 -2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

⁸⁰ El nivel de ejecución es el porcentaje que mide la relación entre el presupuesto ejecutado y el monto modificado. Un porcentaje de 90% significa que del total efectivamente puesto a la disposición del Área (100%), únicamente se gastó el 90%.

⁸¹ Ministerio de Hacienda. Informe de la Gestión Financiera del Estado. (2003-2006), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

gasto⁸², y otros cuatro con montos superiores al 5%; el resto de instituciones o ramos retomaron valores inferiores al 1% en general⁸³. Dentro de los segundos, se encuentra el ramo de Salud Pública y Asistencia Social, cuyo promedio de asignación ha sido del 7.7% entre 2004 y 2007, monto superior al ramo de Economía (5.3%), pero inferior a Gobernación (8.8%) y Obras Públicas (9.8%).⁸⁴

Si bien es cierto que Salud Pública como ramo retoma uno de los mayores porcentajes dentro del gasto público, no sucede lo mismo al comparar los recursos asignados a la salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), donde se observa que El Salvador destinó apenas el 1.7%⁸⁵ del PIB como gasto público en salud durante el 2007.

Tabla 12
Composición del Gasto por Institución del SPNF.
(Como porcentaje)

Instituciones	2004	2005	2006	2007	Promedio
Órgano Legislativo	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6
Corte de Cuentas de la República	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Tribunal Supremo Electoral	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3
Tribunal de Servicio Civil	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Presidencia de la República	2.5	2.6	2.4	2.0	2.4
Tribunal de Etica Gubernamental	n.d	n.d	n.d	0.0	0.0
Ramo de Hacienda	25.4	27.3	30.4	29.2	28.1
Ramo de Relaciones Exteriores	0.6	1.1	0.7	0.7	0.8
Ramo de la Defensa Nacional	2.8	2.8	2.5	2.6	2.7
Consejo Nacional de la Judicatura	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Órgano Judicial	3.2	3.6	3.8	4.0	3.6
Fiscalía General de la República	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Procuraduría General de la República	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4

82 Ramo de Hacienda (28.1% en promedio); Ramo de Trabajo y Previsión Social (14.3%) y Ramo de Educación (12.6%). Vale la pena agregar que dentro del Ramo de Trabajo se incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (iss), cuyo monto sólo para 2006 representó el 95% del total del mismo, y los fondos de éste provienen de las cotizaciones de los trabajadores (rentas reservadas).

83 Ministerio de Hacienda. Análisis del gasto por áreas de gestión del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales, 2004–2007, disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

84 *Ibid.*

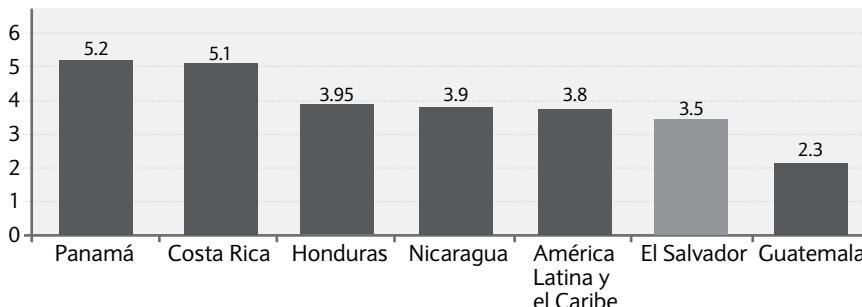
85 No incluye el monto asignado al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (iss).

Procuraduría para la Defensa de los DH	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Ramo de Gobernación	8.5	9.2	8.3	9.1	8.8
Ramo de Educación	12.7	12.9	12.3	12.6	12.6
Ramo de Salud Pública y Asistencia Social	7.1	7.8	7.9	8.0	7.7
Ramo de Trabajo y Previsión Social	12.9	14.6	15.3	14.4	14.3
Ramo de Economía	5.0	5.5	5.4	5.3	5.3
Ramo de Agricultura y Ganadería	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9
Ramo de Obras Públicas	15.5	8.7	7.2	7.8	9.8
Ramo de Medio Ambiente y Recursos Naturales	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3
Ramo de turismo	0.0	0.0	0.2	0.4	0.2
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Análisis del Gasto por Áreas de Gestión del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales (2004 – 2007); <http://www.mh.gob.sv>

Datos suministrados por el Banco Mundial, permiten establecer una comparación con el resto de países centroamericanos y Panamá para el 2004⁸⁶, donde, a excepción de Guatemala, El Salvador destina la menor cantidad de recursos públicos hacia el gasto de salud, muy por debajo de Panamá (5.2%), Costa Rica (5.1%), Honduras (4.0%) y Nicaragua (3.9%), donde el promedio para América Latina y el Caribe fue de (3.8%)⁸⁷.

**Gráfico 1
Centroamérica y Panamá: Gasto Público en salud 2004 (porcentaje del PIB).**



86 HNPstats. Banco Mundial.

87 Ibíd.

Uno de los criterios que se cuentan para evaluar la calidad del gasto público en El Salvador es revelar del presupuesto votado para determinada actividad, cuánto efectivamente fue ocupado y en qué se gastó. Caso contrario, se podría estar exigiendo un incremento en la cantidad de recursos hacia el rubro de salud, sin que eso, en la realidad, se concretice en una tutela efectiva de dicho derecho.

Respecto del Presupuesto General de la Nación, el derecho a la salud de la niñez es de los más difusos de identificar en la estructura. En la Ley del Presupuesto, el área de Salud cuenta con cuatro unidades presupuestarias: a) Dirección de administración institucional. b) Primer nivel de atención. c) Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades. d) Desarrollo de la inversión.

En general, el derecho de los niños y niñas a niveles satisfactorios de salud se diluye entre las diferentes unidades presupuestarias. Para el caso, la atención a la niñez podría verse reflejada tanto en la unidad de primer nivel de atención, como en la de apoyo a instituciones adscritas.

A nivel de los montos efectivamente gastados, el de ejecución del ramo en promedio fue de 92%, cifra significativamente alta en estos términos. Los importes asignados y ejecutados⁸⁸ del ramo han ido en ascenso desde 2004, pasando de ejecutar 237.4 millones de dólares a 321.9 millones de dólares en el 2006. Sin embargo, al desglosar dicho gasto por cada una de las instituciones que lo componen, el MSPAS resulta con un nivel de ejecución promedio del 77%, 15 puntos porcentuales por debajo del promedio del ramo (92%); y mucho más deficitario resultó el dato durante el ejercicio fiscal 2004, cuando su nivel de ejecución fue de 67%⁸⁹.

**Tabla 13
Estado demostrativo de ejecución presupuestaria de gastos
recursos ordinarios y especiales (nivel de ejecución).**

	2004	2005	2006	Promedio
Desarrollo Social	89	94	93	92
Ramo Salud Pública y Asistencia Social	92	90	93	92
MSPAS	67	79	85	77
ID	97	95	96	96

* Un nivel de ejecución del 92% significa que, del total de recursos puestos a disposición de la Institución (monto modificado), el 92% fué efectivamente ocupado (monto devengado).

Fuente: Informe de la Gestión Financiera del Estado 2004 – 2006. <http://www.mh.gob.sv>

88 Los niveles de ejecución del ramo únicamente se pudieron verificar para el periodo 2004–2006.

89 Ministerio de Hacienda, *op.cit*

4.6.3. Clasificación económica del gasto

Uno de los criterios para medir la calidad del gasto, es la comparación de los montos destinados hacia gasto corriente u operativo en relación a los destinados a capital. Lo ideal es que los porcentajes de gasto de capital tengan una participación significativa dentro del monto total y que no dependan de fondos externos para su ejecución, pues esto garantiza que el gasto se oriente hacia actividades que incrementan su capacidad productiva, que elevan la calidad del capital humano, que sean destinados hacia la adquisición de maquinaria especializada para los hospitales, para la construcción de escuelas, etc.

Esquema 1
Diferencia entre gasto corriente y gasto de capital

Gasto corriente	Gasto de capital
Son gastos meramente administrativos; se efectúan para mantener funcionando al aparato estatal.	Son gastos realizados para mejorar la infraestructura estatal; capacitación al personal; o inversiones realizadas en títulos valores o préstamos.
En la estructura del presupuesto se clasifican en:	En la estructura del presupuesto se clasifican en:
<ul style="list-style-type: none"> * Gasto de consumo (remuneraciones; pago de bienes y servicios). * Gastos financieros y otros (pago de intereses y comisiones de títulos valores; pago de seguros, comisiones y gastos bancarios). * Transferencias corrientes (montos que se transfieren al sector público, privado o externo). 	<ul style="list-style-type: none"> * Inversión en activos fijos (bienes muebles; bienes inmuebles; intangibles; infraestructura). * Inversión en capital humano. * Transferencias de capital (montos que se transfieren al sector público, privado o externo). * Inversiones financieras (inversión en títulos valores y préstamos).

Sin embargo, lo anterior se encuentra lejos de la realidad para el ramo de Salud en El Salvador, donde más de las tres cuartas partes del gasto dentro del presupuesto votado se destina a gasto corriente (montos superiores al 80%, e incluso cercanos

al 90% para el 2004). Mientras que el gasto de capital no ha superado el 15%⁹⁰: La inversión destinada hacia capital humano no ha sido superior al 5% dentro del consolidado del SPNF entre 2004 y 2007, no superando, incluso, el 2% entre 2005 y 2006; por otra parte, la inversión en activos fijos no supera en promedio el 11% del gasto total⁹¹ (ver Tabla 14).

Tabla 14
Composición del gasto por clasificación económica SPNF (2004 – 2007)
Ramo de Salud Pública y Asistencia Social.
(como porcentaje del gasto total)

Rubro	2004	2005	2006	2007	Promedio
Gasto Corriente	88	86	81	80	84
Gasto de Capital	12	14	13	14	13
Inversión en capital humano	4.7	1.7	1.5	2.4	3
Inversión en activos fijos	7.2	12.3	11.7	11.9	11
Gasto de Contribuciones Especiales	n.d	n.d	6	6	6
Total	100	100	100	100	100

Fuente: apendice estadístico del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales (2004 – 2007);
<http://www.mh.gob.sv>

Los montos verdaderamente significativos al momento de estudiar el PGN se refieren al gasto ejecutado⁹² o el realmente utilizado por las instituciones y/o ministerios. Dentro de este último, el ramo en general presenta un promedio del 92% de los recursos efectivamente ocupados orientados hacia gastos corrientes entre 2004 y 2006. El caso mas dramático se presentó en 2004, cuando el 97% del monto ejecutado se destinó hacia este rubro⁹³.

90 Ministerio de Hacienda. Apéndice Estadístico del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales (2004 – 2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

91 *Ibid.*

92 El presupuesto se puede apreciar en dos momentos: el primero (presupuesto votado) son los montos aprobados por la Asamblea Legislativa para ser gastados por las instituciones; el segundo (el ejecutado) son los montos efectivamente ocupados por las instituciones. La diferencia entre uno y otro puede radicar tanto en que no se ocuparon la totalidad de los recursos, o que el presupuesto votado sufrió modificaciones y se colocaron recursos adicionales a disposición de la unidad que luego fueron utilizados.

93 Ministerio de Hacienda. Informe de la gestión financiera del Estado. (2003-2006) disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Tabla 15

Sector Público – Recursos ordinarios y especiales (2004 – 2006)
Estado demostrativo de ejecución presupuestaria de gastos por clasificación económica Ramo de Salud Pública y Asistencia Social (porcentaje)

Instituciones	2004			2005			2006			Promedio		
	N de E	GC	GK	N de E	GC	GK	N de E	GC	GK	N de E	GC	GK
Ramo de Salud Pública	92	97	3	90	92	8	93	87	13	92	92	8
MSPAS	67	80	20	79	73	27	85	56	44	77	70	30
Hospitales Nacionales	n.d.	99	1	98	99	1	98	100	0	65	99	1
CSSP	n.d.	70	30	65	97	3	65	95	5	43	87	13
ISRI	n.d.	97	3	100	99	1	100	99	1	67	98	2
Hogar de Ancianos Narcisa Castillo, Santa Ana	n.d.	100	0	100	100	0	100	100	0	67	100	0
Cruz Roja Salvadoreña	n.d.	100	0	100	100	0	100	100	0	67	100	0
FOSALUD	n.d.	n.d.	n.d.	47	100	0	81	87	13	43	93	7
Total Instituciones Desc.	97	97	3	90	92	8	93	87	13	93	92	8

Fuente: Informe de la gestión financiera del Estado 2004 – 2006. <http://www.mh.gob.sv>

* cc: Gasto Corriente; ck: Gasto de Capital.

• N de E: Nivel de ejecución

De los componentes del ramo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) concentra un mayor porcentaje de gasto de capital ejecutado. En promedio, entre 2004 y 2006, ha destinado un 30% hacia este rubro. Sin embargo, su participación, en forma general, ha promediado 22% del total del gasto; lo anterior significa que, si bien es cierto que el MSPAS destina más de la cuarta parte de su asignación hacia gastos de capital, dicho porcentaje se ve minimizado al visualizar la participación del Ministerio dentro de la totalidad del ramo; y peor aún resulta el hecho de que el 87% de los fondos destinados hacia Inversión, entre 2005-2007, provienen de préstamos externos⁹⁴. Por otra parte, la red de hospitales representa casi las tres cuartas partes del gasto del ramo y no utiliza más del 1% de su asignación en gastos de capital⁹⁵.

94 Ministerio de Hacienda. Ley General del Presupuesto. Varios años.

95 Ministerio de Hacienda. Informe de la gestión financiera del Estado. Op. cit.

Esta preponderancia del gasto corriente sobre el de capital, implica que las instituciones tienen menos posibilidades de invertir en infraestructura, capacitación del personal médico (gasto en capital humano), adquisición de equipo de alta tecnología, etc.

4.6.4. Gasto por rubro de agrupación

Tanto para el Gobierno Central (cc) como para las Instituciones Descentralizadas (ID), los rubros de agrupación del gasto están clasificados en: 1. Remuneraciones. 2. Adquisición de bienes y servicios. 3. Gastos financieros. 4. Transferencias corrientes. 5. Transferencia de contribuciones especiales e inversión en activos fijos. De todas ellas, sólo la última es la categoría relativa a la mejora de instalaciones médicas e infraestructura en general y, por tanto, incrementa la capacidad estatal para brindar una mejor atención en salud.

Dentro del cc, “Transferencias corrientes” es la categoría que ha mantenido mayor peso, promediando entre 2003–2007 un 72% como porcentaje del gasto total; para este último año redujo su porcentaje de participación a 46%⁹⁶. Sin embargo, al incluirlo dentro del monto total, distorsiona la asignación hacia el resto de rubros, pues al final resultan ser transferencias⁹⁷ que son ejecutadas por las instituciones adscritas y no por el Gobierno Central.

Tabla 16
Ramo de Salud Pública y Asistencia Social (Gobierno Central)
Asignación presupuestaria por rubro de agrupación.
(como porcentaje)

Rubro	2003	2004	2005	2006	2007	Promedio
Remuneraciones	26	25	13	12	50	25
Adquisición de Bienes y Servicios	55	59	45	26	15	40
Gastos financieros y otros	4	4	1	1	1	2
Transferencias corrientes	-	-	-	-	-	-
Inversiones en activos fijos	15	12	41	38	23	26
Transferencias de contribuciones especiales	n.d	n.d	n.d	24	11	18
total	100	100	100	100	100	100

* No se incluyen las transferencias corrientes

Fuente: Ley del presupuesto general de la nación 2003 – 2007. <http://www.mh.gob.sv>

96 Ministerio de Hacienda. Ley General del Presupuesto General de la Nación. (2003 – 2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

97 Se refiere a las transferencias que se hacen como producto la recaudación del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), que se origina del impuesto a los cigarrillos y las bebidas alcohólicas.

En general, dentro del consolidado del SPNF, el ramo de Salud Pública y Asistencia Social destina, entre 2004-2007, el 84%⁹⁸ de sus recursos hacia gastos meramente operativos y burocráticos, y el caso más extremo fue durante 2004, cuando éstos abarcaron el 88% del total. Por otra parte, la inversión en activos fijos ha representado en promedio 11% del gasto, la inversión en capital humano no ha sido superior al 5%, rondando incluso valores inferiores al 2% entre 2005 y 2006.

En relación a las instituciones adscritas, el mayor peso lo representa la asignación orientada hacia la red de hospitales, quienes abarcaron entre 2003 y 2007 en promedio 95% de los montos. Por tal motivo únicamente se desglosará lo relativo a los mismos: en general, el 70% de sus recursos se orientaron hacia el pago de salarios, mientras que el 29% fue absorbido por el rubro “Adquisición de bienes y servicios”; las restantes categorías no pasaron de representar más del 1% en su conjunto.

Tabla 17
Ramo de Salud Pública y Asistencia Social
Consolidado de Instituciones Adscritas (2003 – 2007)
Asignación de recursos por Institución.
(porcentajes)

Instituciones	2003	2004	2005	2006	2007	Promedio
Hospitales Nacionales	96	96	96	96	93	95
Consejo Superior de Salud Pública	1	1	1	1	1	1
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos	3	3	3	3	4	3
Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo”, Santa Ana	0	0	0	0	0	0
Cruz Roja Salvadoreña	1	1	1	1	1	1
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ley del Presupuesto General de la Nación (2003 – 2007) <http://www.mh.gob.sv>

Un punto importante de resaltar para el ejercicio fiscal 2007, es la asignación presupuestaria hacia las organizaciones adscritas al ramo de salud. Dentro de éste se ubica tanto el Gobierno Central como las instituciones descentralizadas; estas últimas reciben la mayor cantidad de sus fondos como transferencias efectuadas hacia ellas por parte del cc, representando el 91% de los fondos para el 2007.

⁹⁸ Apéndice estadístico del presupuesto general del Estado y presupuestos especiales (2004–2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Dichas Instituciones en general, y la red de hospitales nacionales en particular, enfrentaron una fuerte baja en su presupuesto al disminuir el monto que reciben por parte del cc⁹⁹ durante el ejercicio fiscal 2007: No se incrementa considerablemente el monto para el ramo; se reducen las transferencias desde cc hacia las ID; y se crea una nueva UP hacia la cual era necesario destinar recursos dentro del ramo en general (UP “Primer Nivel de Atención”), lo asignado en 2006 (US\$ 313.07 millones) no tuvo un aumento significativo para 2007 (US\$ 323.99 millones); la disminución de los recursos del cc hacia las instituciones descentralizadas fue de us\$ 79.71 millones; y la creación del “Primer Nivel de Atención” demandó 86.14 millones de dólares.

4.6.5. Composición de unidades presupuestarias y líneas de trabajo

La distribución del gasto público dentro de cada ramo se desagrega en unidades presupuestarias (UP), y dentro de éstas, se especifica en líneas de trabajo (LT)¹⁰⁰. De esta manera, cada ramo cuenta con un número determinado de unidades presupuestarias y dentro de las mismas con otra cantidad de líneas de trabajo.

Concretamente, el derecho a la salud de la niñez es uno de los más difusos de identificar en la estructura, pues se diluye entre las diferentes unidades presupuestarias que presenta el ramo, sin embargo es hasta este punto donde se puede tratar de dibujar o trazar el mismo: Salud ha contado con tres UP desde 2003¹⁰¹: Dirección y administración institucional; Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades y, finalmente, Desarrollo de la inversión. Sin embargo, la UP “Primer Nivel de Atención” ha sido incorporada a la estructura presupuestaria desde 2007.

Tabla 18
Ramo de Salud Pública y Asistencia Social (cc)
Destino del gasto por unidades presupuestarias (2003 – 2007).
(porcentaje)

Unidades Presupuestarias	2003	2004	2005	2006	2007	Promedio
Dirección y administración institucional	8	5	10	6	6	7
Primer nivel de atención	n.d	n.d	n.d	n.d	26	26
Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	83	82	75	80	53	74
Desarrollo de la Inversión	9	13	15	14	15	13
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ley General del Presupuesto General de la Nación (2003 – 2007) <http://www.mh.gob.sv>

99 Las instituciones adscritas al ramo de salud (o Instituciones Descentralizadas) reciben del cc el 90% de su presupuesto en concepto de “Transferencias Corrientes”.

100 Dentro del Ramo, únicamente el cc cuenta con un desglose de su asignación en UP y LT; para el caso de las Instituciones Adscritas no existe dicho desglose.

101 Ministerio de Hacienda. Ley General del Presupuesto de la nación. (2003 - 2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

La Unidad Presupuestaria “Dirección y administración institucional”, se encarga de actividades meramente burocráticas y administrativas, recibiendo 7% del total del gasto en promedio¹⁰². A su interior se encuentran tres LT: Dirección superior, que ha recibido 2% del total del gasto del ramo en promedio; Administración general (2%) y Gestión técnico normativa (3%).

En términos generales, es dentro de la anterior UP y al interior de la LT “Gestión Técnico Normativa” en donde, a *grosso modo*, pudiese ubicarse la tutela del derecho a la niñez, pues su objetivo establece la formulación de leyes y reglamentos del área sanitaria, así como evaluar su aplicación en los diversos programas institucionales; mientras las anteriores se encuentran directamente vinculadas a ámbitos burocráticos. Sin embargo, para el año 2007 se agrega dentro del desglose a la UP, contando a su interior con tres LT: Gestión técnico administrativa (4.5% del ramo); Atención a la persona (19%); y Atención al medio (2.7%). Dentro de la anterior clasificación, la LT vinculada resultaría ser la segunda, Atención a la persona, al tener como propósito el facilitar el acceso de los servicios preventivos y curativos para coadyuvar en la reducción de la morbimortalidad, pero no de la niñez en lo particular.

Dado lo anterior, no puede establecerse una vinculación directa entre las mencionadas LT y la tutela específica y en particular de los derechos de la niñez. Pero es el máximo nivel de desglose que permite acceder la información oficial.

“Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades”, es la unidad presupuestaria que representa montos otorgados desde el CC en concepto de “Transferencias corrientes” a una serie de instituciones como: la Red de Hospitales, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo” y la Cruz Roja salvadoreña. De todas éstas, la Red de Hospitales representa el mayor peso, con una participación superior al 90% del total. En este apartado se pueden ubicar los montos recibidos por el único hospital (de una red de 30) especializado en la atención a la niñez: el Hospital Nacional “Benjamín Bloom”, al cual, en promedio, se le asignó el 14.3% de lo destinado hacia la red de hospitales por parte del Gobierno Central.

En general, tanto la Constitución de la República como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDES) tutelan el derecho a la salud por parte de los salvadoreños, pero tal garantía se encuentra descuidada si se estudia el Presupuesto General de la Nación en los últimos cuatro años. Una efectiva tutela y garantía de acceso a la salud por parte de la población descansaría en destinar la suficiente cantidad de recursos hacia el ramo de salud pública y asistencia social, en la calidad que las mismas necesidades demanden.

102 *Ibid.*

Respecto al derecho a la salud en general, si bien es cierto que la asignación destinada al ramo se encuentra entre las categorías de mayor asignación (montos superiores al 5% dentro del SPNF) y que su porcentaje de ejecución como ramo sea del 92%, esto no basta si la mayor cantidad de recursos se destinan a gastos meramente operativos y se descuidan los fondos hacia gastos de capital. Además, es claro que se necesitan incrementar los niveles de inversión en el sector, ya que el ramo salud representó apenas el 1.7 del PIB en 2007. Por otro lado, durante el periodo en estudio, más del 80% del gasto se orientó hacia el gasto corriente, mientras que la inversión en capital humano no pasó del 5% y la inversión en activos fijos no superó el 13%.

El derecho a la salud en la niñez no aparece dibujado claramente en la exposición del PGN a efectos de poder evaluar concretamente el esfuerzo del Estado salvadoreño en su tutela, por medio del análisis de la cantidad de recursos destinados. La información oficial disponible al público es de un nivel agregado tal, que se diluyen entre el resto de unidades directamente responsables en la salvaguardia efectiva de la salud.

4.7. Conclusiones y recomendaciones

Principales hallazgos del estudio

1 Se cuenta con un marco legal constitucional que reconoce el derecho de salud y que es coherente con el derecho internacional de los derechos humanos.

Si bien hay vacíos legales en aspectos como el acceso a la información pública y la existencia de mecanismos para exigir el derecho a la salud, El Salvador cuenta con una normativa que desarrolla los principales contenidos del derecho a la salud, reconociendo específicamente los de la niñez. La Constitución establece principios de referencia importantes sobre este derecho. Los tratados internacionales en derechos humanos, ratificados por el país, han sido un punto de referencia importante para la adopción de nuevos marcos legales que favorecen los derechos de la niñez.

2 Persisten las inequidades sociales con mayor impacto para la zona rural, las mujeres y los niños, lo que se conjuga con un sistema de salud precario que no tiende a la universalidad.

Los datos analizados indican que mujeres y los niños y niñas en las zonas rurales viven en condiciones de más precariedad económica. El analfabetismo, que predomina en estos grupos, y la falta de condiciones económicas implica que se tienen menores posibilidades de llegar a los servicios de salud. El sistema de salud público ha estado en crisis en la última década con bastantes limitaciones para asegurar infraestructura adecuada, suficiente personal médico, así como servicios de calidad, lo que implica que no se cumple con los estándares establecidos en la o.c.14.

El cobro de cuotas voluntarias ha sido una práctica que ha afectado el acceso de los pacientes a los servicios de salud, y lleva en el fondo el problema de la falta de un presupuesto adecuado. En el diseño y ejecución de los presupuestos nacionales no se toma en cuenta la participación de la sociedad civil, así como tampoco en las acciones de supervisión y contraloría en la ejecución de los presupuestos. El Índice de Transparencia Presupuestaria ha ubicado al país, en estos años, en los últimos lugares en este aspecto.

Los intentos de reforma del sector de salud que han tenido elementos positivos, son amenazados por una tendencia que se ha mantenido hasta la aprobación de una nueva ley, en el sentido de la privatización de los servicios de salud, que afectaría severamente la atención de la población de más bajos recursos económicos.

3 Las políticas de salud enfocadas a la niñez se basan en diversos programas desarrollados por diferentes instituciones, sin una estrategia general clara e integrada que pueda revertir los problemas estructurales de inequidad.

Programas como Red Solidaria y Escuela Saludable, han tenido efectos positivos en el corto plazo para la población beneficiaria y han sido “vendidos” con éxito a la comunidad internacional. Sin embargo, presentan problemas de sostenibilidad financiera y de impacto a largo plazo para solventar la pobreza.

Esto se debe a que no se visualiza una estrategia general que articule los diferentes programas y que establezca políticas económicas que sean coherentes con las sociales. Por ejemplo, el hecho de entregar una cuota periódica a una familia para que los niños estudien tiene como objetivo romper con la cadena de pobreza y ofrecer mejores oportunidades a las nuevas generaciones. El problema es que si no se desarrollan adecuadas políticas para asegurar empleos de calidad, este propósito no se alcanzará. En programas como FOSALUD se evidencia la falta de integración entre éste y el sistema de salud, y al manejarse separadamente, no necesariamente implica un mejoramiento de la red pública.

4 Presupuesto en salud insuficiente y mala calidad del gasto

El Salvador es uno de los países en América Latina que tiene menor gasto social. Los incrementos registrados en el periodo que se investigó en materia de salud son insuficientes y sólo representan un 8% del total del presupuesto y apenas 3% del PIB. Por otra parte, la agregación de los datos de acuerdo con criterios financieros y administrativos no posibilita rastrear la realización del derecho a la salud de los niños y niñas. Esto significa un obstáculo para la transparencia y rendición de cuentas.

Además de la insuficiencia en las asignaciones presupuestarias, existe un problema en la calidad del gasto: ya que más del 80% del presupuesto se asigna a gasto

corriente, en detrimento de la inversión en infraestructura y en personal médico. El estudio a partir del análisis de un préstamo también encontró problemas de transparencia y ejecución del gasto en el MSPAS.

Recomendaciones

- Incremento progresivo de las asignaciones presupuestarias al ramo de salud que permita mejorar la atención de la niñez frente a los riesgos de salud que enfrentan. Ello debería ser complementado con un compromiso de las entidades de salud para mejorar la transparencia en el presupuesto.
- Transparentar presupuesto para mejor rendición de cuentas y posibilitar participación de ciudadanía en debates sobre políticas públicas.
- Desarrollo de mecanismos de participación en la discusión del presupuesto, que permita una mayor interacción entre los diferentes actores del sistema de salud para poder determinar la mejor integración de éste. Es importante tomar como referencia el interés superior del menor en la conformación del presupuesto.
- Evaluación de los programas de salud que se desarrollan para favorecer a la niñez, profundizando en aquellos que responden con mayor eficacia a enfrentar los problemas más estructurales y no en los que sean de carácter asistencialista. Es necesario implementar contraloría ciudadana sobre el ejercicio de dichos programas.
- Implementación de mecanismos de justiciabilidad del derecho a la salud progresivos, como la apertura de oficinas para la recepción de denuncias o quejas en las dependencias de la administración pública o en coordinación con la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Fuentes de información

Bibliografía

Corte de Cuentas de la República (2006) *Informe de Auditoría Financiera y de Gestión al Proyecto Reconstrucción de Emergencias por Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (RHESSA)*, Dirección de Auditoría Cinco Cooperación Externa, San Salvador, El Salvador, mayo 2006.

Espinoza, Eduardo A, “*Disponibilidad y Precio de Medicamentos Esenciales en El Salvador durante el segundo semestre de 2006*”, Observatorio de Políticas Públicas en Salud, Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, Universidad de El Salvador, El Salvador, 2006.

FESAL, *Encuesta nacional de salud familiar 2002 – 2003*. San Salvador, julio de 2004

FESPAD, *Políticas Publicas, Presupuesto, Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Salvador*. San Salvador, 2007.

FESPAD, *Monitoreo judicial y legislativo de los DESC* (2003-2004), San Salvador, El Salvador, 2004.

Moreno, Raúl, “*Porque Decimos No al TLC, análisis crítico del texto oficial*”, Bloque Popular Centro Americano, 1a Edición Editoriales Maya, San Salvador, El Salvador, marzo 2004, pp. 33-34.

MSPAS, *Boletín Informativo de la situación del VIH/SIDA en El Salvador*, San Salvador, El Salvador, junio de 2006.

MSPAS. *La lucha contra el sida en El Salvador, un compromiso de nación*. San Salvador, El Salvador. 2007.

PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007 – 2008. El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador, El Salvador, 2008.

Vaquerano, Nelson, *Diagnóstico del Sistema Normativo de Salud existente en El Salvador*. FESPAD, El Salvador, Mimeo, 2006.

Electrónicas

Comité DESC, *Observación General 3*, disponible en línea en: [http://www.unhchr.ch.tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CESCR+observacion+general+3.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch.tbs/doc.nsf/(Symbol)/CESCR+observacion+general+3.Sp?OpenDocument)

Comité DESC, *Observación General 14*, disponible en línea en: [http://www.unhchr.ch.tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CESCR+observacion+general+3.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch.tbs/doc.nsf/(Symbol)/CESCR+observacion+general+3.Sp?OpenDocument)

FESPAD, Exclusión Social y Remesas Familiares, Boletín Políticas Públicas HOY, Año 1,

No. 10, disponible en línea en: http://www.fespad.org.sv/wordpress/?page_id=140
FUNDAR, “*Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria*”, disponible en línea en: <http://fundar.org.mx/fundar/indicelat/pg/2007/inicio.php>

Gobierno de El Salvador, *Programa Red Solidaria*, disponible en línea en: <http://www.redsolidaria.gob.sv/content/view/748/51/>

MSPAS, *Boletín 2005*, disponible en línea en: www.mspas.gob.sv/pdf/boletin2005.pdf

MSPAS, *Manual de operaciones para la ejecución del “Proyecto Reconstrucción de Hospitales y Extensión de Servicios de Salud”*, Septiembre 2003, disponible en línea en: http://www.prhessa.gob.sv/docs/MO_%20PRHESSA.pdf

MSPAS, “Proceso de Reforma Integral de Salud”. Disponible en línea en: http://www.mspas.gob.sv/avance_reforma.asp

MSPAS, *Informe de indicadores 2005*, disponible en línea en: http://www.mspas.gob.sv/ind_institucionales.asp

Ministerio de Hacienda. *Ley del Presupuesto General del Estado y presupuestos especiales (sumarios)*, (2003 - 2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Ministerio de Hacienda. *Informe de la Gestión Financiera del Estado*. (2003 - 2006), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Ministerio de Hacienda. *Informe de la Gestión Financiera del Estado* (2004 – 2006), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Ministerio de Hacienda. *Análisis del gasto por áreas de gestión del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales*, 2004 – 2007, disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

Ministerio de Hacienda. *Apéndice Estadístico del Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales* (2004 – 2007), disponible en línea en: <http://www.mh.gob.sv>

PNUD, Cuaderno sobre Desarrollo Humano N. 6. *Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador*. El Salvador, 2007, disponible en línea en: <http://www.pnud.org.sv>

Legislativas

Constitución de la República de El Salvador

Código Civil

Código de Familia

Código de Salud

Código de Trabajo

Convención sobre los Derechos del Niño

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

5. Sistema de Protección Social en Salud: ¿Avances para la realización del derecho a la salud en México?

Mariana Pérez¹⁰³

¹⁰³ Investigadora del Área de Presupuestos y Política Pública de Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C., México, D.F.

Glosario de términos

ASF- Auditoría Superior de la Federación

CAUSES- Catálogo Universal de Servicios de Salud

CNPPS- Comisión Nacional de Protección Social en Salud

FPP- Fondo de Previsión Presupuestal

FPCC- Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico

SHCP- Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SSA- Secretaría de Salud

SMNG- Seguro Médico para una Nueva Generación

SED- Sistema de Evaluación del Desempeño

SP- Seguro Popular

SPSS- Sistema de Protección Social en Salud

IMSS- Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

ISSSTE- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Mexicano

LFTAIPG- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

LGS- Ley General de Salud

MIDAS- Modelo Integrador de Atención a la Salud

PMI- Plan Maestro de Infraestructura

PROESA- Programa Sectorial de Salud

Introducción

El objetivo último de los derechos económicos, sociales y culturales (**DESC**), al menos en su base teórica, es el de garantizar un piso mínimo de equidad y justicia a través de acciones compensatorias, redistribución de bienes y servicios básicos, así como la transferencia de poder social a quienes se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad. A partir de esta concepción puede afirmarse que la realización de los derechos sociales busca, en última instancia, fortalecer las capacidades para ejercer otros derechos, como son los políticos y civiles. Por lo tanto, este estudio parte de la premisa que la realización de los **DESC** es indispensable para la construcción de ciudadanía y, en última instancia, de una democracia sustantiva.

Con la anterior premisa en mente, el goce pleno del derecho a la salud trasciende su concepción internacionalmente reconocida de *acceso al nivel más alto posible de bienestar físico y mental*, para convertirse en un camino que pretende conducir hacia la igualdad estructural. Entendido así, el cumplimiento del derecho a la salud, más allá de ser en sí mismo, es también un elemento condicionante para incentivar, de forma homogénea en una sociedad, la participación y el intercambio en los ámbitos político, social y económico.

En México, la historia de los derechos sociales está ligada a la desigualdad. Si bien en la Constitución de 1917 se lograron conjugar las garantías individuales y los derechos sociales, el modelo corporativo de distribución emanado de la Revolución, necesariamente conllevó a un ejercicio diferenciado de derechos y, por lo tanto, de la ciudadanía desde su definición más amplia. Con la mediación de las organizaciones corporativas como modelo, el Estado mexicano posrevolucionario privilegió el acceso a bienes y servicios colectivos –incluidos, por supuesto, los relacionados con la salud– sobre el acceso individual, ignorando con ello el criterio de repartición universal de *satisfactores*¹⁰⁴, fundamento de los derechos humanos.

El diseño del sistema público de salud no escapó a este patrón. Desde sus inicios, éste fue concebido de forma tal que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a servicios sanitarios. Así nacieron las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía. Dentro de este sistema, sin embargo, también hubo cabida para la “población abierta”, es decir, individuos que no pertenecían a corporación alguna (desempleados, trabajadores en la economía informal, gente sin recursos) a través de la creación, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA).

104 Ver Sara Gordon, Ciudadanía y derechos sociales: ¿criterios distributivos?, Alicia Ziccardi (comp.), *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, Buenos Aires, 2002

En principio, es en esta división del sector inspirada en el corporativismo de la época, donde puede identificarse gran parte del origen de la realización desigual del derecho a la salud en México. De forma explícita, el sistema diferenció la entrega de bienes y servicios sanitarios entre quienes tuvieran la suerte de pertenecer al sector formal de la economía o a organizaciones corporativas y los que estuvieran al margen de ella o vivieran en condiciones de pobreza. La universalidad y la no discriminación, principios esenciales de los derechos humanos, estaban claramente ausentes bajo este esquema. Sin duda, este modelo derivó en una profunda inequidad en el disfrute “del más alto nivel de salud posible.”

El incumplimiento del derecho a la salud se relaciona también con otros problemas inherentes al sistema público de salud en México. Si bien en teoría la Secretaría de Salud debía atender a la población sin seguridad social, las deficiencias estructurales de esa institución—principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social— derivaron en una institución endeble, con un importante déficit de recursos de todo tipo, con mínima capacidad resolutiva y, por lo tanto, incapaz de responder integralmente a las obligaciones del Estado mexicano en la materia.

Los sistemas de protección de la salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud, sino que, por el contrario, pueden incluso profundizarla y agravarla.¹⁰⁵ En México, el diseño institucional de este ámbito, implicaba una profunda exclusión para aquellas personas que vivían al margen de la economía formal y en condiciones de pobreza.

Los saldos del acceso diferenciado a la salud son ilustrativos. Si bien existen datos divergentes en el cálculo de derechohabientes y población no asegurada, según el II Conteo de Población y Vivienda, para el año 2005 la población abierta, es decir aquella sin ningún tipo de beneficios de seguridad social, estaba conformada por más de 51 millones de personas en todo el país. No sólo eso. En el peor de los casos, las deficiencias del sistema público de salud, particularmente la desinversión que le caracterizó por muchos años, conllevó al recrudecimiento de la pobreza, derivado de los eventuales desembolsos dirigidos a la preservación de la salud. Según información generada por el propio gobierno, para principios de esta década más del 50% del gasto total en salud provenía del gasto privado, y de éste más del 90 estaba relacionado con el gasto personal de bolsillo. Se calculaba que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se veían obligados a hacer uso de más de

105 Organización Panamericana de la Salud, *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Washington D.C., opa, p.19

la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, incurriendo así en lo que se conoce como *gastos catastróficos*.¹⁰⁶

Bajo este contexto, el establecimiento de un entorno de equidad a través del acceso a servicios de salud no sólo era lejano, sino que la tendencia apuntaba hacia la agudización de las diferencias sociales. Con la intención de dar solución a este escenario, el gobierno de Vicente Fox puso en marcha en 2001 un programa piloto –el Seguro Popular de Salud (SPS)- que proveería de protección financiera a la población sin seguridad social. En principio, los objetivos de este programa fueron crear una cultura de prepago y disminuir el empobrecimiento por gastos de salud en la población no derechohabiente en los primeros deciles de la distribución del ingreso.

Posteriormente, en 2003 se aprobó la reforma a la Ley General de Salud (LGS). Esta incorporaría a la protección social en salud como materia de salubridad general –a través de la creación formal del esquema de financiamiento Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular (SP)– y trazaría las reglas generales de financiamiento y prestación de servicios para este nuevo esquema. Asimismo, este renovado marco legal sentaría bases para dar contenido al derecho a la salud en México, al menos formalmente.

Seguro Popular, ¿para qué y para quiénes?

Con la reforma a la LGS nace un nuevo sistema de financiamiento en el sector dirigido a cubrir la atención en salud de la población sin seguridad social –priorizando a las familias de menores recursos– a través de un esquema de prepago anual por familia, buscando con ello prevenir los gastos catastróficos. En este sentido, la meta del Seguro Popular es afiliar progresivamente a las 12.6 millones de familias¹⁰⁷ pertenecientes a la población abierta para 2010. Además, el SP tiene el propósito explícito de corregir los desequilibrios financieros que caracterizaban al sector salud: bajo nivel de inversión, distribución desigual de recursos entre instituciones y áreas geográficas, falta de responsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno y creciente destino del gasto hacia la nómina.¹⁰⁸ Finalmente, con la nueva Ley General de Salud y la consecuente instauración del SP se planteó profundizar lo

¹⁰⁶ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2001, p. 57

¹⁰⁷ Esta cifra fue modificada en 2007, ya que anteriormente se consideraban 11.9 millones de familias. El aumento de familias surge a partir de un error inicial en el cálculo del crecimiento poblacional, como podrá corroborarse en la cuarta sección de esta información. Para más información, consultar el Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud en: <http://www.seguropopular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/informes.html> o ver Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005 en www.asf.gob.mx

¹⁰⁸ Eduardo González Pier, Et. Al, Coord., *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, financieros y operativos*, FCE, Secretaría de Salud; Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006, p.p 21-23

establecido en el Artículo 4º constitucional, al dotar de mayor contenido y significado al derecho a la salud.

La evaluación del Seguro Popular a través de la lente de los derechos humanos se justifica por varias razones. Si bien su creación obedece en gran parte a la instauración de una nueva lógica de financiamiento para el sector, supone también un giro social fundamental en tanto que su intención es suministrar bienes y servicios de salud a la población no derechohabiente –que en su mayoría coincide con la población de bajos ingresos, indígenas, familias rurales etc. –desatendida por años. En términos de derechos, puede inferirse entonces que uno de los objetivos subyacentes del Seguro Popular es compensar a quienes carecen de seguridad social y proveerles, a través del derecho a la salud, de oportunidades y capacidades para ejercer la ciudadanía en un sentido amplio. Además, éste representa el programa social más importante de los últimos tiempos en materia de salud pública, ya que plantea ambiciosas metas entre las que se cuenta la afiliación de más de 12 millones de personas para 2010. Con estas implicaciones en mente, la presente investigación pretende conocer si el SPSS ha contribuido y de qué forma a la progresión del derecho a la salud en el ámbito federal mexicano y, por lo tanto, a la construcción de ciudadanía entendida en su dimensión social.

El marco teórico que aquí se propone parte, como en el resto de los casos de estudio que componen este proyecto, de una definición amplia del derecho a la salud. Para ello, se retomará la Observación General 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este marco permitirá enfatizar ciertos conceptos como “accesibilidad y calidad” de bienes y servicios, así como lo que se define en este pacto como “obligaciones mínimas” de los Estados. Con estos elementos en consideración y tomando como contexto local la Ley General de Salud, se generarán indicadores de derecho a la salud que den luz sobre aspectos específicos del funcionamiento del SP. Asimismo, en este trabajo de investigación, se concibe al derecho a la salud como uno de los requisitos esenciales para el disfrute de beneficios y obligaciones ciudadanas y, por lo tanto, como una condicionante para la construcción de la democracia sustantiva.

Este caso de estudio se divide en seis secciones. En la primera se explicarán los elementos metodológicos y conceptuales en los que está basado el análisis sobre el Seguro Popular y el derecho a la salud. El segundo apartado trata, de manera breve, sobre el marco legal del derecho a la salud en México. La tercera sección está dedicada a explicar el funcionamiento operativo y financiero del SP. La cuarta parte provee de un análisis, a partir de indicadores de derecho a la salud, de la contribución del SP a la realización y progresión del derecho a la salud. En particular se abordarán temas relativos a la afiliación al programa, servicios, infraestructura, recursos humanos y presupuestos. En el quinto apartado se resaltarán aspectos relativos a la

rendición de cuentas y participación ciudadana. Finalmente, en la última sección se presentan las conclusiones y recomendaciones.

5.1. Metodología y marco conceptual

Como se ha explicado en la metodología general que aplica para los distintos casos de estudio, este análisis se fundamenta en la llamada *aproximación a la salud con perspectiva de derechos*.¹⁰⁹ Esto implica, para este caso de estudio, la utilización de los lineamientos, estándares y normativa internacional de derechos humanos como criterios para el monitoreo del Seguro Popular, así como la evaluación y cumplimiento de las obligaciones de México en materia de derecho a la salud en el contexto del funcionamiento del Seguro Popular y la legislación que lo circumscribe.

A partir del marco conceptual se desprenden dos ejes metodológicos para evaluar la contribución del Seguro Popular a la progresión del derecho a la salud: 1) *Marco legal internacional y local*, en particular se retoman el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) como punto de partida para entender y evaluar el derecho a la salud, así como la Ley General de Salud y 2) *indicadores de derecho a la salud* que permitan medir la progresión o retroceso de este derecho en distintos ámbitos; dentro de este eje se hará énfasis particular en la medición de la justiciabilidad. A continuación se describen las especificaciones para cada caso.

a) PIDESC y Ley General de Salud

Ya se mencionó la importancia del Pacto como pauta más importante que describe a detalle los lineamientos para que los Estados parte cumplan a cabalidad con el derecho a la salud. En este sentido, el PIDESC establece estándares internacionalmente reconocidos bajo los cuales es posible evaluar al Seguro Popular desde el punto de vista de derechos, y valorar así la congruencia del programa con los compromisos que México ha adquirido en la materia. En específico se retoman dos lineamientos del Pacto que, a su vez, emanan de la O.G. 14 que son de interés tanto para el monitoreo puntual del SPSS como para la definición ulterior de indicadores.

El primer lineamiento se refiere a las obligaciones mínimas a las que los Estados parte están obligados a cumplir. El objetivo del contenido mínimo es garantizar que el Estado quede obligado a asegurar una protección mínima indispensable de cada derecho para todos los ciudadanos.¹¹⁰

¹⁰⁹ World Health Organization, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, WHO, 2002, p.16

¹¹⁰ Como se recordará, las obligaciones mínimas de los Estados en materia de salud, según la O.G. 14 son: 1) Garantizar el derecho a acceso a bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria. 2) Asegurar el acceso a una alimentación esencial. 3) Asegurar el acceso a una vivienda y condiciones sanitarias básicas. 4) Facilitar medicamentos esenciales. 5) Velar por una distribución equitativa de las instalaciones y servicios de salud. 6) Adoptar y aplicar una estrategia y plan de acción nacionales de salud pública. Para este estudio de caso, es importante acotar que las obligaciones mínimas que se refieren al aseguramiento a una alimentación esencial mínima y garantizar el acceso a una vivienda y a condiciones sanitarias básicas quedan fuera de los alcances que como política pública tiene el Seguro Popular, por lo cual no se retoman como parte de los lineamientos para el análisis.

El segundo lineamiento se refiere a los estándares mencionados en el párrafo 12 de la o.c. 14 que señala que “el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”

Por otra parte, la Ley General de Salud (LGS) representa el marco legal de referencia inmediata ya que no sólo provee los lineamientos generales para el ejercicio del derecho a la salud en México, sino que ésta incorpora como materia de salubridad general la protección en salud para dar paso a la instauración del Seguro Popular. La reforma de la LGS implicó, la creación del marco legal que trazaría los lineamientos para el funcionamiento de lo que sería la política pública más grande en materia de salud para el sexenio 2001-2006, con miras a atender a la población no derechohabiente. Por ello los parámetros que ofrece esta ley son de suma importancia, ya que es en ellos donde se definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud definidas por el propio Estado mexicano. Con el fin de analizar cómo se ha protegido en México el derecho a la salud, hacia el final de este capítulo, en el anexo I se presenta un esquema comparativo que muestra cómo el articulado de la LGS ha incorporado los lineamientos del PIDESC relativos a las obligaciones mínimas de los estados y los criterios de accesibilidad, disponibilidad, calidad y accesibilidad.

b) Indicadores de derecho a la salud

Recordemos que las precisiones que Paul Hunt, ex relator especial sobre el derecho a la salud, ha realizado sobre los indicadores de derecho a la salud, se refieren a dos rasgos principales: 1) estos indicadores se derivan de normas concretas del derecho a la salud y, 2), su utilidad está vinculada a lograr la rendición de cuentas de los responsables¹¹¹. Hunt también ha sugerido el manejo de tres tipos de indicadores de derecho a la salud, propuesta que ha sido recogida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: indicadores estructurales, de proceso y de evolución.¹¹²

Tomando en cuenta que los indicadores de derecho a la salud deben estar relacionados con una norma específica, en este estudio cada indicador se encuentra asociado a alguno o varios de los lineamientos establecidos en el PIDESC descritos anteriormente. Los indicadores para evaluar el Seguro Popular, a través del marco relacionado con el derecho a la salud han sido elegidos tomando en cuenta tres de los problemas concretos en salud que dieron origen al programa: **desigual acceso a la salud, déficit de recursos humanos e infraestructura y asignación diferenciada de recursos financieros**. Es importante mencionar que, atendiendo al señalamiento de Hunt que señala que los indicadores de derecho a la salud se derivan de normas concretas, la elección de indicadores también estuvo supeditada a la identificación del vínculo que existe entre los lineamientos de la o.c. 14 (accesibilidad, accepta-

111 Ibid, p. 7.

112 Ibid, p.8.

bilidad, calidad, disponibilidad, participación ciudadana, no discriminación) y el articulado de la Ley General de Salud. El mapeo de este vínculo puede encontrarse en el Anexo I de este estudio.

A continuación se presenta un listado que contiene la relación de los indicadores utilizados en el estudio, los principios internacionales vinculados a ellos y el tipo de indicador que se utilizará para conocer algunos de los efectos del Seguro Popular en la realización del derecho a la salud. Como se verá, los indicadores siempre están relacionados con lineamientos, ya sea de los principios transversales de derechos humanos o con los provistos por la O.G. 14 del PIDESC. Así mismo, éstos pretenden arrojar resultados sobre el impacto del programa en cuatro grandes temas como son: afiliación, prestación de servicios, infraestructura y asignación presupuestaria. A saber:

Tabla 1
Relación de indicadores utilizados en el monitoreo al Seguro Popular.

Referencia PIDESC/ principios de derechos humanos	Indicadores	Tipo de indicador
Obligación mínima: garantizar acceso a medicamentos Disponibilidad Accesibilidad	1) Evolución de intervenciones y medicamentos asociados 2003-2007	Evolución
Accesibilidad	2) Número de familias y personas afiliadas a nivel federal 2004-2007	Evolución
Accesibilidad	3) Familias afiliadas encabezadas por mujeres a nivel federal 2004-2007	Evolución
Accesibilidad	4) Número de familias afiliadas por decil de ingreso a nivel federal 2004-2007	Evolución
Accesibilidad	5) Porcentaje de la población sin seguridad social vs. afiliados al SP por estado a 2007	Evolución
Accesibilidad	6) Porcentaje de población rural no derechohabiente vs. afiliados al SPSS por estado a 2007	Evolución
Accesibilidad	7) Porcentaje de población urbana no derechohabiente vs. afiliados al SPSS por estado a 2007	Evolución
Accesibilidad	8) Porcentaje de población indígena vs. afiliados al SPSS a por estado 2007	Evolución

Obligación mínima: Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria Calidad Disponibilidad Accesibilidad	9) Unidades médicas por nivel de atención programadas y acreditadas por el nivel de atención al SPSS hasta 2007	Evolución
Obligación mínima: Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria Disponibilidad Accesibilidad	10) Unidades médicas nuevas construidas con recursos del Seguro Popular a nivel federal 2004-2007	Evolución
Obligación mínima: Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria Disponibilidad Accesibilidad	11) Red de prestadores de servicios del Seguro Popular por estado a 2006	Evolución
Calidad Disponibilidad	12) Número de médicos, camas censables y consultorios por cada 1000 habitantes	Proceso
Disponibilidad, calidad, accesibilidad Máxima utilización de recursos	14) Presupuesto aprobado para el Seguro Popular a nivel federal 2004-2007	Proceso
Disponibilidad, calidad, accesibilidad Máxima utilización de recursos	15) Gasto función salud y gasto función salud como porcentaje del PIB 2004-2007	Proceso
Máxima utilización de recursos	16) Ejercicio federal del Fondo de Previsión Presupuestal 2004-2007	Proceso

Máxima utilización de recursos/accesibilidad económica	17) Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud 2002-2007	Proceso
Máxima utilización de recursos	18) Gasto público y privado como porcentaje del PIB en la región latinoamericana 2008	Proceso

El monitoreo del Seguro Popular se realizó a nivel federal, desglosando la información por entidad federativa cuando se consideraba pertinente, y comprende como periodo de análisis de 2004 a 2007. Sin embargo, existen indicadores que presentan datos acumulados a 2007, como son los relacionados con la afiliación desagregada por zonas rurales y urbanas y el número de familias indígenas. Esto se debe a que los indicadores se derivan de aquellos que están relacionados con la afiliación general al programa.

Por otro lado, también se eligió una serie de indicadores estructurales que tenían como objetivo identificar cómo el marco normativo del derecho a la salud en México adapta algunos de los lineamientos del PIDES antes descritos. Estos indicadores se muestran en el Anexo 2, al final de este documento.

En esta investigación se considera que los DESC, en particular el derecho a la salud, constituyen un puente social indispensable para el disfrute de una ciudadanía integral y, por ende, para la consolidación de la democracia. Entendido así, los significados de los derechos humanos, la democracia y la ciudadanía se negocian y construyen mutuamente en un espacio público en permanente disputa entre diversos y heterogéneos actores sociales.¹¹³ La importancia de tratados y pactos internacionales, de la legislación nacional, así como de indicadores, reside en el hecho que expresan un cierto consenso político y social respecto al contenido de estos conceptos en un momento histórico y un espacio dado.

Finalmente, debe destacarse que los datos para la construcción de indicadores fueron retomados de distintas fuentes de información oficiales que provienen principalmente de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Información y Estadística, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el Consejo Nacional de Población, la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de Hacienda, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, entre otros. Este ejercicio de contraloría social se complementó con solicitudes de información, al amparo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) principalmente a la Secretaría de Salud. Se utilizaron también

¹¹³ Nancy Thede, *Derechos humanos, nuevas democracias y rendición de cuentas: logros y desafíos*, en Ernesto Isunza Vera, Et. Al., *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil: participación ciudadana y control social*, Porrúa/CIESAS, 2006, p. 24

consultas al marco legal internacional, así como a las leyes mexicanas. Para complementar el análisis también fueron utilizadas referencias bibliográficas y hemerográficas.

En última instancia, es importante aclarar los alcances de este estudio. Hay posturas encontradas respecto al modelo de protección social subyacente al Seguro Popular y que giran en torno al debate sobre qué política social –focalizada o de acceso universal– sería la más adecuada para resolver los rezagos estructurales en el acceso a la salud en la región. Entrar en ese debate rompería los límites de este estudio, por lo cual la presente investigación se concentra en conocer la contribución del Seguro Popular a la realización del derecho a la salud y, por ende, a la construcción de una ciudadanía política y social, por medio de la construcción e interpretación de indicadores estructurales, de proceso y de resultado.

5.2. Marco legal

Hace más de dos décadas quedó establecido en el Artículo 4º constitucional el derecho de toda persona a la protección en salud. Enunciado así, el derecho a la salud careció de contenido sustancial durante varios años, pues no existían a nivel constitucional ni en leyes secundarias, lineamientos que concretaran acciones de acceso universal a la salud –incluida, por supuesto, la población abierta– en los términos dispuestos en la o.c. 14. No fue sino hasta la reforma a la Ley General de Salud y la consecuente puesta en marcha del Seguro Popular que se planteó una perspectiva inédita en tanto que se extendería el acceso a servicios sanitarios a todas las familias carentes de seguridad social. Con ello, se daría por primera vez en la historia un salto hacia lo que puede identificarse como la primera medida compensatoria de gran envergadura dirigida a este grupo de personas en materia de derecho a la salud. En otras palabras, la aprobación de los términos de la nueva ley implicó, en términos generales, una disposición por ampliar el componente social de la ciudadanía a través de la extensión del derecho a la salud a toda la población.

Asimismo, la reforma pretendía afrontar los problemas identificados en el sector público de salud (desinversión y desigual distribución de recursos financieros, alto porcentaje de gastos catastróficos de la población, falta de recursos humanos e infraestructura, etc.). En suma, la nueva ley tiene al mismo tiempo, los objetivos de disminuir el empobrecimiento de las familias por gastos en salud y subsanar los desequilibrios financieros característicos del sistema. Además, la reforma buscó definir la mayor cantidad de elementos posibles que permitieran hacer efectivo el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo cuarto constitucional.¹¹⁴ Al menos en la ley, los conceptos de disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad establecidos en el pidesc quedaron plasmados en mayor o menor medida.

114 Eduardo González Pier, *Op. cit.*, p. 66

En el articulado de la nueva LGS están contenidos los principios bajo los cuales se establece que todos los mexicanos –con especial atención en grupos vulnerables– tienen derecho al SP. En concreto, se menciona que las acciones de cobertura deberán priorizar indígenas y zonas rurales, al tiempo que el prepago para inscribirse al programa quedaría exento para las familias situadas en los dos primeros deciles de ingreso. Asimismo, se plasman los derechos de los beneficiarios que, entre otros, incluye el derecho a recibir bienes y servicios de salud incluidos en el catálogo de intervenciones de forma oportuna y de calidad sin discriminación alguna. Se instituyen también criterios sobre la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de medicamentos, la formación y distribución de recursos humanos y el desarrollo y mantenimiento de infraestructura.

Por otro lado, la ley también detalla en su articulado otros principios básicos que forman parte de los derechos humanos que están señalados en tratados internacionales –el PIDESC, principalmente– y que tienen que ver con la rendición de cuentas y la participación de la ciudadanía. Por ejemplo, la LGS obliga tanto a la federación como a los servicios estatales de salud a difundir toda la información disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del SPSS. Además, está establecido que la SSA está obligada a promover la participación de todos los sectores sociales en el sistema nacional de salud y a tomar en cuenta sugerencias recibidas por los usuarios de los servicios.

Normativa amplia del derecho a la salud

Vale destacar que, además del Artículo 4º de la Constitución, existe un marco legal amplio que, directa o indirectamente está relacionado con la protección del derecho a la salud en México. Dentro de este marco legal se incluye una larga lista de normas, reglamentos, programas y leyes dentro de los cuales destacan:

Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud

Ley General de Desarrollo Social

Ley del Seguro Social

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos

Ley del Instituto y Seguridad de servicios de los trabajadores del Estado, ISSSTE

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Ley Federal del Trabajo

Ley de Planeación

Ley General de Población

Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

Tomando en cuenta que la reforma, al menos en el marco legal, traduce a su articulado algunos de los preceptos más importantes establecidos en la normativa internacional, es en efecto posible el desarrollo de indicadores a partir de la ley nacional en materia de salud. Las preguntas que guían este estudio se desprenden de los objetivos principales que se plantea el SPSS, de los planteamientos de accesibilidad, calidad, aceptabilidad y disponibilidad del PIDESC, del principio de “la máxima utilización de recursos”, así como de la universalidad, participación y no discriminación. El eje transversal es identificar acciones de progresión en el derecho a la salud por parte del Estado.

5.3. Seguro Popular: Conceptos básicos

En este apartado se describe de manera sucinta la forma en la que opera y se financia el Seguro Popular. Se abordan dos grandes aspectos: la forma en la que el SPSS se financia y la forma de afiliación y los beneficios que ofrece este nuevo esquema. Si bien esta sección no pretende ser exhaustiva en detalles, en el siguiente capítulo de este documento se ahondará más en el funcionamiento del SPSS, al tiempo que dé cuenta, a partir del uso de indicadores, de la progresión del derecho a la salud.¹¹⁵

Financiamiento

Para finanziarse, el SPSS opera bajo un marco tripartita que se describe a continuación:

- a. *Aportaciones federales*. Las aportaciones federales se componen de una cuota social y una aportación solidaria federal.

Una **Cuota Social** (CS), por cada familia beneficiaria, equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, mismo que se calcula por única vez a partir del primero de enero de 2004, con actualización periódica por inflación. Esta cuota ascendió en 2007 a 2,801.23 pesos. Es importante destacar que esta cuota está destinada expresamente a promover la equidad financiera entre instituciones y reducir la brecha observada entre el gasto público para la población beneficiaria de la seguridad social y el destinado a la población abierta.

Una **Aportación Solidaria Federal** (ASF), por familia afiliada determinada por 1.5 veces el monto de la Cuota Social.

- b. *Cuota solidaria estatal*. La LGS establece que los gobiernos de los estados y el Distrito Federal tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por familia beneficiaria, la cual es equivalente a la mitad de la cuota social.

- c. *Cuotas familiares*. Con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo, esta aportación se realiza por familia de forma anticipada, anual y progresiva según el

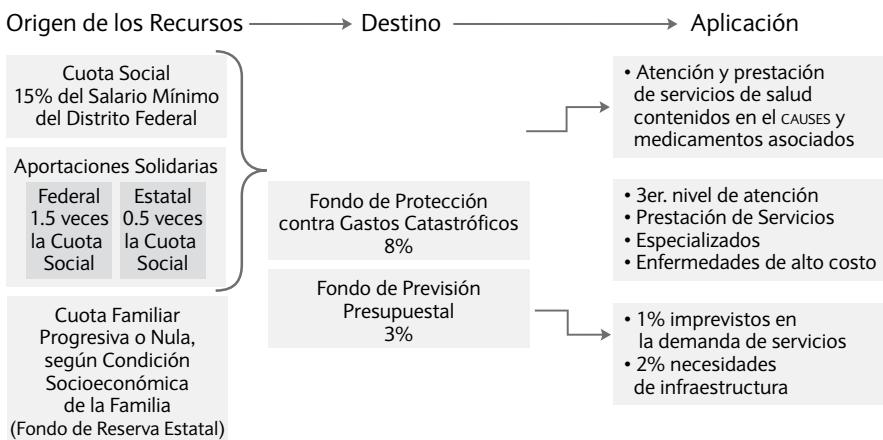
115 La información presentada en este apartado se puede encontrar con mayor detalle en Eduardo González Pier, Et. Al, (Coords). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006

nivel de ingreso familiar. La cantidad a pagar por cada familia se determina a partir de una evaluación socioeconómica llevada a cabo al momento de la afiliación y que ubica a las familias por decil de ingreso. Las familias de los deciles I y II, y las del decil III que cuenten con al menos un integrante de hasta 5 años de edad cumplidos al momento de su afiliación están exentos de pago.

Teóricamente, la distribución de estos recursos debe garantizar la provisión de las intervenciones ofrecidas por el SPSS, así como cubrir los gastos relacionados con enfermedades de alta especialidad y elevado costo. Para esto último fue creado el llamado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que tiene el objetivo de “apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan un riesgo financiero desde el punto de vista institucional.”¹¹⁶ Adicionalmente, se tiene contemplada una proporción de los recursos para el desarrollo de infraestructura.

A continuación se muestra gráficamente el origen y destino de los recursos que componen el financiamiento del Seguro Popular.

**Gráfica 1
Origen, destino y aplicación de los recursos del Seguro Popular**



Fuente: Informe 2007 de la CNPSS

Afiliación y beneficios

La afiliación al Seguro Popular es voluntaria y dura un año.¹¹⁷ Los beneficios de este esquema están dirigidos al núcleo familiar, que bajo la visión de este esquema está

116 *Ibidem*, p. 56

117 La afiliación dura un año para las familias pertenecientes al régimen contributivo. La afiliación de las familias pertenecientes al régimen no contributivo dura tres años.

integrado por el titular, padre o madre, su concubino(a) o cónyuge, y se extiende hasta hijos, ascendientes y menores que formen parte del hogar con algún parentesco consanguíneo.

El sistema funciona bajo un esquema de prepago por familia y el monto de afiliación está condicionado al decil de ingreso en el que se encuentre cada una, quedando exentas de todo pago aquellas que se sitúen en los dos primeros deciles. Estas familias pertenecen al llamado régimen no contributivo. A continuación se muestran las cuotas a cubrir por las familias, según el decil de ingreso, para 2007:

**Tabla 2
Cuota familiar según decil de ingreso 2007.**

Decil de ingreso	Cuota anual por familia (miles de pesos)
I	0
II	0
III	688.09
IV	1,349.31
V	1,999.78
VI	2,730.88
VII	3,515.74
VIII	5,445.62
IX	7,426.50
X	10,966.52

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007
<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/pef.html>

En la norma está estipulado que cada familia afiliada tiene derecho a acceder al paquete de intervenciones médicas, así como a las medicinas asociadas a esos servicios. Según la información oficial de la Secretaría de Salud, estos servicios médicos están relacionados con criterios epidemiológicos en el Sistema de Información en Salud. Para dar contenido a lo estipulado en la Ley General de Salud, esta serie de intervenciones están establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). En este catálogo se describen las intervenciones para cada uno de los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento de servicios que se ofrecen en los establecimientos de salud. Además, cada intervención está asociada a la provisión de los medicamentos pertinentes a cada caso, a los que los usuarios, por ley, tienen también acceso. Tanto los servicios como las medicinas asociadas han ido aumentando en número desde su creación hasta 2007, de tal manera que, para finales del año pasado, el CAUSES tenía contempladas 255 intervenciones y 285 medicamentos vinculados a ellas.

Además, cada familia está cubierta ante padecimientos que impliquen tratamientos de alta especialidad y elevado costo a través de los recursos que conforman el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos.¹¹⁸ Las enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos comprenden los siguientes padecimientos: diagnóstico y tratamiento del cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, VIH/SIDA, lesiones graves, rehabilitación a largo plazo, cuidados intensivos neonatales, transplantes y diálisis. Los gastos generados a partir de estos padecimientos son financiados por el llamado Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. Bajo este esquema, es importante resaltar que no todos los padecimientos ni todos los medicamentos asociados están cubiertos por el Seguro Popular.

Las intervenciones médicas ofrecidas por el SP se otorgan a través de la red de prestadores de servicios. Esta, a su vez, se conforma por dos redes: una estatal, a la que los afiliados recurrirán en primera instancia y una red de prestadores de servicios de gastos catastróficos, que brinda servicios de alta especialidad que requieren las enfermedades arriba mencionadas. Para formar parte de esta red los centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel, deben de transitar por un proceso de *acreditación*, que implica la evaluación de la capacidad de las unidades para brindar las intervenciones brindadas por el SPSS. Finalmente, está estipulado, dentro del marco operativo de que los afiliados al Seguro Popular tienen derecho explícito a la información y a presentar quejas sobre la prestación de servicios.

Los criterios normativos y la operación del Seguro Popular están bajo el resguardo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que, según su reglamento operativo, es un órgano descentrado de la Secretaría de Salud que cuenta con autonomía técnica, administrativa y operativa.

Seguro Médico para una Nueva Generación

En la administración de Felipe Calderón se realizó una adición a la operación del SP dirigida a la salud infantil, el llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNC). Esta es una estrategia sustantiva, cuyo objetivo es “reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a su crecimiento y desarrollo saludables durante los cinco primeros años de vida, mejorar la salud de menores ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal”¹¹⁹.

Este esquema de aseguramiento funciona bajo la misma lógica de afiliación del SPA, es decir, se trata de un seguro voluntario para familias que no estén protegidas por ningún tipo de seguridad social. Según las reglas de operación del SMNC, las inter-

118 La población que no está afiliada al Seguro Popular también puede tener acceso a las intervenciones y medicamentos ofertados a través del FPGC.

119 www.seguro-popular.salud.gob.mx

venciones y medicamentos asociados –de segundo y tercer nivel– que ofrece este programa son adicionales y complementarios a los que se proporcionan en el CAUSES y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).¹²⁰ Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del programa. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido por la comisión.

Dado que se trata de una estrategia promovida por la administración calderonista, el SMNG aplica únicamente a los niños a partir del primero de diciembre de 2006, lo cual discrimina estructuralmente a todos aquellos niños nacidos anteriormente a esa fecha, ya que éstos no podrán contar con los beneficios que supone esta nueva estrategia, contraviniendo así el derecho a la salud de éstos infantes.

5.4. El Seguro Popular a la luz del derecho a la salud

En esta sección se expondrá el monitoreo del Seguro Popular a través de los indicadores propuestos en la parte metodológica. El objetivo es indagar si el programa ha contribuido a la progresión del derecho a la salud, particularmente en los rubros de acceso a la salud, recursos humanos e infraestructura y asignación de recursos financieros. Para ello, esta sección se ha subdividido en cuatro temas centrales que darán cuenta de los avances del SPSS: 1) intervenciones y medicamentos, 2) afiliación, 3) infraestructura, recursos humanos y servicios y, 4), recursos financieros. A continuación se presentan los resultados obtenidos en estos temas.

5.4.1. Intervenciones y medicamentos. ¿Realmente avances?

En términos del acceso a bienes y servicios sanitarios, es posible afirmar, desde la perspectiva de derechos, que la oferta del Seguro Popular implica un retroceso. Esta aseveración proviene del hecho de que el seguro funciona bajo un esquema de prepago en el que se ofrecen intervenciones que, antes de la existencia de este programa, el gobierno proporcionaba, si bien de manera precaria a través de los programas de la Secretaría de Salud, de manera gratuita. A pesar de que las familias en los primeros deciles de ingreso están exentas de todo pago, el resto de la población debe realizar un prepago para poder acceder a las intervenciones médicas incluidas en el paquete de servicios. Si bien es aceptado desde el punto de vista del gobierno que estas cuotas no representan el sostén financiero del SP, el prepago de las cuotas anuales es concebido oficialmente como un medio para fomentar la cultura de “prevención del riesgo y la solidaridad entre sanos y enfermos, entre jóvenes y mayores de edad, así como entre familias de mayores y menores ingresos”¹²¹

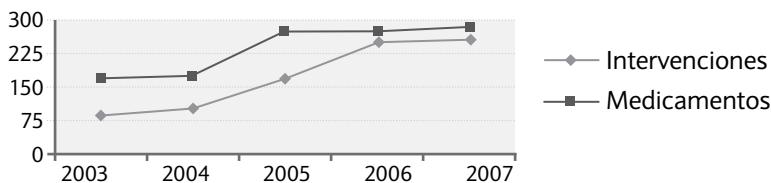
Sin embargo, la evolución de los servicios médicos ofrecidos por el programa ha ido

120 http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/marco_juridico/reglasopsmng.pdf

121 Ver Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del programa salud para todos (Seguro Popular de Salud), Diario Oficial, Secretaría de Salud.

en aumento. Los servicios médicos listados en el CAUSES –que es el catálogo que contiene el tipo de prestaciones a las que las familias afiliadas pueden acceder– han incrementado cada año desde la creación del seguro, de manera que para 2007 los usuarios contaban con 285 intervenciones y casi 300 medicamentos asociados a ellas.

**Gráfica 2
Indicador 1
Evolución de intervenciones y medicamentos asociados
2003-2007**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Protección Social en Salud, Informes de Resultados 2005, 2006 y 2007

Es importante mencionar al respecto de este incremento en el número de servicios y de medicamentos que no todos los padecimientos que sufre la población mexicana se encuentran contenidos en el CAUSES. En este sentido, esto implica que, a pesar de la evolución en el número de intervenciones, el acceso a tratamiento médico sigue siendo parcial para los beneficiarios del programa.

Por otra parte, como parte de la oferta de servicios del Seguro Popular, debe mencionarse que la LGS obligó al establecimiento de un fondo que cubriera el tratamiento de enfermedades de alto costo y especialidad. Para ello, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos –FPGC-. Para 2007, el FPGC cubría 20 intervenciones asociadas a padecimientos como cáncer cervicouterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas; cáncer de niños; trasplante de médula; cáncer de mama; catarata congénita; trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (Seguro Médico para una Nueva Generación) e insuficiencia renal crónica.

Si bien este fondo representa un avance, pues antes de su creación no existían recursos para el tratamiento de este tipo de padecimientos, el FPGC tampoco cubre todas las enfermedades de alta especialidad. No sólo eso. Ante el cálculo erróneo sobre el financiamiento de tratamientos de tan elevado costo, a mediados de 2007 la CNPSS anunció que se suspendería la atención y afiliación de pacientes con nuevos casos de insuficiencia renal crónica.¹²² Esta decisión implica un grave retroceso en

122 Ruth Rodriguez, *Seguro Popular excluye a miles de enfermos renales*, El Universal, 18 abril 2007 en www.eluniversal.com.mx

términos de acceso a la salud, pues implica excluir a los enfermos renales que de alguna manera tenían legalmente asegurada la atención. Las consecuencias de esta decisión no son menores si se considera que para ese año la propia SSA alertara que “el número de personas que requieren de hemodiálisis está creciendo de manera acelerada a un ritmo de 11% anual aproximadamente, y estimaba que para 2010 serán 70 mil personas quienes necesiten de esta atención”.¹²³ Para detrimento del acceso a tratamientos de alto costo, el enfoque financiero de la atención de la salud continuará como eje del Seguro Popular. En entrevista, el secretario de Salud, José Ángel Córdova aseguró que se reestructuraría lo que se estaba invirtiendo en el fondo para determinar cuáles serían las intervenciones de bajo costo y altamente efectivas, aceptando que se requerirían de 226 millones de pesos para atender todas las enfermedades catastróficas.¹²⁴

5.4.2. Afiliación: Inequidades sin resolver

Desde su creación, uno de los objetivos prioritarios del Seguro Popular ha sido incorporar a todas las familias desprovistas de seguridad social, centrando sus esfuerzos en aquellas que viven en una situación de mayor vulnerabilidad. De esta forma, el programa basa sus acciones de cobertura en lo que se conoce como “discriminación positiva”, a través de la cual se pretende avanzar hacia un alcance universal de la política pública, aunque apostando en principio a concentrarse en grupos desamparados social y económicamente. Esta forma de operar –así el planteamiento- cumpliría con los principios básicos de la equidad al compensar rezagos existentes y ampliar las oportunidades de estos sectores de acceder a la salud y, en última instancia, a la inserción laboral y la participación social y política.¹²⁵ Teóricamente, este enfoque se encuentra en consonancia con el espíritu de los DESC, pues se trata de una medida compensatoria para quienes se encuentran en circunstancias económicas y sociales desfavorables.

Las expectativas sobre los resultados de este proceso son especialmente altas, pues el gobierno mexicano se comprometió a incorporar al programa a todas las familias sin seguridad social para 2010. Por ello, las acciones relacionadas con la afiliación, incluida la rendición de cuentas sobre ello, ha sido uno de los aspectos sobre los que se ha centrado el programa. Para lograr esta meta, la LGS estipula que cada año se incorporarían al sistema hasta el equivalente de 14.3% de las familias susceptibles de nueva inscripción al programa, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010. Sin embargo, en 2005 la Auditoría Superior de la Federación (ASF) hizo constar en su reporte que no se llegaría al cumplimiento de la meta, dado que la CNPSS había realizado una proyección lineal de dicha disposición, sin con-

123 Ibidem

124 Ángeles Cruz Martínez, *Afloran las mentiras del Seguro Popular*, La Jornada, 9 de abril 2007, en www.jornada.unam.com.mx

125 Luis Miguel Ugarte, *Política social y democracia: Un “nuevo” paradigma*, en Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, 2005, p. 103-104

siderar el incremento poblacional que tendría lugar en ese periodo de tiempo.¹²⁶ En su reporte, la ASF calculó que las 12'649,905 familias que originalmente constituyan la población objetivo del SPSS a afiliar este año, ascenderían a 14'039,620, lo que significa que 2'053,393 no tendrán acceso a las prestaciones y servicios del sistema para ese año.

Ahora bien, según las LGS, la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas. A finales del año 2007 el Seguro Popular logró incorporar a más de siete millones de familias, con un promedio de integrantes a nivel federal de 3 personas. Esta cifra, a su vez, se traduce en 18 millones de beneficiarios, lo que implica que para ese año existe un avance de 35% con respecto a la meta inicialmente planteada por el programa. Como se puede apreciar en la tabla a continuación, hubo una desaceleración en la afiliación de 2004-2007, siendo 2005 el año que registró el mayor número de incorporados.¹²⁷

**Tabla 3
Indicador 2
Número de familias y personas afiliadas 2004-2007.**

Año	2004	2005	Variación (2005-2004)	2006	Variación (2006-2005)	2007	Variación (2007-2006)
Número de familias afiliadas	1'563,572	3'555,977	1'992,405	5'100,000	1'544,023	7'307,174	2'207,174
Número de personas afiliadas	5'318,289	11'404,861	6'086,572	15'672,374	4'267,513	18'150,521	2'478,147

Fuente: Elaboración propia con datos de los informes 2005, 2006 y 2007 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

126 Ver Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005 p.p 101-103 en www.asf.gob.mx

127 Según la Auditoría Superior de la Federación, se constató que en 2005 se afiliaron 1'992,405 nuevas familias, lo que representa 1.4 puntos porcentuales más de lo establecido en el artículo octavo transitorio de la Ley General de Salud. Ante estos resultados la ASF realizó una recomendación en el sentido de que deberán realizarse, en lo sucesivo, acciones para que se afilen año con año hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de ser afiliadas. Ver Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005 en www.asf.gob.mx

Entre los aspectos importantes a considerar en materia de afiliación, deben mencionarse también los avances relativos al Seguro Médico para una Nueva Generación. Hasta el cierre del 2007, existían 786,171 afiliaciones, de las cuales el 22% son niños cuyas familias ya se encontraban afiliadas antes de que entrara en vigor el SMNG. Además, el Seguro Popular mantiene una relación estrecha con otros programas gubernamentales, entre los cuales destaca el IMSS-Oportunidades. Este programa existía antes que iniciara el Seguro Popular y su objetivo es brindar atención a la población sin seguridad social residente en localidades de alta y muy alta marginación. Por parte del IMSS-Oportunidades se encontraban afiliadas 2'554,431 familias en el 2007, lo que representa uno de cada tres de núcleos familiares beneficiarios del Seguro Popular.

En términos del cumplimiento de derechos, es necesario conocer la composición de los beneficiarios del programa. De esta forma, los datos desagregados por sexo arrojan que 57% de las personas incorporadas al Seguro Popular son mujeres, lo que sugiere que existe algo muy cercano a un equilibrio en la conformación de los afiliados, ya que antes de la existencia del seguro se calculaba que el 51% de las personas sin seguridad social eran mujeres. Asimismo, a nivel de familias incorporadas, se tiene registro de que para ese mismo año, la mayoría, 81% de los núcleos familiares afiliados al programa, tenían como titular a una mujer.

**Tabla 4
Indicador 3
Familias afiliadas encabezadas por mujeres 2004-2007.**

Año	Familias encabezadas por mujeres	Total de familias	Porcentaje con respecto del total
2004	1'197,670	1'563,572	77
2005	2'848,606	3'555,977	80
2006	4'128,419	5'100,000	81
2007	5'942,216	7'307,174	81

Fuente: Elaboración propia con datos de los informes 2005, 2006 y 2007 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El análisis de la afiliación desagregado por nivel de ingreso resulta igualmente importante. En este sentido, el cálculo de la distribución de las familias tomando en cuenta este criterio, indica que la mayor parte de familias beneficiadas están concentradas en el primer y segundo deciles de ingreso. Esto significa que para 2007, poco más de 7 millones de familias se encontraban bajo el régimen no contributivo, lo que

representa el 95% del total de familias afiliadas al Seguro Popular. El 5% restante está en los afiliados que realizan prepagos, y son el noveno y décimo decil a los que pertenecen la menor cantidad de beneficiarios que realizan una aportación.

Si bien estos resultados son congruentes en términos de consecución de los objetivos planteados por el propio marco operativo del SPSS, del enfoque de derechos e incluso de la composición de ciudadanos sin seguridad social, también reflejan el hecho de que las familias con mayores ingresos no necesitan afiliarse a este programa, pues tienen posibilidades de acudir a servicios privados cuya celeridad y calidad superan al Seguro Popular.

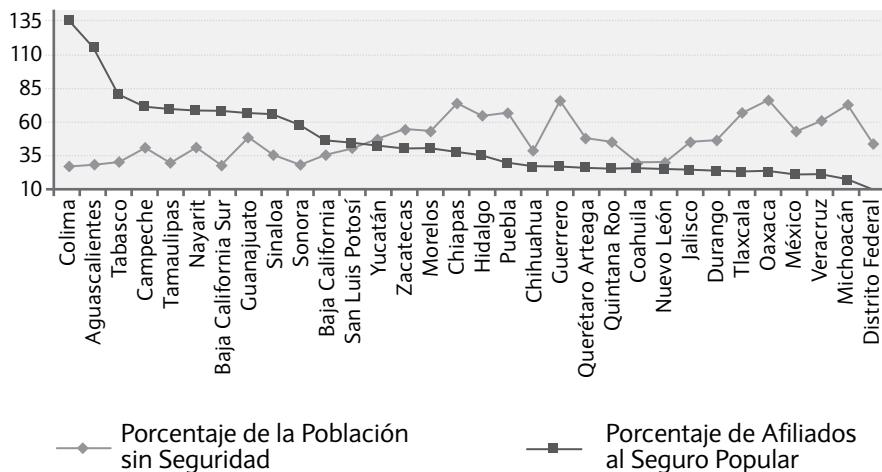
Tabla 5
Indicador 4
Número de familias afiliadas por decil de ingreso.

Año	Deciles I y II	Deciles III y IV	Deciles V y VI	Deciles VII y VIII	Deciles IX y X	Total x año
2004	1'472,508	87,209	2,776	915	164	1'563,572
2005	3'374,205	163,069	12,879	4,607	1,217	3'555,977
2006	4'894,178	184,954	13,950	5,035	1,883	5'100,000
2007	7'041,038	229,376	24,344	7,972	4,444	7'307,174
Porcentaje promedio	95%	4%	0.20%	0.10%	0.03%	100%

Fuente: Elaboración propia con información de los Reportes de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2005, 2006 y 2007

Otra perspectiva de análisis en lo tocante a la cobertura a la población objetivo que ha logrado el SPSS, es a partir de una revisión de los avances que se han registrado a nivel de entidad federativa. Como ya se ha mencionado, según el II Conteo de Población y Vivienda, para el año 2005 –es decir, un año después de la puesta en marcha del SPSS– la población abierta estaba conformada por más de 51 millones de personas en todo el país. Según este conteo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero se consideraban los estados con mayor porcentaje de personas sin seguridad social, todos por encima del 70% con respecto al total de la población local. Resulta alarmante que, coincidentemente, estos tres estados son los que mayor rezago social padecen y que Oaxaca y Chiapas, representan dos de las entidades con mayor población indígena en el país. En el extremo contrario, Colima, Aguascalientes y Nuevo León se consideraban los tres estados con menor cantidad de personas no derechohabientes antes del Seguro Popular: 26, 27 y 28%, respectivamente.

**Gráfica 3
Indicador 5
Porcentaje de la población sin seguridad social
v.s afiliados al SPSS hasta 2007.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Reporte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2007 y del II Conteo Nacional de Población, INEGI

El gráfico anterior es ilustrativo de que los esfuerzos institucionales de afiliación de personas sin seguridad social al Seguro Popular son, en muchos casos, contrarios al porcentaje de población abierta en cada entidad. Es decir, precisamente aquellos estados donde el porcentaje de personas sin seguridad social es menor –como sucede en el caso de Colima y Aguascalientes– es donde la cobertura de afiliación aparece incluso como sobrepasada.¹²⁸ En el extremo opuesto están el Distrito Federal,¹²⁹ Michoacán y Veracruz, entidades que, si bien no son las que mayor porcentaje de población abierta tienen, todas superan el 40% de su población en esta situación. Los avances en Chiapas, Guerrero y Oaxaca –entidades con altísimos porcentajes de población abierta– son del 37, 28 y 19%, respectivamente.

Estas cifras apuntan a la inefficiencia en la operación del SPSS para instrumentar acciones claras orientadas a equilibrar la grave desigualdad que existe entre entidades federativas en el acceso a la salud por medio de la ampliación de la cobertura. Las razones de esta cobertura diferenciada tienen varias explicaciones. Por ejemplo, un estudio realizado en el segundo año de funcionamiento del programa a nivel local

128 Al respecto es relevante señalar que estas inconsistencias fueron detectadas por la Auditoría Superior de la Federación en su reporte de 2005. Ante este hallazgo, se emitió la recomendación de que la SSA en coordinación con la CNPSS tomará las acciones necesarias para garantizar la confiabilidad de las cifras que dan cuenta del número de afiliados, particularmente en los estados de Aguascalientes, Colima y Tabasco. Ver Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública www.asf.gob.mx

129 El Distrito Federal entró al esquema del Seguro Popular en el año 2005, al igual que Chihuahua y Durango.

en el estado de Chiapas, señalaba que ya se estaba privilegiando la afiliación en los municipios mejor comunicados y con una red de servicios más consistente, mientras que los municipios de menor infraestructura eran los que presentaban menos beneficiarios.¹³⁰ En este sentido, es de esperarse que sean precisamente las comunidades más alejadas, dispersas y que habitan en territorios de difícil acceso las que se incorporen tardíamente al programa. Así la situación, el SP está lejos de contribuir a la disminución de las inequidades geográficas en el acceso a la salud.

Otro ángulo de análisis sobre el tema de la afiliación es desde el número de personas pertenecientes a la población abierta y el número de personas incorporadas hasta el 2007. En este sentido, el estado de Guanajuato cuenta con el mayor número de personas afiliadas en toda la República, con más de un millón y medio de beneficiarios. Por otra parte, el segundo estado con más beneficiarios en todo el país es el Estado de México que, al mismo tiempo, es también uno de los que menor porcentaje de cobertura tiene, con respecto al total de la población abierta. Esto puede explicarse, sin embargo, ya que es éste el estado con mayor número de personas que no están afiliadas a ningún tipo de institución de seguridad social, que en 2005 se calculaba en poco más de siete millones de personas.

Tabla 6
Indicador 6
Personas sin seguridad social vs. personas afiliadas a 2007.

Estado	Total no derechohabiente	Total afiliados	% cobertura a 2007
Aguascalientes	287,075	336,128	117
Baja California	1'010,654	537,575	53
Baja California Sur	156,923	106,048	68
Campeche	301,824	291,141	96
Coahuila de Zaragoza	723,088	286,318	40
Colima	149,485	207,140	139
Chiapas	3'278,815	1'425,258	43
Chihuahua	1'165,736	426,301	37
Distrito Federal	3'719,053	522,105	14
Durango	725,011	268,541	37

¹³⁰ Sergio Meneses Navarro, *¿Acceso a la atención obstétrica? El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas, en Muerte materna y Seguro Popular*, Daniela Díaz, coord. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, p. 26

Guanajuato	2'393,341	1'711,277	72
Guerrero	2'307,777	1'021,687	44
Hidalgo	1'456,919	679,345	47
Jalisco	3'027,795	980,997	32
México	7'375,728	1'780,564	24
Michoacán de Ocampo	2'787,423	710,266	25
Morelos	881,496	480,273	54
Nayarit	363,602	318,694	88
Nuevo León	1'179,395	382,126	32
Oaxaca	2'656,265	962,424	36
Puebla	3'411,052	1'224,241	36
Querétaro	738,539	369,702	50
Quintana Roo	470,508	193,682	41
San Luis Potosí	1'173,609	678,423	58
Sinaloa	863,337	627,634	73
Sonora	724,783	526,467	73
Tabasco	641,447	1'154,162	180
Tamaulipas	960,394	852,841	89
Tlaxcala	678,029	307,052	45
Veracruz	4'206,502	1'550,518	37
Yucatán	815,207	474,338	58
Zacatecas	771,785	440,846	57
Total	51'402,597	21'834,114	42

Fuente: Elaboración propia con datos del Reporte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2007 y del II Conteo Nacional de Población, INEGI

Otro aspecto de suma relevancia sobre la cobertura del programa desde la perspectiva de derechos, es el alcance de este proceso en localidades rurales y urbanas. En México, hasta el año 2005, se había identificado que al menos 38'407,255 millones de personas vivían en el ámbito rural.¹³¹ De este universo, la mayoría no contaba con seguridad social: el 66% pertenecía a la población abierta. Para agravar este panorama, a nivel de entidad federativa las inequidades se observaban de forma mucho más profunda, pues de nuevo son Guerrero, Chiapas y Oaxaca los esta-

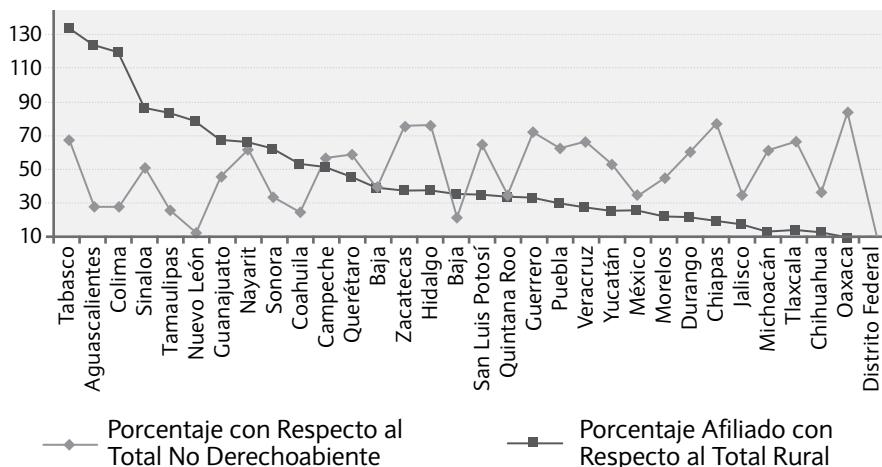
131 II Conteo de población, INEGI, www.inegi.gob.mx

dos cuya población rural sin seguridad social es mucho mayor al de otras entidades del país: todas se encontraban por encima del 80 por ciento.

Pese a que la propia LGS señala en su artículo octavo que la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, los resultados demuestran otra cosa. El gráfico a continuación muestra que en las zonas rurales del país sigue existiendo, hasta este momento, una brecha muy grande entre quienes todavía pertenecen al grupo de población abierta y las personas que ya afiliadas al sistema. Sobresalen los casos de Chiapas, Guerrero, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz en los que la cobertura en el ámbito rural, hasta el 2007, es muy deficiente. Estos resultados reflejan lo lejos que el Seguro Popular está de contribuir a eliminar las inequidades históricas en el acceso a la salud.

**Gráfica 4
Indicador 7**

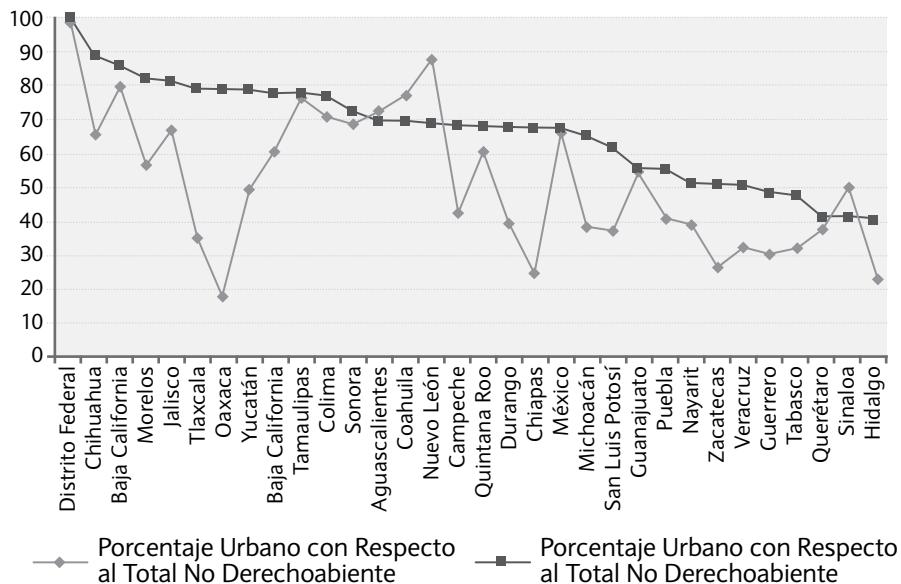
Porcentaje de población rural no derechohabiente vs. afiliados al SPSS a 2007.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y de la SSA a través de la solicitud de información con no. de folio 0001200074308.

Por el contrario, los avances logrados en zonas urbanas sugieren un panorama más homogéneo, ya que salvo contadas excepciones, en la mayoría de las entidades se ha llegado a cubrir a la población abierta. En el gráfico que se muestra a continuación, se puede observar que el Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nuevo León y Pueblas son las entidades que presentan mayores rezagos en cuanto a la cobertura de población urbana. Estos resultados son, hasta cierto punto, explicables, ya que son precisamente éstos los que albergan a la mayor cantidad de población abierta y que vive en localidades urbanas.

**Gráfica 5
Indicador 8**
Porcentaje de población urbana no derechohabiente vs. afiliados al SPSS a 2007.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y de la SSA a través de la solicitud de información con no. de folio 0001200074308.

En suma, resulta evidente que existe un desbalance en lo referente a la cobertura por zonas, en el que el ámbito rural se encuentra en desventaja con respecto al urbano dentro de los estados del país. Para ilustrarlo, es suficiente mencionar que 75% de los beneficiarios del seguro popular se encuentran en lo que se considera como territorio urbano y sólo 25% pertenece al rural. Ahora bien, en teoría para el año 2010 casi todas las personas sin derechohabiencia deberán ser parte de los beneficiarios del Seguro Popular. Esto significa que eventualmente todo hombre o mujer, indígenas o mestizos, y personas que habitan en zonas rurales o urbanas serán asegurados. Sin embargo, resulta significativo que en los primeros años de afiliación no se haya dado verdadera prioridad a las personas que viven en condiciones de atraso histórico en cuanto acceso a bienes y servicios en salud, tal y como estaba establecido en la LGS. Ante este hecho cabe preguntarse si cuando se haya llegado a la meta de afiliación, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la entrega de servicios y bienes por parte del SP mejorarán para los excluidos de siempre.

Mini Numa: Lo que el Seguro Popular no ha podido resolver

La comunidad indígena mixteca de Mini Numa se encuentra en Metlatónoc, municipio asentado en la región de La Montaña del estado de Guerrero. Metlatónoc ha sido declarado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo como el municipio más pobre de México. Aquí el rezago y la vulnerabilidad se han expandido a todos los ámbitos del ser humano, sin que acciones contundentes del gobierno hayan mediado para solucionar el rezago histórico en que se encuentran los habitantes de este municipio. En este poblado, la ausencia del ejercicio de derechos –incluida la salud– es un distintivo. Las siguientes cifras desvelan las lacerantes inequidades que caracterizan este lugar: en La Montaña de Guerrero mueren 89 niños por cada mil nacidos vivos, mientras que el promedio nacional es de 28. También es en esta región donde mueren 281 mujeres indígenas por cada 100 mil partos, cuando el promedio nacional es de 51 mujeres. Aquí sólo hay un ginecólogo para 17 mil 654 mujeres, mientras que el promedio nacional es de 1 por cada 2 mil 414.132 En Mini Numa viven poco más de 300 personas que en su mayoría sólo hablan mixteco o tlapaneco. Las viviendas no cuentan con red de agua potable ni drenaje; la población habita en casas de adobe y pisos de tierra. Sumado a esto, la comunidad tampoco cuenta con servicios de salud, por lo cual deben caminar hasta una hora y media para acudir a la clínica situada en la cabecera municipal.

Ante este panorama, miembros de la comunidad se organizaron en 2003 para exigir al gobierno local una clínica, personal médico y medicamentos en la localidad. Dos años más tarde, la respuesta de las autoridades sanitarias fue condicionar el envío de equipo, personal y medicamentos a cambio de que la comunidad se encargara, con recursos propios, de la construcción de su centro de salud. En clara desatención al contenido del derecho a la salud que señala la accesibilidad y disponibilidad de servicios, así como la no discriminación, el secretario de salud, Luis Barrera, negó tal petición citando una serie de lineamientos establecidos en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) que señalan que “para construir un centro de salud la localidad sede deberá contar con una población de 2,550 a 3,000 habitantes por núcleo básico a una distancia de 15 km. y un tiempo de recorrido de 30 minutos del centro de salud más cercano”.¹³³

Frente a la elusión de la SSA de Guerrero y al hecho de que ya se habían registrado varias muertes por falta de atención oportuna, la gente de la comunidad accedió a construir una pequeña casa de adobe que haría las veces la “clínica”. Sin embargo, aún después de levantado el inmueble, no aparecieron

132 Ver www.tlachinollan.org

133 Oficio de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero con número de expediente 4083 dirigido al delegado Municipal de Mini Numa, David Montealegre y signado por el secretario de Salud estatal, Dr. Luis Barrera Ríos.

el personal médico, las medicinas o el equipo. Las consecuencias fueron terminantes: al menos seis personas, cuatro de ellas niños –Fidel y Ofelia Montealegre Rojas, Olivia Vázquez Cano, Silvestra de los Santos, Leonides Montealegre Hernández y Cayetano Hernández Guevara– murieron entre 2005 y 2007 por enfermedades curables como la diarrea o infecciones respiratorias.

Ante estos hechos, en mayo de 2007, Tlachinollan, Centro de Derechos Humanos de La Montaña, una organización no gubernamental que “ha acompañado desde hace 14 años a los pueblos indígenas y mestizos de La Montaña y Costa Chica de Guerrero en su “lucha por la justicia y por el pleno respeto a sus derechos”,¹³⁴ retomó el caso para acompañar a la comunidad en su exigencia de derecho a la salud. La postura y desatención de la Secretaría ameritaron que se recurriera a la justicia federal y en noviembre de 2007 los miembros de Mini Numa promovieron una solicitud de amparo ante el Juzgado Séptimo de Distrito de la ciudad de Chilpancingo. Si bien el juez pospuso la audiencia de pruebas y alegatos, se tiene registro de informes realizados hasta 2008, como el elaborado por el juez de Paz de Metlatónoc, Leónides Venturas, en el que se comprueba que en el centro de salud construido por la población no había medicinas suficientes, o que las que existían estaban caducas. Tampoco se contaba con equipo básico, como estetoscopio, baumanómetro o estuche de diagnóstico.¹³⁵

Ocurrido esto, no es sino hasta el 11 de julio de 2008 que el juez concede el amparo a Mini Numa. El titular federal de la SSA, José Ángel Córdova, reaccionó ante esto y declaró que ya se habían enviado un médico, una enfermera y un técnico en salud. Se aseguró que el médico atendería las 24 horas y que hablaba las lenguas de la comunidad.¹³⁶

Sin embargo, hasta el momento está registrado que el médico que ha sido enviado al centro comunitario de salud sólo trabaja de ocho a seis de la tarde y de lunes a viernes. Fue también en julio de 2008 cuando Claudia Ordóñez, abogada de Tlachinollan, declaró: “Hace cuatro días que acudimos a la comunidad; la información de la gente es que los apoyos médicos no han llegado. Sí hay ya un médico, pero sólo atiende de 8 de la mañana a 3 de la tarde y, además, no habla *tun savi ni me'phaa*, como informaron las autoridades”.

134 Ibídem

135 Periódico Reforma, *Detectan fallas sanitarias en Metlatónoc*, Jesús Guerrero, 5 febrero 2008 en www.reforma.com

136 Periódico La Jornada de Guerrero, *Ya se envió unidad médica a Mini Numa, dice José Angel Córdova*, Citlal Giles, 6 de julio 2008, en www.lajornadaguerrero.com.mx

La experiencia deja entrever que en Mini Numa el Estado mexicano ha violado sistemáticamente los derechos esenciales para contar con un nivel mínimo satisfactorio de vida. La ausencia de acceso a la salud aunado a violaciones a otros derechos y la pobreza extrema en la que se encuentra la comunidad guerrerense son, en definitiva, determinantes que tornan imposible las expectativas de desarrollo y de inserción social, económica y política de sus habitantes. Aún con la resolución judicial que concede el amparo al caso, resulta evidente la falta de voluntad política para subsanar la desigualdad por medio de verdaderas acciones compensatorias. En un lugar como Mini Numa, la imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía se torna en una cuestión aparentemente irreversible, pues no sólo no existen factores sociales mínimos que provean un contexto más equitativo, sino que los instrumentos de justicia tampoco parecen tener un efecto contundente para resarcir los daños causados a lo largo de tanto tiempo y tan hondamente. En Mini Numa, toda la maquinaria de gran envergadura que supone el Seguro Popular es, por decir lo menos, inservible para dar cauce al derecho a la salud.

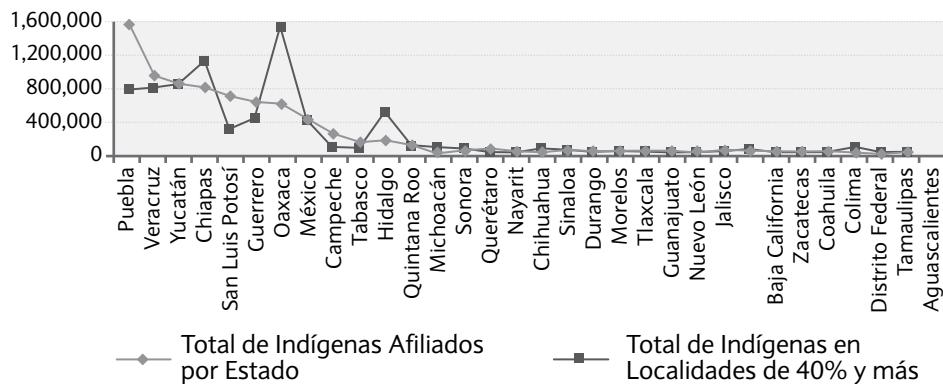
Otro aspecto de suma relevancia desde el punto de vista de derechos, está relacionado con la incorporación de indígenas al SP. El tema requiere de especial atención, pues en México esta población ha estado, históricamente, al margen del desarrollo y del disfrute de todos los derechos civiles y sociales. En particular, el acceso a la salud ha sido para los indígenas una prerrogativa que ha sido objeto de violaciones sistemáticas de diversa índole. La pobreza y el aislamiento geográfico, por ejemplo, son factores determinantes en este sentido. Si bien existe gran movilidad de este grupo hacia zonas urbanas, muchos de ellos siguen viviendo hoy en día en localidades rurales apartadas y de alto grado de marginación, por lo que acceder a las clínicas puede tornarse especialmente difícil en términos geográficos, y costoso económicamente hablando. Esto ha derivado en que constantemente se presenten casos de indígenas que han contraído enfermedades prevenibles e incluso mueran por afecciones tratables. Además, hay otros aspectos a considerar. Los servicios de salud en México no son adecuados ni sensibles a las distintas culturas y lenguas de los pueblos indígenas. Por ello, no en pocas ocasiones sucede que no pueda ni siquiera establecerse comunicación entre el médico y el paciente o que las personas prefieran atenderse con médicos tradicionales, con quienes se comparte la misma identidad sociocultural. Este panorama encierra fuertes violaciones al derecho a la salud de los indígenas, y el común denominador en todos los casos resulta ser la discriminación hacia estos grupos.

Ahora bien, los más recientes datos sobre el cálculo total de este grupo poblacional, a nivel nacional, arrojan que se trata de 6'011,202 personas.¹³⁷ Las entidades fede-

¹³⁷ II Conteo de Población, INEGI

rativas con mayor cantidad de indígenas son Oaxaca, Chiapas, Veracruz y Puebla. Los avances en la cobertura del Seguro Popular para este grupo poblacional se muestran en la siguiente gráfica.

**Gráfica 6
Indicador 9**
Porcentaje de población indígena vs. afiliados al SPSS a 2007.



Fuente: Elaboración propia con datos de los informes elaborados por la CNPSS y de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas: www.cdi.gob.mx

En el gráfico anterior se exponen los resultados de cobertura de indígenas. En él se puede observar que los dos estados con mayor concentración de indígenas son Oaxaca y Chiapas. En ninguno de ellos se ha logrado la cobertura.

Los hallazgos expuestos en esta sección evidencian que si bien existe un marco legal que obliga a que las acciones de cobertura se concentren en los grupos históricamente desatendidos, en la práctica no se han realizado esfuerzos contundentes para llegar a la población más vulnerable. Aunque se hayan registrado resultados progresivos, que se traducen en un mayor número de asegurados año con año, las cifras aquí expuestas apuntan a que los estados con mayores rezagos y los que tienen importantes porcentajes de población indígena, así como población que habita las zonas rurales, siguen siendo relegados de la política social. Tal es el caso de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, entidades que concentran grandes porcentajes de población en condiciones de extrema marginación e indígena y, sin embargo, la cobertura no ha alcanzado siquiera el 50 por ciento. Los resultados contrastan con los resultados alcanzados en estados cuyo nivel de desarrollo es mucho más alto, como es el caso de Nuevo León, Chihuahua o Baja California, en donde ya se encuentran afiliadas la mayoría de las personas sin seguridad social.

Visto así, no sólo es posible concluir que el espíritu compensatorio de los DESC está ausente en las acciones de afiliación del SPSS, sino que las desigualdades se man-

tienen. Al no realizarse todos los esfuerzos para establecer condiciones de equidad de acceso a la salud ni siquiera en la fase de cobertura, es difícil esperar buenos resultados en cuestiones sustantivas como son la disponibilidad de infraestructura, medicamentos, calidad en las consultas, el acceso a servicios aceptables culturalmente hablando, entre otros. Así las cosas, los procesos de afiliación del Seguro Popular distan de realizarse con miras al disfrute del nivel más alto posible de salud.

5.4.3. Infraestructura y recursos humanos.

Tareas pendientes en accesibilidad, calidad y disponibilidad

La infraestructura y recursos humanos son elementos esenciales para asegurar la disponibilidad y la calidad de los bienes y servicios de salud. El Estado es responsable de asegurar que la distribución de las unidades médicas y la disposición de personal calificado sean suficientes para atender las necesidades de salud de la población, especialmente de grupos vulnerables y apartados geográficamente. Esto, desde el enfoque de derecho a la salud implica, por parte del gobierno, poner a disposición el máximo uso de recursos –en este caso humanos y de infraestructura– que deben estar disponibles para atender las necesidades de salud que demande la gente.

La infraestructura considerada para prestar los servicios ofrecidos por el Seguro Popular es prácticamente la misma con la que contaba la SSA para atender a la población abierta antes de la puesta en marcha de este programa. Sin embargo, la creciente afiliación al SPSS ha derivado, inevitablemente, en un aumento en la demanda de bienes y servicios de salud. Para hacer frente a estas necesidades, operativamente el SP cuenta con tres estrategias que contribuirán a fortalecer la oferta de servicios del programa. Estas estrategias son: el Plan Maestro de Infraestructura (PMI), la acreditación y certificación de unidades médicas y el establecimiento de redes de prestadores de servicios.¹³⁸ El PMI es un instrumento rector para la planeación y el desarrollo de la infraestructura física y responde, según la propia definición oficial, a las necesidades de racionalizar y optimizar la inversión financiera en este rubro. Para su funcionamiento se “otorgará prioridad a las obras en aquellas áreas donde existe un nivel importante de necesidades de salud no satisfechas”,¹³⁹ particularmente en los municipios con menor índice de desarrollo humano.

Por otro lado, la acreditación y la certificación de unidades de atención médica son mecanismos que tienen el objetivo de evaluar la capacidad de las unidades para prestar los servicios ofrecidos por el programa. La diferencia entre un proceso y otro es que la acreditación mide la capacidad para otorgar los servicios del Seguro Popular, mientras que la certificación sólo evalúa las facultades de la unidad para otorgar servicios de salud en general. Es relevante destacar que el proceso de acreditación es de suma relevancia, pues éste es el mecanismo oficial a través del cual se aprueba la

¹³⁸ Eduardo González Pier, *Op. cit.*, p. 84

¹³⁹ Ibídem

capacidad de los hospitales y las clínicas de prestar servicios médicos con estándares definidos de calidad.

Finalmente, a la red prestadora de servicios pertenecen aquellas unidades que hayan sido acreditadas. Hay dos tipos de redes de prestadores: la red estatal, integrada por centros de salud y hospitales de segundo nivel y la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos, conformada por hospitales de tercer nivel que proporcionan servicios de alta especialidad. A continuación se exponen los resultados sobre infraestructura, para cada una de las tres estrategias de fortalecimiento de la oferta.

Para 2006, el censo más reciente realizado sobre el total de la infraestructura con la que cuenta la SSA calculó que esta secretaría contaba con 12,758 unidades médicas en total. El SPSS sin embargo, ha programado 11,037 unidades para ser incorporadas al programa. De estas unidades, únicamente 38% por ciento han sido incorporadas al SPSS para 2007 y de ellas, el 68% han sido acreditadas. Si se compara el número de unidades médicas acreditadas con respecto a las unidades programadas, se observa que el porcentaje de avance es aún menor, por lo que queda al descubierto que el porcentaje de unidades aptas para prestar servicios con estándares de calidad a las más de 18 millones de personas afiliadas al SP es realmente ínfimo. Para finales de 2007, los avances sobre las unidades incorporadas al Seguro Popular y las que han sido acreditadas hasta ese año se muestran a continuación:

**Tabla 7
Unidades médicas programadas y acreditadas al SPSS por nivel de atención,
hasta 2007.**

Tipo de unidad	Total de unidades médicas programadas	Unidades médicas incorporadas al SPSS hasta 2007	% avanzado con respecto al total programado	Unidades médicas acreditadas	% avanzado con respecto a las unidades médicas incorporadas	% avanzado con respecto a las unidades médicas programadas
Centros de salud	10,615	3,907	37	2,656	68	25
Hospitales generales	330	248	75	146	59	44
Hospitales de alta especialidad	92		62	57	100	62
Total	11,037		38	2,859	68	26

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe 2007 de la CNPSS

En lo que respecta a la infraestructura nueva que ha sido construida con recursos del Seguro Popular, conforme a los lineamientos establecidos por el Plan Maestro de Infraestructura, son principalmente Oaxaca, Chiapas, Durango, Veracruz y Nayarit los estados que se han visto beneficiados con la construcción de unidades médicas desde 2005 (en 2004 no se construyó obra nueva). En su mayoría, efectivamente,

las unidades han sido erigidas en municipios de alta y muy alta marginación y, como se puede constatar en el gráfico siguiente, el más alto porcentaje de unidades nuevas corresponde a centros de salud que brindan atención de primer nivel.

Vale destacar de esta nueva infraestructura dos puntos: el primero es que no han sido construidos suficientes hospitales generales que, normalmente, cuentan con mayor capacidad resolutiva para atender a los beneficiarios. Aún más, de los ocho hospitales generales que han sido edificados en cuatro años de funcionamiento del SP, tres están situados en municipios de muy baja marginación y dos de ellos en municipios de marginación media, lo que implica que sólo tres unidades de este tipo dan servicios en lugares de alta y muy alta marginación. A partir de esta evidencia se concluye que en la práctica se ha soslayado el criterio que prioriza a municipios de bajo índice de desarrollo establecido en el PMI para la construcción de infraestructura nueva. En segundo lugar, es notable la desaceleración que se registró durante el periodo de estudio en la creación de nueva infraestructura para 2007 que, en el caso de hospitales comunitarios y generales, es incluso menor a lo logrado dos años antes.

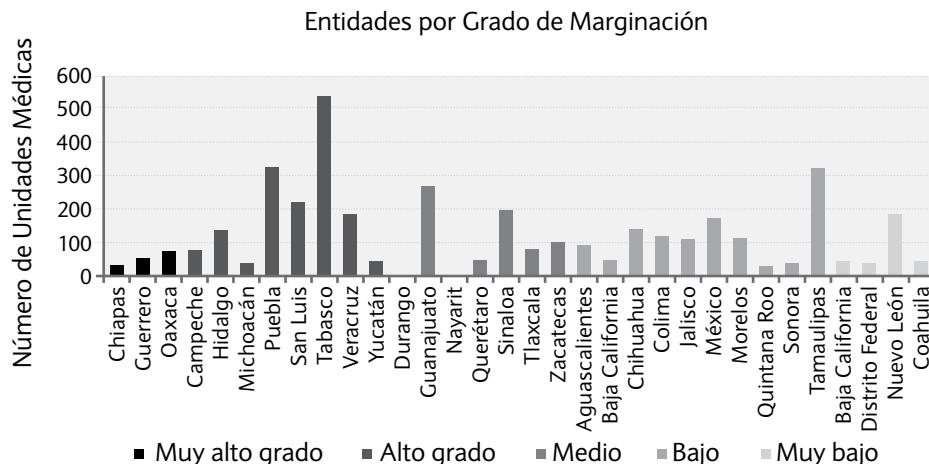
Gráfica 7
**Nuevas unidades médicas construidas con recursos del Seguro Popular
 2004-2007.**



Elaboración propia con datos obtenidos de la solicitud de información a la SSA con no. de folio 0001200233608

En lo que respecta a las redes de prestadores de servicios del SPSS, recordemos que éstas se conforman por las unidades que han sido acreditadas y que, por lo tanto, pueden ser registradas como unidades que brindan las intervenciones ofrecidas por el programa. Los resultados para esta estrategia, por medio de la cual el programa pretende aumentar la oferta de servicios, evidencian que se está lejos de garantizar una distribución equitativa en los bienes y servicios de salud, más aún cuando se compara el número de unidades con las que cuentan las entidades federativas y el grado de marginación de las mismas. Así, pueden identificarse casos como el de Chiapas, cuyo nivel de marginación es muy alto y tan sólo cuenta con 31 unidades médicas pertenecientes a la red de prestadores de servicios y el de Nuevo León, uno de los estados con mejor nivel de vida en el país que, en el extremo contrario, cuenta con 181 unidades.

Gráfica 8
Red de prestadores de servicios del Seguro Popular a 2006.¹⁴⁰



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de la solicitud de información a la SSA con número de folio 0001200233608 y del Índice de marginación por entidad de federativa de la CONAPO <http://www.conapo.gob.mx/>

Los indicadores mostrados anteriormente –que en resumen se refieren a las unidades programadas y acreditadas al SPSS, la infraestructura nueva y la red de prestadores de servicios– arrojan información elocuente en el sentido de que el elevado ritmo de afiliación de familias al seguro no ha sido coherente con disposición de infraestructura y acreditación de unidades de calidad que garanticen la prestación de las intervenciones ofrecidas por el SP. Con la lenta acreditación de unidades y la desaceleración de construcción de infraestructura nueva, cabe preguntarse si la oferta de servicios es la suficiente para dar servicios a la población en general y en particular a los beneficiarios del seguro. En otras palabras, esto quiere decir que ser afiliado o afiliada al Seguro Popular, no necesariamente implica que el derecho a la salud de todos y todas las mexicanas esté asegurado y que por ende se esté cumpliendo cabalmente con la normatividad internacional y con los lineamientos establecidos en la LCS.

Para completar el panorama, a continuación se presentan tres indicadores que dan cuenta sobre el número de médicos, consultorios y camas de las que dispone el sector salud para atender a la población abierta. En este caso se han contabilizado el total de estos recursos, pues en la práctica las unidades médicas brindan atención a la población independientemente de su afiliación al Seguro Popular.

140 2006 es el último año de actualización de la red de prestadores de servicios del Seguro Popular. Esta información fue proporcionada por la propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud por medio de la solicitud de información número 0001200095208

Tabla 8
Médicos, camas y consultorios por cada 1000 habitantes¹⁴¹
2004-2007.

Recursos	Médicos en contacto con el paciente	x cada 1000 habitantes	Camas censables	x cada 1000 habitantes	Consultorios	x cada 1000 habitantes
2004	58,481	1.1	32,716	0.6	26,655	0.5
2005	60,692	1.2	33,388	0.6	26,671	0.5
2006	64,252	1.2	33,852	0.7	27,106	0.5
2007	68,535	1.3	34,158	0.7	29,174	0.6

Fuente: Elaboración propia con insumos del Sistema Nacional de Información en Salud y del II Conteo de Población del INEGI

La información anterior muestra, no sólo la insuficiencia de recursos para atender a los más de 50 millones de personas que acuden al sector público de salud, sino que, en el periodo de estudio que ataña a este análisis, la puesta en marcha del Seguro Popular no ha implicado un aumento significativo en la disponibilidad de insumos básicos.

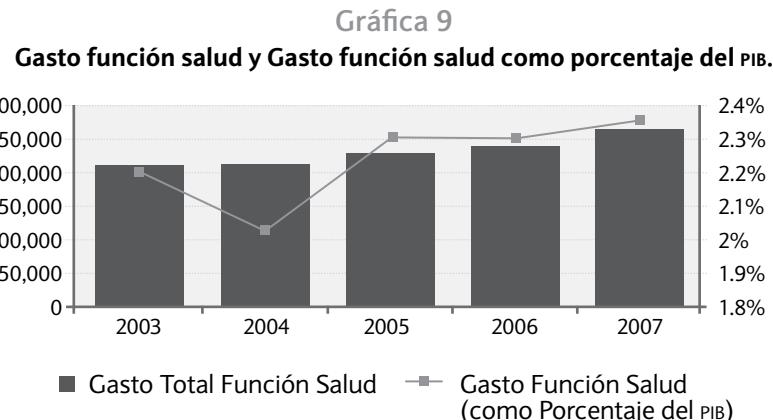
5.4.4. Gasto en salud. Más dinero, resultados poco contundentes

La realización de los DESC está íntimamente vinculada a la movilización de recursos financieros que respalden la operación de políticas sociales y garanticen la disponibilidad de bienes y servicios. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias a las que constantemente se enfrentan los Estados impiden que la realización de los derechos sociales sea inmediata, por lo que se considera que su cumplimiento es de carácter progresivo. En términos de financiamiento, esto significa que, año con año, las asignaciones presupuestarias deben incrementarse para responder a necesidades ilimitadas y a la creciente demanda de prestaciones sociales, en este caso, de servicios de salud. Cualquier disminución en la asignación de recursos se considera como un retroceso y, por lo tanto, un incumplimiento de los Estados en materia de derechos.

Como ya se había mencionado en la presentación de este documento, la inversión de recursos en el sector salud ha sido históricamente insuficiente e inequitativa, tanto en entidades federativas como entre las diversas instituciones de salud que existen en México. Recordemos justamente que uno de los objetivos explícitos de la creación del programa era construir un nuevo paradigma financiero que permitiera subsanar esta desinversión y al tiempo atender las necesidades sanitarias de la población abierta.

141 Para realizar este cálculo se consideró únicamente a la población sin seguridad social.

En el siguiente gráfico se puede observar que, pese al incremento sostenido del PIB durante de 2003 hasta 2007, el gasto de la función salud no incrementó proporcionalmente. Con esto puede observarse que, pese al aumento en el presupuesto para el Seguro Popular –que se constatará a continuación–, todavía no se han alcanzado niveles de inversión en el sector satisfactorios para el periodo estudiado.

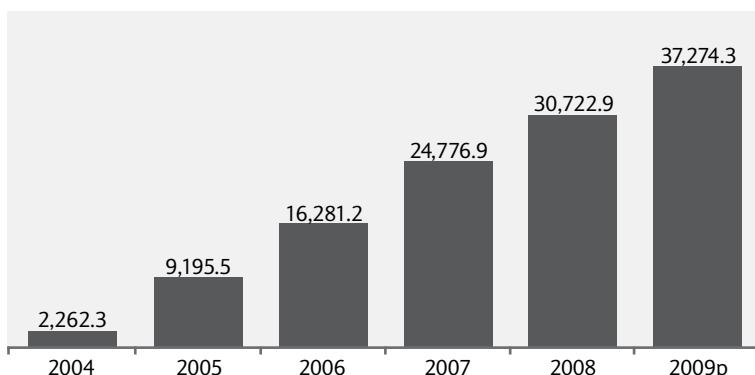


Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2008

La revisión de los datos disponibles sobre el financiamiento del Seguro Popular –y en general de los recursos asignados a la atención de la salud– a la luz de los principios de progresividad y de utilización máxima de recursos, produce resultados contradictorios. Como se verá más adelante, la contradicción radica en el hecho de que los recursos destinados a la atención de la salud –y específicamente al Seguro Popular– se han incrementado sostenidamente desde 2004, sin embargo, los resultados sobre afiliación, servicios, recursos humanos e infraestructura presentados en las secciones anteriores, no reflejan este incremento en el presupuesto del programa.

Desde 2004 y hasta 2008, el monto total asignado al Seguro Popular ha aumentado poco más de 13 veces habiendo crecido su presupuesto casi en 30 millones de pesos durante ese periodo de tiempo. No sólo eso, el financiamiento concedido a este esquema de financiamiento ha crecido de tal forma que el presupuesto del programa, en sus inicios (2004), representaba únicamente el 9.2% del total de recursos asignados a la Secretaría de Salud. Para 2008 el presupuesto del Seguro Popular implicó el 54% del presupuesto de esa dependencia.

Gráfica 10
Presupuesto aprobado para el Seguro Popular
2004-2009.

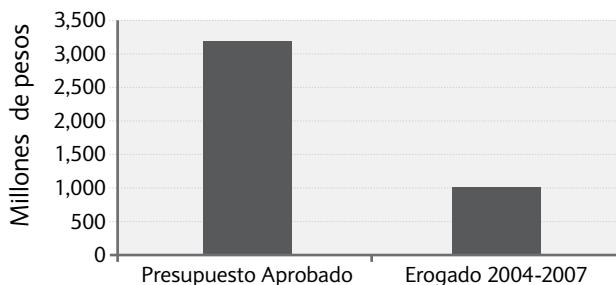


Fuente: Elaboración propia a través de una solicitud de información a la SSA, PEF 2008 y PPEF 2009

Si bien con base en esta información podría deducirse que el Estado mexicano ha cumplido con el principio de progresividad y máxima utilización de recursos en lo que se refiere a la asignación presupuestaria del SPSS, insistimos en que este incremento no necesariamente se ha materializado en un mayor acceso a la salud o en servicios de mayor calidad. Tampoco se han percibido avances contundentes a disminuir la inequidad entre zonas geográficas o grupos poblacionales.

Si se analiza cómo se ha aprovechado este aumento en el presupuesto del programa, los resultados no sólo se tornan aún más contradictorios, sino que levantan serios cuestionamientos en el terreno de la transparencia y rendición de cuentas. Este es el caso de los recursos que han sido designados a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), a la creación de infraestructura nueva. Como se explicó en el tercer capítulo de este documento, el FPP es un fondo que representa el 3% del total de los recursos del SPSS. De éstos el 1% se destina a imprevistos en la demanda de servicios y el 2% se asigna a las necesidades de infraestructura para la atención primaria en los estados más marginados de México. Para este rubro han sido invertidos, en el periodo 2004-2007, un total de 3,003 millones de pesos. De ellos, resulta sorprendente que en el mismo periodo se hayan erogado únicamente \$1,005 millones, es decir, el 30% del total de los recursos disponibles para invertir en la precaria infraestructura en salud que existe en territorio mexicano.

Gráfica 11
Fondo de Previsión Presupuestal 2004-2007*.



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la SSA a través de una solicitud de información

Es preocupante que los recursos destinados a la creación de nueva infraestructura no se estén aprovechando, siendo que uno de los problemas más graves en el acceso a la salud en México es precisamente la falta de unidades médicas en todos los niveles de atención. Llama la atención que pese a la creciente bolsa de recursos con la que cuenta cada año el programa, el impacto de este incremento presupuestario en la disminución de las desigualdades en el disfrute del derecho a la salud no se visibiliza, tal como se demostró con los indicadores desarrollados en los capítulos anteriores. Parte del problema, como se verá en la sección siguiente, es el hecho que no se conoce cómo y en qué es ejercido el presupuesto a nivel estatal. El dinero que se asigna a las entidades federativas se otorga sin que medie mecanismo alguno para la rendición de cuentas.

Finalmente, es importante destacar un indicador que se desprende de uno de los objetivos explícitos con los que fue puesto en marcha el Seguro Popular: el gasto de bolsillo. En términos globales, el financiamiento del sistema de salud proviene de tres fuentes principales: 1) recursos públicos, que se traduce en los presupuestos asignados por el gobierno; 2) contribuciones a la seguridad social, obtenidas a partir de impuestos a la nómina y en la que participan tanto empleadores como trabajadores y 3) gasto privado, que se compone del prepago privado a compañías aseguradoras y del gasto de bolsillo, que realizan de manera directa los hogares en el momento de demandar un servicio de salud. En el gasto de bolsillo se consideran los egresos relacionados tanto con la atención como aquellos necesarios para acceder a ésta.¹⁴²

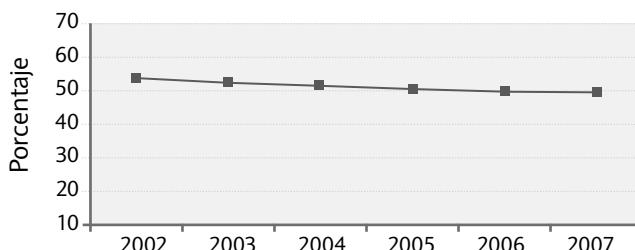
En 2002, se calculaba que en México la suma de recursos públicos y de seguridad social representaba el 45% del gasto total en salud, el 3% provenía del prepago pri-

142 Xu K. Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges. En: Murray C, Evans D. Health System Performance Assessment. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2003

vado y el 53% del gasto directo de bolsillo. La alta proporción del gasto de bolsillo registrada ese año es preocupante por un lado, porque refleja que no existe plena garantía a los servicios de salud. Por otro lado, este tipo de expendio privado, es injusto porque rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de equidad en salud que señala que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes.

La reforma a la Ley General de Salud y la consecuente creación del Seguro Popular, nacieron con la intención expresa de brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud así como de disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en este rubro.¹⁴³ Para reforzar estos propósitos, el Programa Nacional de Salud 2006-2012 planteó como objetivo evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud¹⁴⁴ para lo cual se trazaron dos metas específicas: la disminución del gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud y la reducción en 10% de la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos.¹⁴⁴

Gráfica 12
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud
2002-2007.



Fuente: Solicitud de información a través de INFOMEX número 0001200250609

Pese a las intenciones del Seguro Popular, los datos demuestran que el gasto de bolsillo no se ha reducido significativamente en el periodo de estudio. Como puede verse en el gráfico, de 2004 –año en que se creó el SP– a 2007, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ha disminuido únicamente .6%, lo cual sigue siendo inaceptable en términos de derechos, pues se demuestra que el Estado mexicano continúa delegando su responsabilidad de financiar la salud a la población. El hecho de que las personas sigan siendo las principales contribuyentes del sistema es un claro reflejo de su inefficiencia, pero sobre todo de un sistema de salud

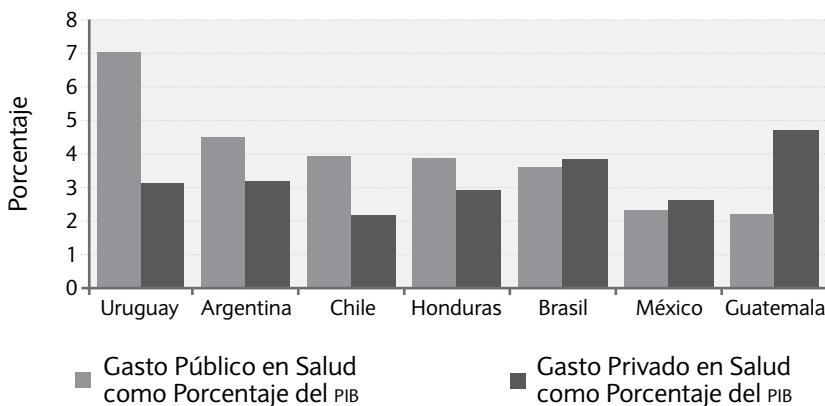
143 Secretaría de Salud, op. Cit., p. 27

144 Ver Plan Nacional de Salud 2006-2012,

en el que el Estado no ha asumido con suficiente contundencia su obligación de ser el garante de los derechos sociales. A la luz de esta información, sobra decir que la meta de reducción del gasto de bolsillo a 48% se vislumbra como poco probable para finales de este sexenio.

Pese al incremento en las asignaciones presupuestarias al Seguro Popular, la inversión en la salud en nuestro país sigue siendo baja y el gasto privado continúa representando un altísimo porcentaje del financiamiento en el sector. A nivel regional México es, según recientes datos de la Organización Panamericana de la Salud, uno de los países cuyo gasto público en salud es menor. En contraste, el gasto público representa el mayor sustento de la inversión en salud como porcentaje del PIB.

Gráfica 13
Gasto público y privado como porcentaje del PIB en países de la región latinoamericana 2008.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Información y Análisis de la Salud: Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington, D.C, 2008

Los indicadores el gasto en salud confirman que en México no se ha subsanado con suficiente contundencia el problema de la falta de recursos de la que ha padecido este sector desde hace varias décadas. Sin recursos suficientes para atender las necesidades sanitarias de la población, el derecho a la salud expresado en el artículo cuarto constitucional permanecerá en el ámbito de la retórica.

5.5. Rendición de cuentas y participación ciudadana

La rendición de cuentas, en el contexto del derecho a la salud, se refiere al proceso que obliga al gobierno a mostrar, explicar y justificar cómo ha cumplido sus obligaciones relacionadas con la materia. La rendición de cuentas también proporciona a los sujetos de derecho la oportunidad de comprender la forma en la que el gobier-

no ha cumplido con sus obligaciones adquiridas en torno a la realización de este derecho. Si en el proceso se descubre que ha habido una falla por parte del Estado o sus agentes en la observancia de los compromisos, los sujetos de derecho deberán de contar con remedios efectivos para revertir los errores y omisiones,¹⁴⁵ como parte de una gama amplia de mecanismos de exigibilidad.

Asimismo, parte de la realización de los DESC está íntimamente relacionada con el aseguramiento de mecanismos e instituciones encaminados a la promoción de la participación ciudadana. A su vez, la participación ciudadana está determinada por el cumplimiento de otros derechos, como son el derecho a la información, a la libre expresión y a la educación. El derecho a la información es particularmente importante para hacer efectiva la rendición de cuentas y la participación, ya que obliga a los Estados a brindar *oportunamente* los elementos para evaluar y fiscalizar las políticas y decisiones que afectan directamente a una sociedad, creando mejores condiciones para integrar a los sectores que la componen en los procesos políticos y sociales.¹⁴⁶ En síntesis, la obligación del Estado de rendir cuentas, la participación de la ciudadanía y el acceso a la información representan condiciones necesarias para el disfrute de la ciudadanía.

Analizado a la luz de estos tres componentes, el Seguro Popular todavía deja mucho que desear para la concreción del derecho a la salud. En términos de rendición de cuentas, se pudo constatar que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través de los reportes anuales y semestrales que el organismo emite, ha concentrado una parte importante de sus esfuerzos en informar todo lo concerniente a los resultados de cobertura del programa. Si bien es positivo que se dé amplia cuenta sobre este proceso y la atención a grupos específicos, los datos no permiten ciertos tipos de comparación como, por ejemplo, el número de afiliados indígenas o en zonas rurales con respecto al total de esa población sin seguridad social, lo que hace difícil medir los avances conforme a las necesidades más apremiantes.

Por otro lado, poco se ha hecho en los informes por añadir indicadores de proceso y resultados que reflejarían cómo el programa ha impactado en la mejoría de la salud de sus beneficiarios. También se desconocen aspectos específicos sobre la calidad, disponibilidad y accesibilidad de infraestructura, servicios y bienes –específicamente medicamentos– proporcionados por el programa. Cabe también señalar que resulta irónico que en el apartado denominado “Transparencia y rendición de cuentas”, de los informes de la CNPSS, la única información que se publica es la relacionada con el número y tipo de solicitudes de información vinculada con el programa.

¹⁴⁵ Traducción propia de Helen Potts, *Accountability and the Right to the highest Attainable Standard of Health*, Human Rights Centre, University of Essex, Open Society Institute, 2007, p. 13

¹⁴⁶ Víctor Abramovich, *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*, en Revista de la CEPAL, abril 2006, p. 46

También es preocupante que se no se provean indicadores que vinculen los resultados del Seguro Popular con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), que –al menos en teoría- representa la visión nacional en la materia. De esta forma, se invisibilizan los resultados del programa más importante de salud del Gobierno Federal en temas de supuesta prioridad nacional, como por ejemplo la mortalidad materna e infantil, cuya disminución está planteada como metas del PROSESA para disminuir la desigualdad en grupos vulnerables. Otra omisión grave está relacionada con la desinformación acerca de la reducción de gastos catastróficos. En su concepción, uno de los objetivos primordiales del Seguro Popular fue la reducción de este tipo de expendios. Así mismo, en el PROSESA se establece la meta de disminuir en 44% el gasto de bolsillo y en 10% la proporción de hogares que incurren en estos gastos por motivos de salud. Los informes de la CNPSS no sólo no publican esos datos, sino que, de acuerdo a la respuesta a una solicitud de información dirigida a la Secretaría de Salud en poner mes y año, no se elabora en esta forma.¹⁴⁷

Tampoco existe información pública relacionada con las metas, de manera que pueda evaluarse de forma integral si el programa ha cumplido con lo prometido. Ya la ASF había denunciado desde el inicio del funcionamiento del programa que la CNPSS no producía indicadores ligados a metas, como sucede con el tema de la acreditación de unidades médicas.

Más allá de los reportes producidos por la comisión, tampoco existen mecanismos de rendición de cuentas exhaustivos sobre la operación e impacto del programa. Un ejemplo de ello es lo que sucede con el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), recientemente implementado por el Gobierno Federal como una herramienta para evaluar la ejecución de los programas asociado al gasto. En el Informe sobre la Situación Económica y la Deuda Pública del primer trimestre de 2008, la Secretaría de Hacienda reportó los primeros avances del SPSS a través del SED. En él, el único indicador considerado para evaluar al programa es, de nueva cuenta, el porcentaje de afiliación de familias al programa. Nuevamente, no se considera ninguna otra medición que dé cuenta del impacto del programa en la salud de sus beneficiarios como, por ejemplo, la disponibilidad de los servicios, surtimiento de medicamentos, y tantos otros temas de los que se debería tener información. Esto es todavía más grave considerando que el presupuesto para el seguro es cada vez mayor y que justamente el SED busca realizar el vínculo entre presupuesto asignado e impacto del gasto.

Dando continuidad al tema del gasto, también debe señalarse la opacidad que prevalece en el ejercicio del gasto del Seguro Popular. El gasto que es transferido y

147 A través de la solicitud de información al IFAI con número de folio 0001200211408 que pedía datos desagregados por estado sobre gasto de bolsillo de 2004-2007, la Secretaría de Salud respondió que la información era pública a través del SINAIS (<http://sinais.salug.gob.mx>). Sin embargo, en ella sólo se da cuenta del gasto privado en salud (información que en la página en cualquier caso aparece como no disponible), sin desagregar en gasto de bolsillo como gasto privado. Se sugirió también consultar la Encuesta Nacional sobre Ingresos y Gastos de los Hogares de 2004, información que está, por demás decirlo, desactualizada.

ejercido por los estados es particularmente difícil de monitorear y evaluar. Si bien pueden conocerse los montos a través del Proyecto de Egresos de la Federación, los acuerdos de coordinación entre la federación y las entidades e incluso por medio de los reportes producidos por la propia CNPSS, la información sobre cómo, en qué se ejercen esos recursos y su impacto en el acceso a la salud de la población es totalmente desconocida. Lo anterior puede interpretarse como una violación a la LCS que, entre otras cosas, obliga a los servicios estatales a difundir toda la información disponible sobre el manejo financiero del programa.

En cuanto al tema de participación ciudadana, los hallazgos son aún más desalentadores. Pese a que también por ley se establece que la SSA está obligada a promover la participación de todos los sectores sociales en el sistema nacional de salud y a tomar en cuenta sugerencias recibidas por los usuarios de los servicios¹⁴⁸, no existe información pública que dé cuenta sobre cuáles y cuántos son los mecanismos que existen para incentivar la participación de los y las beneficiarias del programa. Ante esta falta, se realizó una solicitud de información al respecto a la Secretaría de Salud. La respuesta de la institución fue clara: “No existen medios para involucrar a la gente en los procesos de diseño, monitoreo y evaluación del programa”¹⁴⁹.

Ante la carencia de mecanismos de participación ciudadana y la deficiente rendición de cuentas sobre el Seguro Popular, difícilmente se podrá hacer exigible el derecho a la salud a través de un programa de gran envergadura como es éste. Bajo estos términos tampoco es posible la construcción de una ciudadanía íntegra que habilite la integración social y política de la población más vulnerable. Los DESC son potestades de las personas tanto como obligaciones de los Estados, por ello la participación y el control ciudadano representan garantías para su realización¹⁵⁰.

5.6. Conclusiones y recomendaciones

La reforma a la Ley General de Salud y la consecuente puesta en marcha del Seguro Popular, supuso un nuevo paradigma de política pública para brindar atención sanitaria a la población carente de seguridad social. Bajo un esquema de discriminación positiva, los lineamientos de la LCS establecieron que se priorizaría a los grupos poblacionales más vulnerables y se garantizaría la disponibilidad cuantitativa y cualitativa de las intervenciones sanitarias, así como de los medicamentos asociados a ellas. Asimismo, el programa contempla en su diseño líneas estratégicas para subsanar la falta de infraestructura y la desinversión en el sector.

148 Artículo 10 de la Ley General de Salud

149 Solicitud de información a la Secretaría de Salud con folio número 0001200074109

150 Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*, IIDH, CEPAL, San José Costa Rica, 1997, p. 45

A pesar de las intenciones del programa plasmadas en la LGS, este estudio presenta hallazgos que apuntan a que en el periodo de tiempo estudiado, el Seguro Popular no ha contribuido de forma estructural a la realización del derecho a la salud de todas y todos los mexicanos. Más allá de lo establecido en la ley, en la práctica la operación del programa no ha sido contundente en el establecimiento de condiciones para asegurar la igualdad en acceso a la salud, especialmente por parte de grupos desfavorecidos social y económicamente. Al fallar el Estado mexicano en la provisión de acciones compensatorias efectivas en el ámbito de la salud, queda también pendiente el disfrute de la dimensión social de la ciudadanía, lo que evidencia que no existen en nuestro país condiciones esenciales que garanticen una verdadera democracia sustantiva.

Las pruebas que respaldan esta conclusión se clasifican a lo largo de este estudio a partir de algunos aspectos importantes relacionados con la operación del programa –diseño, afiliación, servicios, infraestructura, recursos humanos y recursos financieros. A partir de estas líneas de investigación, las conclusiones pueden a su vez exponerse a la luz tanto de los elementos esenciales de derecho a la salud, como de las obligaciones de respetar, cumplir y proteger asumidos por los Estados, a saber:

Accesibilidad- Pese a la discriminación positiva que pretende la estrategia de cobertura del seguro, las acciones en este sentido poco han contribuido a la eliminación de las inequidades que desde hace décadas han sufrido entidades y grupos específicos de la población mexicana. En el ámbito de la afiliación se observó que, pese a que la LGS dicta que el proceso de afiliación debía priorizar zonas rurales, comunidades marginadas y familias indígenas, la evidencia demuestra lo contrario, pues hasta 2007 el programa ha privilegiado la afiliación de zonas urbanas sobre las rurales. Asimismo los estados con mayor número de familias indígenas como Chiapas y Oaxaca, no han logrado una cobertura satisfactoria. Con ello quedó demostrado que pese a la discriminación positiva que implica la estrategia de cobertura del Seguro, las acciones en este sentido poco han contribuido a la eliminación de las inequidades que desde hace décadas han sufrido entidades y grupos específicos de la población mexicana, quedando con ello irresuelto el aspecto de accesibilidad de servicios.

A finales de 2007, poco más de 18 millones de personas habían sido afiliadas al Seguro Popular. Sin embargo, ha habido una importante desaceleración en el proceso de afiliación de las familias. Las cifras demuestran que será difícil llegar a la meta del total de personas sin seguridad social afiliadas para 2010. Aunado a esto, los estados con mayor porcentaje de población abierta Oaxaca, Guerrero y Chiapas –irónicamente los tres estados más marginados del país y dos de los que tienen mayor población indígena– resultaron ser las entidades con avances de cobertura muy poco satisfactorios: 37, 28 y 19%, respectivamente.

Disponibilidad- Si bien se han construido 103 centros de salud, sólo ocho hospitales han sido erigidos desde 2004. A pesar de que el Plan Maestro de Infraestructura señala que la construcción de unidades privilegiará municipios de alta y muy alta marginación, se ha corroborado que tres de estos hospitales están situados en municipios de muy baja marginación y dos de ellos en municipios de marginación media, lo que implica que sólo tres unidades de este tipo dan servicios en lugares de alta y muy alta marginación.

Calidad- A lo largo del documento se expusieron indicadores que permiten ver que la calidad en la entrega de servicios del Seguro Popular no es óptima. Así lo demuestra, por ejemplo el precario número de recursos humanos y físicos de los que dispone el sector salud para atender a la población abierta. Para 2007, se cuenta a nivel nacional con 1.3 médicos, .7 camas y .6 consultorios por cada mil habitantes, lo cual es claramente insuficiente para dar un servicio médico de calidad.

Además, existe un retraso en la incorporación y acreditación –que es el proceso medida que garantiza la calidad en la prestación de los servicios médicos- de las unidades médicas. La lenta acreditación de no se corresponde con los más de 18 millones de afiliados al Seguro Popular, lo que hace posible concluir que la demanda no tiene un respaldo cualitativo en la oferta sanitaria.

No discriminación- El privilegio que se ha dado a la cobertura en zonas urbanas, estados de baja y muy baja marginación, así como la falta de contundencia en la afiliación de poblaciones indígenas demuestra que no se ha hecho suficiente por integrar a grupos desfavorecidos al acceso a servicios de salud. Existe, en este sentido, una discriminación implícita hacia los sectores más necesitados de la población.

Participación ciudadana y rendición de cuentas- La revisión en este ámbito evidenció que ambos temas quedan pendientes en la operación del programa, pese a que ambos están señalados por la LCS. En particular, no se ha desarrollado un sistema que informe de manera amplia cómo el Seguro Popular ha impactado en la mejora de la salud de las personas, la calidad y acceso a servicios, recepción de medicamentos y mucha más información relacionada con temas sustanciales relacionados con el derecho a la salud. Es lamentable que los esfuerzos de rendición de cuentas sobre el programa hayan quedado prácticamente estancados en el tema de la afiliación. También es relevante que no se pueda acceder a información que dé cuenta de cómo y en qué se ha ejercido el gasto que es transferido a las entidades federativas, habiendo ahí una cantidad importantísima de recursos de los cuales se desconoce su aprovechamiento. Asimismo, alarma el hecho de que no se hayan hecho efectivos los mecanismos de participación ciudadana en el diseño, monitoreo y evaluación del seguro.

Máxima utilización de recursos- Si bien se ha observado que año con año el presupuesto asignado a este programa ha incrementado de manera sostenida, la cada vez más inflada bolsa de recursos no se ve reflejada en una mejora contundente en el acceso a servicios de salud por parte de la población.

Además, la inversión en salud como porcentaje del PIB sigue siendo muy baja, tanto que en la región México es uno de los países que menos destina recursos a la salud, estando a penas por encima de Guatemala. Se observó también que no se ha logrado uno de los objetivos principales del SP, que es la disminución del gasto de bolsillo: para 2007 sigue siendo la población quién financia poco más del 50 por ciento del gasto total en salud.

Por si fuera poco, se identificó que los recursos existentes no son aprovechados a pesar de las innegables carencias que existen en el sector. Este es el caso del Fondo de Previsión Presupuestaria –concebido para la creación de infraestructura-, del cual sólo han sido erogados el 30% de sus recursos de 2004-2007.

En suma, puede aseverarse que el ritmo de afiliación de familias –que no ha resuelto las inequidades en el acceso a la salud– tampoco ha sido coherente con la existencia de infraestructura y acreditación de unidades de calidad que la garanticen y la disponibilidad en prestación de las intervenciones ofrecidas por el programa. El Seguro Popular tampoco cuenta con recursos humanos suficientes y las consultas por afiliado tampoco han repuntado con la integración de nuevos beneficiarios. Aunado a esto, preocupa que la creciente asignación de recursos no se vea reflejada en la progresión del derecho a la salud. Parte de este problema radica también en el hecho que no existen mecanismos de rendición de cuentas eficientes que visibilicen cómo se ha ejercido la cada vez más grande bolsa de dinero con la que cuenta el programa ni cómo ésta ha impactado en la mejora de la salud de la población mexicana. Con todo lo anterior, cabe preguntarse si ser afiliado o afiliada al Seguro Popular garantiza realmente el ejercicio del derecho a la salud en todas sus dimensiones.

Recomendaciones

- Que la CNPSS haga efectiva la priorización de grupos indígenas, zonas rurales y estados y municipios marginados en el proceso de afiliación. Si bien podría alegarse, desde el punto de vista oficial, que finalmente en unos años la totalidad de las personas no derechohabientes estarán integradas al programa en 2010, la prioridad debía haber sido desde el inicio, atender los rezagos. Insistimos en que si éstos no se han atendido con suficiente contundencia en las acciones de cobertura, difícilmente los grupos más vulnerables tendrán satisfechas sus necesidades sanitarias en cuestiones más sustantivas, como ya se verá más adelante.
- Que la CNPSS ponga en marcha mecanismos reales de participación ciudadana establecidos en el artículo 10 de la LGS. Debe ponerse particular atención en

involucrar a los usuarios en el monitoreo y fiscalización del programa. Que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público adicione, en el Sistema de Evaluación del Desempeño, indicadores relacionados con la calidad, disponibilidad, aceptabilidad cultural y accesibilidad en los términos de la O.G. 14 del PIDESC en la entrega de bienes y servicios del programa. Asimismo, deben incorporarse indicadores sobre morbilidad y mortalidad, de forma que pueda medirse el impacto del programa en la salud de la población. Todos estos indicadores deben estar desarrollados, al menos, por sexo, etnia y zonas rurales y urbanas.

- Es indispensable que las entidades federativas rindan cuentas sistemática y detalladamente sobre el ejercicio de los recursos y su impacto en la calidad, disponibilidad y aceptabilidad cultural, así como del impacto en la salud de la población a nivel estatal. Para ello, la CNPSS deberá concentrar y exigir a los estados esta información, sistematizarla y hacerla pública.
- Que la CNPSS transparente el manejo de recursos provenientes del Fondo de Previsión Presupuestal. Asimismo, exigimos que los recursos se ejerzan de forma eficiente, pues son prioritarios para ampliar y mejorar la oferta de infraestructura sanitaria de por sí precaria y distribuida bajo criterios inaceptables en el territorio nacional.
- La CNPSS debe acelerar los procesos de acreditación y certificación de unidades médicas, pues la presión puesta en el ritmo de afiliación para lograr cobertura total para 2010 pone en riesgo el acceso de los y las beneficiarias a intervenciones de calidad.
- Es indispensable repensar los presupuestos destinados a la salud en México, pues aunque la bolsa de recursos para el Seguro Popular haya incrementado año con año, la inversión en el sector sigue siendo muy baja. Es particularmente relevante elevar el gasto de forma sustantiva y contundente en infraestructura, equipo médico y recursos humanos, pues de ello depende tanto la calidad en el acceso a la salud, como la disminución del gasto de bolsillo.

Anexo I

Mapeo de lineamientos de la Observación General 14, derivados de la Ley General de Salud y el PIDESC

PIDESC Observación General 14 (Elementos básicos en bie- nes y servicios de la salud)	Legislación mexicana
	<p>Artículo 35 de la Ley General de Salud: “son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”.</p> <p>Artículo 25 de la Ley General de Salud: “conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”.</p>
Accesibilidad -no discriminación -acceso físico y geográfico -acceso económico -acceso a la información	<p>Artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud: Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención, principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.</p> <p>Artículo 77 Bis 36 de la Ley General de Salud: Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir, bajo ningún tipo de discriminación, los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto Federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.</p> <p>Artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Recibir servicios integrales de salud. II. Acceso igualitario a la atención. III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad. IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios.

Aceptabilidad	<p>Artículo 2: “La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud...”</p>
	<p>Artículo 23 de la Ley General de Salud: “Para efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.</p> <p>Artículo 2 de la Ley General de Salud: El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.</p> <p>Artículo 3 de la Ley General de Salud: Es materia de salubridad general: “La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud”.</p>
Disponibilidad	<p>Artículo 29 de la Ley General de Salud: “Del cuadro básico de insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera...”</p> <p>Artículo 7 de la Ley General de Salud: “Le corresponde a la Secretaría de Salud coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.”</p> <p>Artículo 77 Bis 10 de la Ley General de Salud: Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.</p>

Calidad	<p>Artículo 6 de la Ley General de Salud: El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”.</p> <p>Artículo 77 Bis 9 de la Ley General de Salud: La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud.II. Aplicación de exámenes preventivos.III. Programación de citas para consultas.IV. Atención personalizada.V. Integración de expedientes clínicos.VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos.VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.
No discriminación	<p>Artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud...”</p> <p>La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios...”</p>

PIDES Observación General 14 (Obligaciones mínimas del Estado para cumplir con la realización del derecho a la salud)	Legislación mexicana
Facilitar medicamentos esenciales	<p>Artículo 29 de la Ley General de Salud: “Del cuadro básico de insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera...”</p>
Información y rendición de cuentas (contenido normativo párrafo 11 y párrafo 55 de rendición de cuentas)	<p>Artículo 7 Ley General Salud: “Le corresponde a la Secretaría de Salud determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables y promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud”.</p> <p>Artículo 13 Ley General Salud: “Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional.”</p> <p>Artículo 77 Bis 31 de la Ley General de Salud: “...los estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental. ...tanto la Federación como los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos...”</p>

Participación (contenido normativo párrafo 11)	<p>Artículo 10 de la Ley General de Salud: “La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.”</p> <p>Artículo 58: La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de:</p> <p>V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud.</p>
Justiciabilidad	<p>Artículo 4º. Constitucional: “...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...”</p> <p><i>(Interpretación de este artículo como garantía individual, lo que permite al gobernado acudir a una instancia jurisdiccional en caso de violación)</i></p>

Anexo II

Indicadores estructurales de derecho a la salud

Los indicadores estructurales indagan sobre las estructuras, sistemas y mecanismos que supone la realización del derecho a la salud. Suelen construirse a partir de una pregunta a la cual simplemente debe responderse de manera afirmativa o negativa, por lo que representan un método para obtener información de manera sencilla. A continuación se presentan los indicadores estructurales elegidos para identificar el marco normativo del derecho a la salud en México,

1. ¿El derecho a la salud está consagrado en la Constitución?

Sí. Desde 1983 se estableció en el Artículo 4º, capítulo primero de la Constitución –que versa sobre las garantías individuales–, “toda persona tiene derecho a la protección de la salud.”

De forma complementaria, en el artículo. 77 Bis 1 de la Ley General de Salud (LGS) se establece: “todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”.

Aunque la protección de la salud está plasmada a nivel constitucional, el Artículo 4º no necesariamente menciona los elementos esenciales que garantizarían que el derecho a la salud implica bienes y servicios de calidad, accesibles, aceptables y disponibles, tal y como se señala en la o.c. 14.

En términos de justiciabilidad, vale mencionar que en el debate contemporáneo de los derechos humanos en México existen dos interpretaciones jurídicas diferentes. Una de ellas es la que se refiere a los derechos como “garantías sociales”. Esta definición implica que el Estado debe proveer de las condiciones para que los derechos puedan ejercerse; sin embargo, visto desde esta perspectiva, los derechos no son accionables, lo que quiere decir que no pueden hacerse valer mediante juicio y carecen de tutela jurisdiccional. La segunda interpretación es más positiva para darle contenido a la justiciabilidad de los derechos, ya que éstos se conceptualizan como “garantías individuales” que, entendidos así, implica que cualquier derecho puede ser reclamado a través de una instancia jurisdiccional en caso de violación.¹⁵¹

2. ¿Está prevista en la Constitución la gratuidad de los servicios de salud?

No. En la Constitución no está establecido que los servicios de salud serán gratuitos. Por su parte, en el artículo 77 bis. 21 de la LGS, se establece que las familias bene-

¹⁵¹ Eduardo González Pier, Et. Al, Coord., *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, financieros y operativos*, FCE, Secretaría de Salud; Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006, p. 66

ficiarias del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas (con la salvedad de las familias pertenecientes a los dos primeros deciles de ingreso, que quedarán exentas de toda cuota). Adicionalmente, en el artículo 77 bis. 26 se señala que el nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al SPSS. Sin embargo, como se constató a lo largo del estudio, el pago de una cuota anual, a partir del tercer decil de ingreso, es obligatoria para acceder a los servicios de salud prestados por el Seguro Popular.

3. El Estado mexicano ha ratificado pactos internacionales relacionados con el derecho a la salud como:

- a. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales- Sí, en marzo de 1981.
- b. Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW- Sí, signado en julio de 1980 y ratificado en julio de 1981.
- c. Convención de los Derechos del Niño- Sí, signado en enero de 1990 y ratificado en septiembre de 1990.
- d. Convención para la Eliminación de la Discriminación Racial- Sí. Signado en noviembre de 1966 y ratificado en febrero de 1975.

4. ¿Está incorporada la obligación mínima de los estados a que hace referencia el PIDESC sobre garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que se refiere a los grupos marginados?

Sí. En el artículo 77 Bis. 36 del apartado sobre derechos y obligaciones de los beneficiarios, en la LSC se ha estipulado que éstos tienen derecho a recibir, bajo ningún tipo de discriminación, los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos. Asimismo, se señala que debe haber un acceso igualitario a la atención médica. Sin embargo, no se hace referencia explícita a grupos marginados.

5. ¿El Estado ha diseñado un programa nacional de salud?

Sí. Existe el Programa Sectorial de Salud (PROESA) 2007-2012 que fue lanzado un año después de haber iniciado el sexenio de Felipe Calderón. Este programa incluye objetivos, estrategias y metas considerando a todas las instituciones pertenecientes al sector salud: Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, etc. A su vez, el PROESA está relacionado de forma directa con objetivos específicos del Plan Nacional de Desarrollo pertenecientes al eje “Igualdad de Oportunidades”, estos objetivos se retoman de forma íntegra en el PROESA: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico

universal; y, 5), garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.

Paralelo al PROESA, existe el Programa Nacional de Salud, que se plantea los mismos cinco objetivos que el programa sectorial. La diferencia que existe entre uno y otro es que éste último fue diseñado sugiriendo objetivos, metas y estrategias dirigidas a la población sin seguridad social.

6. ¿El programa nacional de salud contempla el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que se refiere a los grupos marginados?

El objetivo 2 del PROESA, “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”, pretende reducir las brechas en salud en la población. Para ello, se plantea dos metas específicas: disminuir a la mitad la tasa de mortalidad materna y disminuir 40% la mortalidad infantil, ambas acciones en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

7. El Programa Nacional de Salud contempla programas dirigidos a población específica como:

En el PROESA no se menciona ningún programa dirigido a esta población en específico. No obstante, existen algunas metas y estrategias relacionadas con la salud de las mujeres y de los indígenas.

- a. Niños- Dentro del Programa de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, cuya rectoría está a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, se circunscriben varios programas dentro de los cuales algunos tienen relación directa con la salud infantil, como el Programa de Atención y Prevención de Embarazos y Adolescentes o el de Atención a la Salud del Niño-
- b. Mujeres (ver siguiente pregunta)
- c. Indígenas- En la estrategia 5 del PROESA, existe una línea de acción Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas. Así mismo, existen otras acciones específicas para este grupo poblacional, como son la prevención de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en la infancia; la incorporación del enfoque intercultural en la capacitación del personal de salud; capacitación a los prestadores y usuarios de los servicios de salud sobre el conocimiento de las medicinas tradicional y complementaria, etc.
- d. Personas con capacidades diferentes- Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Fuentes de información

Bibliografía

Alberto L. Olvera, Et. Al, *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil: participación ciudadana y control social*, Porrúa, 2006

Alicia Ziccardi, comp., *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 2002

Auditoría Superior de la Federación, *Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005*

Carlos Vilas, *De ambulancias, bomberos y policías: La política social de neoliberalismo, Desarrollo Económico*. Revista de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Vol. 36, No. 144, enero-marzo, pp. 931-951, 1997

Daniela Díaz, coord. Fundar, *Muerte materna y Seguro Popular*, Centro de Análisis e Investigación, México, 2007

Eduardo González Pier, Et. Al, Coord., *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, financieros y operativos*, FCE, Secretaría de Salud; Fundación Mexicana para la Salud, Instituto nacional de Salud Pública, México, 2006

Helen Potts, *Accountability and the Right to the highest Attainable Standard of Health*, Human Rights Centre, University of Essex, Essex, Open Society Institute, 2007

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*, IIDH, CEPAL, San José Costa Rica, 1997

Jasmine Gideon, Accessing Economic and Social Rights under Neoliberalism: gender and rights in Chile, Third World Quarterly, 2006

Luis Miguel Ugarte, *Política social y democracia: Un “nuevo” paradigma*, en Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, 2005

Ernesto Isunza Vera, Et. Al., *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil: participación ciudadana y control social*, Porrúa/CIESAS, 2006

Organización Panamericana de la Salud, *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2004
Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del programa Salud

para todos (Seguro Popular de Salud), Diario Oficial, Secretaría de Salud

Sara Gordon, Ciudadanía y derechos sociales: ¿criterios distributivos?, en Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina

Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Secretaría de Salud, México, 2001

Sistema de Protección Social en Salud, Informes de resultados 2005, 2006 y 2007

Víctor Abramovich, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, en Revista de la CEPAL, abril 2006

World Health Organization, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, WHO, 2002

Fuentes electrónicas

www.eluniversal.com.mx

www.jornada.unam.com.mx

www.reforma.com

<http://www.seguropopular.salud.gob.mx>

www.asf.gob.mx

www.inegi.gob.mx

www.sisi.org.mx

<http://www.sinais.salug.gob.mx>

www.tlachinollan.org

<http://portal.salud.gob.mx/>

Marco legal

Ley General de Salud

Reglamento a la Ley General de Salud

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

6. Dos padecimientos de la pobreza y la exclusión en Chiapas: la desnutrición y la tuberculosis

Marcos Arana-Cedeño^{152*}

152 Defensoría del derecho a la Salud/Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos. Investigador del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Glosario de términos

CIDH- Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CMDPDH- Comisión Mexicana para la Defensa y Protección de los Derechos Humanos

CONAPO- Consejo Nacional de Población

ENSANUT-Encuesta Nacional de Nutrición

FAO- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

IDS-Indicador sobre desnutrición desarrollado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que mide siete variables Déficit de talla, índice de marginación, mortalidad infantil, mortalidad preescolar, defunción por enfermedades diarreicas y respiratorias y porcentaje de población indígena

INEGI- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

OMS- Organización Mundial de la Salud

OPS-Organización Panamericana de la Salud

SHCP-Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SINAVE- Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica

SSA-Secretaría de Salud

TB-Tuberculosis

TB MDR- Tuberculosis multi-drogoresistente

TAES- Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

*“Para nosotros, la salud es la vida sin humillación;
humillación es no tener lo que a toda persona le corresponde”*

Promotores indígenas de salud

Moisés Gandhi, Chiapas, 1996.

Presentación

En Chiapas, la desnutrición y la tuberculosis son dos problemas de salud persistentes que por su marcada determinación social, reflejan, de manera irrefutable, la existencia de una larga historia de pobreza, explotación y exclusión. Estas condiciones son, en suma, el fruto de la manera en la que las poblaciones de Chiapas se han relacionado históricamente entre sí y con el medio ambiente, pero también del grado en el que el Estado ha cumplido o dejado de cumplir con sus obligaciones.

Las condiciones de salud son en gran medida, el resultado de la capacidad que tienen las personas o las poblaciones para ejercer sus derechos, especialmente los derechos económicos, sociales y culturales.

Difícilmente podemos encontrar otros problemas de salud como la desnutrición y la tuberculosis que nos ilustren mejor el desempeño del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones básicas y la forma en la que los integrantes de la sociedad se organizan para producir y distribuir los bienes y servicios.

México es un país de gran diversidad biológica y cultural, pero al igual que muchas otras naciones latinoamericanas, está marcado por una profunda desigualdad social. Uno de los lugares del país en donde estos contrastes adquieren una mayor dimensión es Chiapas. A pesar de que este estado es poseedor de importantes recursos naturales, presenta el menor índice de supervivencia infantil¹⁵³, el mayor porcentaje de población en pobreza alimentaria¹⁵⁴ y una de las más altas tasas de desnutrición y tuberculosis.

El Producto Interno Bruto per Cápita del país ha crecido desde 2,490 dólares en 1990 a 8,190 en 2007, lo cual lo coloca entre los países de ingreso medio. En contraste, Chiapas es el estado con el PIB per cápita más bajo del país, con 3,349 dólares, más de seis veces inferior al del Distrito Federal¹⁵⁵.

El estado está formado por 118 municipios y cuenta con 4'532,581 habitantes, de los cuales el 23.25% vive en 44 municipios considerados de muy alta marginalidad y 46.66% en 66 municipios de alta marginalidad¹⁵⁶.

153 Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006*. México: CDI-PNUD.2006.

154 Según la publicación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Los Mapas de Pobreza en México*. México. 2007. En este documento se definen tres niveles de pobreza: • **Pobreza alimentaria:** incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta. • **Pobreza de capacidades:** insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más para estos fines. • **Pobreza patrimonial:** insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios.

155 El Semanario, 23.11.2007. Datos de SHCO, Banxico e INEGI.

156 INEGI/CONAPO, proyecciones con base al Censo

Chiapas es poseedor de una gran diversidad cultural debida principalmente a la población indígena que vive en su territorio. En 2005, de acuerdo a un criterio etnolingüístico, había 957,255 indígenas, los cuales integraban el 26% de la población. De éstos, el 36% era tzotzil, 34.4% tzeltal, 17.4% ch'ol, 5% zoque, 5% tojolabal y el 2.2% restante estaba integrado por la población cakchiquel, chuj, jacalteca, lacandona, mame y mochó¹⁵⁷. Esta población, sin embargo, se concentra principalmente en los 28 municipios del estado con mayor índice de marginalidad.¹⁵⁸

Al interior del estado de Chiapas, las desigualdades se multiplican, ya que más de la mitad de la población económicamente activa gana menos de un salario mínimo. El 75.7% de la población vive en pobreza patrimonial y el 47% en pobreza alimentaria. Siete municipios de Chiapas, con mayoría de población indígena, se encuentran entre los 15 con mayor rezago social del país. En promedio, el salario de la población indígena equivale al 32.0% del salario promedio de la no indígena.¹⁵⁹

Estas grandes contradicciones propiciaron en 1994 el levantamiento zapatista, un movimiento armado surgido para reivindicar los derechos de los pueblos indígenas, el cual adoptó poco después formas de lucha no violentas que aún continúan activas. Este evento ha tenido repercusiones muy importantes para la vida de Chiapas y del país debido a que hizo más visibles las desigualdades sociales y las condiciones de gran rezago en las que vive la mayoría de los indígenas. Este movimiento también impulsó nuevas formas de organización y de exigibilidad de los derechos. Sin embargo, a quince años de distancia, los importantes cambios subjetivos que se produjeron a raíz del levantamiento zapatista no se han convertido en mejoras sustantivas en la calidad de vida de la población. No obstante que en algunas regiones se han generado formas de organización que han logrado una mayor capacidad autogestiva de la población para el manejo de los recursos y de sus necesidades, la falta de una solución política al conflicto armado ha contribuido a una mayor polarización social dentro de las regiones indígenas agravando su situación.

El objetivo de este trabajo es el de identificar y analizar algunos indicadores para medir el progreso en la realización del derecho a la salud mediante el análisis de la desnutrición y la tuberculosis pulmonar en el estado de Chiapas, con especial referencia a las regiones afectadas por el conflicto armado surgido en 1994. Esto se debe a que estas comunidades han sido tradicionalmente las que han presentado mayores rezagos en materia de salud y servicios, pero también son a las que, de acuerdo al discurso gubernamental, se ha destinado mayor cantidad de recursos para solventar sus deficiencias.

157 INEGI, II Conteo de Población y Vivienda 2005.

158 PNUD, Índice municipal de desarrollo humano, actualización de IDH de 2004, Versión CD-ROM, 2005.

159 Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, Comunicado 001 de 2007.

Para analizar esta situación, se seleccionaron algunos indicadores estructurales, de proceso e impacto sobre desnutrición y tuberculosis basados en información oficial del periodo 2000-2006. También se utilizaron los datos generados por algunas investigaciones recientes. Otros más que fueron obtenidos directamente durante las visitas realizadas a localidades como parte de este estudio.

6.1. Metodología

Para realizar el análisis de la desnutrición y la tuberculosis, desde una perspectiva de derechos humanos en Chiapas, se llevaron a cabo dos procesos simultáneos; uno de revisión documental de fuentes de información oficial, así como de la generada por investigaciones académicas y otra en la que se recabaron datos directos a través de encuestas y entrevistas a grupos focales en un grupo de localidades de las que se tenía una información previa, lo cual permitió identificar las modificaciones para algunas variables entre el 2003 y 2008, cuando las localidades fueron visitadas y estudiadas nuevamente. El propósito de esta comparación fue el de explorar la posibilidad de aplicar algunas de las variables utilizadas como indicadores de derecho a la salud de progreso.

La información documental se centró en el periodo comprendido entre 2000 y 2006, aunque alguna información oficial publicada sólo estuvo disponible hasta 2004. Debido a la relevancia de algunos cambios recientes, por lo que se incluyen algunas cifras correspondientes a 2007 y 2008.

En el caso de la desnutrición se analizaron también algunos indicadores indirectos, tales como la mortalidad en los menores de cinco años, la mortalidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas, así como indicadores directos, fundamentalmente de datos antropométricos, peso al nacimiento y algunos datos sobre anemia. Se buscó información desagregada por grupos específicos. Se realizó también un análisis de los principales programas que se llevan a cabo en la entidad contra la desnutrición.

En el caso de la tuberculosis, se analizaron los datos oficiales sobre mortalidad por tuberculosis, incidencia, resultados del tratamiento y principales condiciones del programa para su control

El estudio de campo. Se visitaron y realizaron nuevas entrevistas en 26 de las 46 localidades, en las cuales se había obtenido información directa durante el 2002 y 2003. Mediante instrumentos y procedimientos similares se recabaron datos sobre la prevalencia de desnutrición en los menores de cinco años y de tuberculosis pulmonar. Se realizó una encuesta en la que se obtuvieron datos antropométricos de los menores de cinco años, datos de alimentación, servicios, funcionamiento de los programas y datos de tosedores crónicos y personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar.

Se elaboraron guías de verificación del derecho a la salud, las cuales son instrumentos de fácil aplicación a nivel grupal o comunitario sobre los servicios de atención, las actividades de los programas y el desempeño de las autoridades locales. Además de recabar información, las guías de verificación tenían el objetivo de motivar la participación y la reflexión de la población sobre sus problemas de salud, con un enfoque de derechos humanos. Estas guías se validaron mediante reuniones con grupos focales y autoridades locales. Ejemplos de estas guías se incluyen como Anexos.

En este trabajo se presenta inicialmente una breve revisión del marco jurídico internacional, nacional y estatal con relación al derecho a la alimentación y el derecho a la salud. A continuación se describen los principales determinantes sociales de la salud en Chiapas y en dos secciones separadas se analizan la desnutrición y la tuberculosis, así como las características de las acciones que el Estado realiza para enfrentarlos como parte del cumplimiento de sus obligaciones. Para terminar, se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones.

6.2. Marco jurídico

La protección y la sobrevivencia de los niños están plasmadas en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, no sucede lo mismo con el derecho a la alimentación que no está incluido como un derecho universal. Es en el Artículo 4°, párrafos sexto, séptimo y octavo, donde se establece, de manera genérica, que “*los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral*”. A continuación establece que son los ascendientes, tutores y custodios quienes tienen el deber de preservar estos derechos y que el Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos; otorgando facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez .

El Artículo 2°, apartado B, fracción III, establece que las autoridades federales, estatales y municipales tienen la obligación de “*apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil*”. Por lo que un derecho que debiera ser universal, queda circunscrito a un grupo especial. En contraste, la Ley de Desarrollo Social señala su carácter universal para todos los mexicanos, al establecer en el artículo 6° que “*son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*”. Los derechos no son únicamente para un determinado sector social, sino que poseen carácter universal para todos los mexicanos.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes expresa que el derecho a la alimentación es obligación de los padres o las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes; mientras que, al referirse al derecho a la salud, establece la responsabilidad de los gobiernos Federal, estatal y municipal en su artículo 28: “*Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de: a) Reducir la mortalidad infantil. b) Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud. c) Promover la lactancia materna. d) Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada...*”¹⁶⁰

Aunado a esta legislación existe otra ley que aborda la promoción del derecho a la alimentación y que es la *Ley General de Salud*. En ésta se promueve, a través de la educación, mejorar el conocimiento sobre la nutrición, así como la participación de la Secretaría de Salud en los programas de alimentación del Gobierno Federal y la evaluación de estos mismos a fin de contribuir en un mejor desarrollo nutricional.

Legislación internacional relacionada con el caso de estudio

Entre los tratados de carácter vinculante firmados y ratificados por México y relacionados con este estudio de caso, encontramos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶¹ (PIDESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como el “Protocolo de San Salvador”¹⁶².

El PIDESC establece en su artículo 11 que: “*Los Estados Partes se comprometen 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 y asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades*”.

160 La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000.

161 El Pacto Internacional de los Económicos, Sociales y Culturales fue firmado y ratificado por México y entró en vigor el 23 de junio de 1981.

162 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el décimo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General.

La Convención Sobre los Derechos de los Niños¹⁶³, en su artículo 24 establece que los Estados deben asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios. En esa misma línea, el párrafo siguiente determina que “los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para [...] combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”.

El Protocolo de San Salvador señala en su artículo 12, referente al Derecho a la Alimentación: *“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... 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...”*

Con relación a los indígenas, se han hecho recomendaciones al Estado mexicano relevantes para analizar la situación de la desnutrición y la tuberculosis en Chiapas. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH),¹⁶⁴ en el informe sobre México (1998) señaló: *“Los indígenas mexicanos están en situación de desigualdad relativa frente al resto de la población, en cuanto al goce de servicios del Estado, sufriendo en muchas zonas condiciones deploables de empobrecimiento, acceso a servicios sociales y salud”*. Asimismo, resalta en los análisis oficiales, que pese a que los municipios indígenas son un tercio de los municipios del país, representan 48% de los de “alta marginación”, y el 82% de los calificados como de “muy alta marginación”.

El informe de la CIDH señala también: “Los derechos económicos y sociales, medidos por los indicadores usuales (acceso a oportunidades de educación, salud; índice de mortalidad infantil, etc.), presentan grandes carencias que significan en sí, sufrimientos e injusticias, que son discriminatorias contra los indígenas con respecto a la situación promedio del resto de la población. Esto se hace especialmente importante en México, donde las tensiones existentes dentro de las comunidades indígenas, y entre ellas y la sociedad global, vienen de larga data, son complejas y extendidas”. Por lo que le recomendó al Estado mexicano:

163 Ratificada por México el 21 de septiembre de 1990 y en vigor desde el 21 de octubre de 1990.

164 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*, Septiembre 24 de 1998, Washington DC.

585. Que adopte las medidas y políticas públicas requeridas, a fin de atender adecuadamente las necesidades de la población indígena mexicana, especialmente en áreas como la salud y la educación.

606. Que incremente las inversiones en el área de la salud, con el objetivo de garantizar a toda la población el acceso a los servicios básicos.

608. Que expanda los servicios básicos de infraestructura doméstica o servicios públicos básicos (agua potable en tubería, alumbrado eléctrico, servicios sanitarios), a la totalidad de las viviendas urbanas, y que preste particular atención al desarrollo de la infraestructura en zonas rurales.”

6.2.1 Legislación estatal

En el Plan Estatal de Desarrollo del estado de Chiapas, se hace una mención explícita del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, estos instrumentos son, asimismo, citados en la justificación de los programas estatales de alimentación y nutrición.

La Constitución del estado de Chiapas, por su lado, no hace ninguna mención específica a la alimentación o a la nutrición. En su artículo 13 señala:

El Estado protegerá y promoverá el desarrollo de la cultura, lenguas, usos, costumbres, tradiciones y formas de organización social, política y económica de las comunidades indígenas, también garantizará a sus integrantes el acceso pleno a la justicia, servicios de salud y a una educación bilingüe que preserve y enriquezca su cultura. Fomentará, asimismo, la plena vigencia de los derechos de los indígenas a decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, a una vivienda digna, así como los derechos de las mujeres y los niños.

A pesar de las referencias a la alimentación y nutrición en los instrumentos jurídicos arriba mencionados, queda aún pendiente la legislación sobre el derecho a la alimentación, la cual ha sido una exigencia sostenida en los últimos 15 años por múltiples organizaciones civiles. Los artículos 2 y 11 del PIDESC fueron una parte importante de los fundamentos jurídicos para la elaboración y la adopción de las Directrices Voluntarias sobre el Derecho a la Alimentación durante la Cumbre Mundial de la Alimentación en 2004¹⁶⁵, adopción que fue apoyada por México.

¹⁶⁵ FAO, Directrices Voluntarias sobre El Derecho a la Alimentación, Cumbre Mundial de la Alimentación, Roma, 2004.

El propósito de estas directrices fue el de proporcionar una herramienta para apoyar a los Estados para el diseño de legislaciones, políticas y estrategias adecuadas que cubran todos los elementos necesarios para desarrollar una estrategia adecuada de seguridad alimenticia, promover un marco de coordinación intersectorial entre los actores gubernamentales, incorporar los principios de los derechos humanos en forma de recomendaciones, acciones concretas y proporcionar una base para abogacía y exigibilidad de políticas y programas de alimentación y nutrición más equitativos.¹⁶⁶

La incorporación del Derecho a la Alimentación a la Constitución contribuiría de manera significativa al desarrollo y aplicación de políticas integrales para impulsar programas sustentables dirigidos a proteger, promover o restituir la capacidad de la población para alimentarse. Además, esta acción representaría un paso significativo para la armonización de la legislación nacional con los instrumentos internacionales que México ha suscrito. Temas tan importantes como la producción sustentable de alimentos diversos, seguros y culturalmente pertinentes; la distribución equitativa, el abasto y los precios del mercado interno, la reducción de la dependencia alimentaria, la educación, el acceso a los recursos hídricos, la regulación de la publicidad y el comercio de alimentos potencialmente dañinos a la salud, la protección de alimentos durante los desastres y de la propiedad pública de los recursos genéticos, son sólo algunos de los temas que deberían ser incluidos; lo que constituiría una herramienta de gran valor para mejores condiciones de nutrición para todos.

6.3. Los determinantes sociales de la salud

La desnutrición y la tuberculosis son dos padecimientos prevenibles y curables que, aunque tienen etiología distinta -una producida fundamentalmente por el insuficiente aporte o aprovechamiento de nutrientes y la otra por la infección producida por un bacilo-, su alta prevalencia en una población está determinada, en gran medida, por factores sociales, tales como la educación deficiente, las dificultades en el acceso a servicios de salud, la alimentación inadecuada, las malas condiciones de vivienda y el bajo ingreso. Estos factores son reconocidos como los determinantes sociales de la enfermedad y están íntimamente relacionados con el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.

Educación. En Chiapas (2006), 12.6% de los hombres y 18.5% de las mujeres mayores de 12 años carecen de instrucción alguna. El 24.6% de los hombres y 26.0% de las mujeres no terminaron la educación primaria. Más de la tercera parte de los hombres adultos (37.2%) y casi la mitad de las mujeres (44.5%) poseen una educación básica insuficiente¹⁶⁷. La población sin educación secundaria prácticamente

166 FAO, Guide on Legislating for the Right to Food, Roma, 2008.

167 Instituto Nacional de Salud Pública, ENSALUD 2006. INSP/SSA, México 2006.

duplica esta cifra. Casi la cuarta parte de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas (23.3%). El 14.2% de los hombres en este grupo de edad tampoco saben leer ni escribir y 5.5% de los niños y niñas en edad escolar no asisten a la escuela. Todas estas cifras tienen expresiones más dramáticas cuando se refieren a la población indígena del estado. En un estudio realizado en 2002, la población de las regiones con mayor nivel de marginación, analfabetismo y que, además, resultaron afectadas por el conflicto armado, fue del 30 por ciento¹⁶⁸.

Condiciones de vivienda. A nivel general, el número de viviendas con piso de tierra en el estado se redujo de 40.8% en 2000¹⁶⁹ al 21.7% en 2006¹⁷⁰. Esta reducción fue en gran medida producto de programas públicos destinados a promover la construcción de pisos de cemento. Sin embargo, en las regiones indígenas afectadas por el conflicto armado se encontró que 74.4% de las viviendas tenían piso de tierra.¹⁷¹ Cabe señalar que las viviendas en las que vive gran parte de los indígenas de Chiapas, están caracterizadas por tener pisos de tierra, oscuras, mal ventiladas y llenas de humo de leña, características que favorecen la transmisión de enfermedades respiratorias, incluyendo la tuberculosis pulmonar. El piso de tierra, junto a la falta de acceso a agua potable, condiciona una alta incidencia de infecciones gastrointestinales que, a su vez, generan ciclos de desnutrición y enfermedades, indudablemente en gran medida responsables de la persistencia de las altas tasas de desnutrición entre los niños y niñas.

Aunque cuatro quintas partes de la población cuentan con el servicio de agua entubada, ésta no es necesariamente potable y su disponibilidad varía estacionalmente. En una alta proporción, el agua disponible para la población no cuenta con la calidad necesaria. Casi el 80% de los servicios de agua entubada mostraron una calidad insuficiente¹⁷². Los porcentajes de viviendas sin servicio de agua entubada en 2006 y 2007 se han reducido, entre un 16.8 y 14.7%, respectivamente. Sin embargo, hay que hacer notar que la creación ininterrumpida de nuevos asentamientos sin servicios influirá inevitablemente en el aumento de este porcentaje. En las localidades en resistencia civil, el 38.8% de las viviendas carecían de este servicio.¹⁷³

Ingresos. El 32.3% de la población del estado gana menos de un salario mínimo y el 27.4% recibe entre uno y dos salarios mínimos. En contraste, el 5.2% percibe 10 salarios o más. Por consiguiente, el 75.7% de la población chiapaneca está en

168 Sánchez-Pérez H, Arana-Cedeño M y Yamin A, *Pueblos Excluidos, Comunidades Erosionadas: La Situación del Derecho a la Salud en Chiapas*, México, Physicians for Human Rights, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos, ECOSUR, Boston, 2006.

169 Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud 2000. México.

170 Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México.

171 Sánchez-Pérez et al. Op. cit.

172 La Encuesta Nacional de Salud, (ENSA 2000, Op. Cit.) reportó que casi el 80% del agua de las casas muestreadas tenían una cloración por debajo de la norma.

173 Sánchez-Pérez, Op. Cit.

condiciones de pobreza patrimonial¹⁷⁴y el 47.0% de la población en pobreza alimentaria; Estos indicadores colocan a Chiapas como el estado de la República con mayor rezago social del país.

Cuadro 1
Población en situación de pobreza
Según ingreso 2005.

Entidad	P. Alimentaria	%	P. Capacidades	%	P. Patrimonial	%
México	1'999,076	14.3	3'133,143	22.4	6'986,775	49.9
Veracruz	1'990,503	28.0	2'581,256	36.3	4'216,024	59.3
Chiapas	2'017,517	47.0	2'399,233	55.9	3'248,450	75.7
Oaxaca	1'337,597	38.1	1'644,680	46.9	2'384,776	68.0
Puebla	1'436,555	26.7	1'899,948	35.3	3'174,228	59.0
Guerrero	1'308,907	42.0	1'562,758	50.2	2'187,390	70.2
Nacional	18'737,373	18.2	25'050,690	24.7	49'772,697	47.0

Fuente: CONEVAL, 2007

6.4. La desnutrición de los menores de cinco años en Chiapas

La Organización Mundial de la Salud (oms) publicó en 2005 los resultados de un estudio multicéntrico de crecimiento que no sólo son relevantes debido a que han servido como base para elaborar nuevos patrones de referencia a nivel mundial, sino porque demuestran que en distintas partes del mundo, los menores de cinco años pueden crecer y desarrollarse de manera semejante, sin que los antecedentes hereditarios marquen diferencias significativas. El estudio de la oms estableció, como criterios de inclusión para la realización del estudio multicéntrico, una serie de condiciones que se consideran como las mínimas necesarias para que los menores se desarrolleen adecuadamente. Estas son: 1) Que los menores sean amamantados y que la alimentación al seno materno, de manera exclusiva, se extienda durante los primeros cuatro a seis meses de vida. 2) Que al sexto mes se inicie una alimentación complementaria higiénica y adecuada. 3) Que las madres no fumen ni antes ni después del parto. 4) Que las madres sepan leer y escribir. 5) Que la vivienda cuente con los servicios básicos de agua potable y un saneamiento adecuado. 6) Que los menores estén vacunados y tengan acceso adecuado a los servicios de salud.¹⁷⁵ Desde el punto de vista de los derechos humanos, los criterios de inclusión que fueron elegidos para el Estudio Multicéntrico de Crecimiento de la oms son un claro reconocimiento de que éstos corresponden a las condiciones mínimas necesarias para

174 CONEVAL, Mapas de la pobreza en México, 2007.

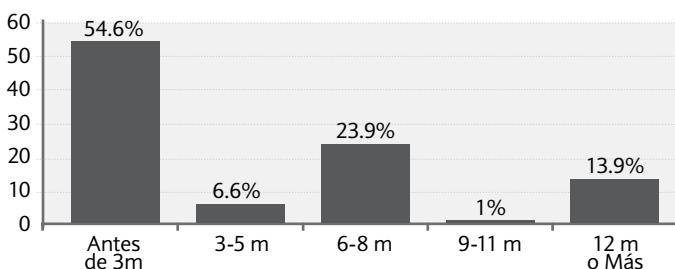
175 Onis M; Garza C; Victora C; W Onyango A; Frogillo E y Martínez J, "El Estudio Multicéntrico de la oms de las Referencias del Crecimiento: Planificación, diseño y metodología", The United Nations University, Food and Nutrition Bulletin, 2004: vol.25:15-26.

que cualquier niño o niña del mundo tenga la oportunidad de crecer y desarrollarse sanamente. Si una o más de estas condiciones no se satisfacen, las posibilidades de crecimiento y desarrollo serán limitadas. Por ende, éstas constituyen un estándar mínimo aceptable desde el punto de vista de los derechos económicos, sociales y culturales.

Las tasas elevadas y persistentes de desnutrición en los menores de cinco años en una población son un indicador de que existen obstáculos importantes para el ejercicio de estos derechos. Al analizar estas condiciones mínimas en Chiapas, se encontró lo siguiente:

- En Chiapas, como veremos más adelante, la cultura del amamantamiento ha sido profundamente erosionada por el comercio, los medios de comunicación y las prácticas médicas inadecuadas, algunas de las cuales han sido favorecidas por programas gubernamentales.
- La alimentación complementaria se realiza en 61.2% de los casos de manera muy temprana, reduciendo los beneficios de una lactancia materna exclusiva y exponiendo a los menores a sufrir infecciones de manera muy temprana, debido a la contaminación de los alimentos (Gráfica 1). Por otro lado, el 15% de los menores inician la alimentación complementaria de manera muy tardía. La introducción muy temprana de alimentos está relacionada con la promoción de alimentos complementarios distribuidos por programas gubernamentales de nutrición, los que hasta hace apenas dos años se recomendaba su introducción a los tres meses de edad.

**Gráfica 1
Edad de Introducción de Alimentos Complementarios.**



Fuente FAO, DIF-Chiapas, Análisis del programa “Chiapas Soidario con la Nutrición”. 2008

- El humo de leña aspirado continuamente por las mujeres, debido a la utilización en el medio rural de fogones abiertos dentro de la casa, genera condiciones similares a las de fumadoras crónicas. Los niños más pequeños, al estar permanentemente al lado de sus madres, están expuestos igualmente al humo

constante. Existen evidencias que la exposición prolongada a éste afecta el crecimiento y un mayor riesgo a padecer anemia.¹⁷⁶

- La carencia de agua limpia y de servicios sanitarios, la baja o nula escolaridad de las madres y la calidad deficiente de la atención para la salud. Todas las condiciones mínimas para un crecimiento y desarrollo adecuadas son muy deficientes para un alto porcentaje de los niños y niñas de Chiapas.

La elevada prevalencia de desnutrición es de este modo, el resultado de una privación de condiciones relacionadas con varios derechos económicos, sociales y culturales y no únicamente resultado de una cantidad insuficiente de alimentos.

La persistencia de la desnutrición en Chiapas constituye uno de los signos más evidentes e irrefutables del rezago social en el que se encuentra la entidad con relación al resto del país. Sin embargo, al interior del estado se presentan contrastes que reflejan profundas desigualdades. La magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición son reflejo fiel de las condiciones sociales que prevalecen en la entidad, así como de una falla en el diseño de las políticas públicas por parte del gobierno.

Por ejemplo, se ha identificado que el periodo de mayor riesgo ante el estado de nutrición lo abarca el periodo de lluvias, el cual no sólo es el más distante de las cosechas y, por ende, el periodo en el que existen menos alimentos disponibles, sino que está también caracterizado por una significativa reducción de los ingresos monetarios y por una mayor contaminación del agua y los alimentos. Se ha documentado que durante los meses de junio a agosto, la emaciación de los menores de cinco años de localidades rurales pobres de Chiapas se triplica¹⁷⁷. Ante esto, en lugar de que los programas de asistencia alimentaria se intensifiquen en el periodo más crítico del año, éstos reducen su intensidad debido a que coincide con el periodo de vacaciones, momento en el que suspenden los programas de alimentación escolar y preescolar.

A pesar de que durante los últimos treinta años han existido múltiples programas y estrategias gubernamentales para atacar la desnutrición en Chiapas, éste sigue siendo uno de los problemas de salud de mayor magnitud, ahora más complejo por la emergencia de otros trastornos como el sobrepeso y la diabetes tipo II. El bajo impacto de los programas se debe principalmente a que éstos no están enfocados a la promoción de las capacidades locales y, como se constató en el ejemplo anterior, carecen de pertinencia social y cultural. La mayor parte de las acciones ha estado orientada a la asistencia alimentaria, la cual si bien ha contribuido a una mayor

176 Mishna, Vinod y Retherford D, Robert, Does biofuel smoke contribute to anemia and stunting in early childhood, Demographic and Health Survey No. 29, Agency for International Development, Washington, 2006, disponible en <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/w29-pdf>

177 Arana, M., *Educación para la Salud con Enfoque estacional: la pertinencia estacional, un enfoque de educación en salud y nutrición para culturas con tiempo circular*, Cuadernos de Nutrición, Vol. 28, No. 4, 2005, pp.154-159.

disponibilidad de alimentos, ha causado dependencia, influido en el cambio de hábitos alimentarios y desalentado la producción local.

Internamente, las tasas de desnutrición en el país muestran grandes variaciones, tanto en el campo como en la ciudad, en las diferentes regiones geoeconómicas. El mapa de la distribución de las tasas elevadas de la desnutrición en el país coincide casi totalmente con el de la distribución de los pueblos indígenas, hecho que constata la profunda desigualdad social que afecta a estas poblaciones.

6.4.1. Indicadores de desnutrición en Chiapas

Chiapas tiene una prevalencia general de bajo peso de 10.3% y un 27% de desnutrición crónica o baja talla en menores de cinco años, el doble que los valores nacionales¹⁷⁸. Estos porcentajes son, sin embargo, mucho más elevados entre la población indígena, en donde en algunas regiones la talla baja rebasa, en los menores de cinco años, hasta el 50%.¹⁷⁹

En el 2000, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán publicó los resultados de la evaluación del estado de nutrición de todos los municipios del país utilizando un indicador que combinaba siete variables (déficit de talla, índice de marginación, mortalidad infantil, mortalidad preescolar, defunción por enfermedades diarreicas y respiratorias y porcentaje de población indígena). A este indicador lo denominó IDS¹⁸⁰. La utilidad de este indicador consistió fundamentalmente en visibilizar los contrastes existentes en el estado de Chiapas. Sesenta de los municipios mostraban un IDS que los catalogaba como municipios con un severo problema de desnutrición. Entre éstos se encontraban todos los municipios del estado con mayoría de población indígena.

Por otro lado, el bajo peso al nacer es un indicador muy importante del estado de nutrición de una población. Aunque existen otros factores que afectan el peso del recién nacido, tales como el consumo de tabaco durante el embarazo, la principal causa del bajo peso en Chiapas es el insuficiente aporte de energía durante los últimos tres meses del embarazo, la baja talla de la madre o su corta edad, por lo que está directamente relacionado con el estado de nutrición de la madre. El peso al nacer es el punto de arranque del estado de nutrición de la vida extrauterina y está íntimamente relacionado con las probabilidades de sobrevivir durante el primer año de vida. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, encontró una tasa de bajo peso al nacer de 9.0% a nivel nacional (8.0% para el medio urbano y 12% para

178 Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Op.cit.

179 Sánchez-Pérez, HJ; Arana-Cedeño M. y Yamin, A., *Excluded People and Eroded Communities; the conditions of the Right to Health in Chiapas*, Physicians for Human Rights, CCESC, Ecosur, Boston, 2005.

180 Roldán A., Chávez A., Ávila A., Muñoz de Ch M., Alvarez A. y Ledesma A., *La Desnutrición a nivel municipal en México, de acuerdo a un indicador mixto del estado nutricional*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México 2000.

el rural). Debido a que más de 300,000 nacimientos del medio rural son atendidos en casa, los datos del peso al nacer de las regiones más marginadas del país se encuentran subregistrados, por lo tanto no existen datos suficientes ni confiables de las poblaciones rurales e indígenas. Tampoco se encontró información comparable o más actualizada de este importante indicador.

Los datos disponibles por país muestran, nuevamente, que México tiene una tasa de bajo peso, indicador de desnutrición fetal, por encima de la de otros países de la región con similar o menor grado de desarrollo económico.

Cuadro 2
Bajo peso al nacer en países latinoamericanos.

País	Población (millones)	No. Nacimientos	% bajo peso	RN con bajo peso
Brasil	191.8	3'697,800	8.2	303,220
Chile	16.6	251,400	5.5	13,827
Colombia	46.2	869,500	6.2	53,909
Ecuador	13.3	281,600	11.8	33,229
México	106.5	2'075,300	8.8	182,626
Paraguay	6.1	153,400	5.7	8,744
Perú	27.9	586,100	6.0	* 35,166
Uruguay	3.3	50,500	8.6	4,343
Venezuela	27.7	597,800	9.5	303,220

Fuente: Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS 2007. Programa Especial de Análisis de Salud - Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud.

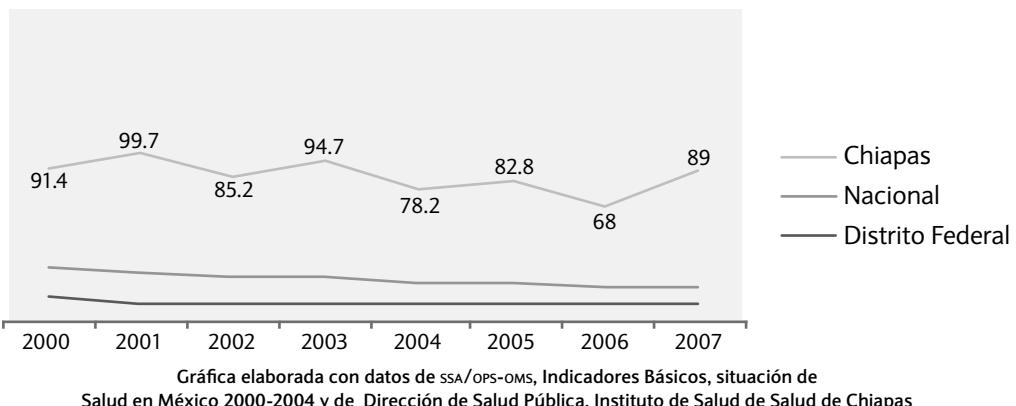
En Chiapas, en el año 2006, se reportó oficialmente un 7.0% de bajo peso al nacer. Sin embargo, un análisis al respecto, registrado en los hospitales públicos, en 2004, indicó un porcentaje de 10.58% para el estado y de 15.5% en San Cristóbal de las Casas, en donde la mayoría de los recién nacidos son indígenas.¹⁸¹

Los niños y niñas de las comunidades indígenas del país y particularmente, los de Chiapas, presentan una mayor vulnerabilidad a morir antes de los cinco años. En especial, resultan ilustrativos de la vulnerabilidad en la que se encuentran los niños chiapanecos los indicadores relacionados con muertes por diarreas e infecciones respiratorias que, como se sabe, son dos padecimientos prevenibles y curables que no debieran de concluir en la muerte de un infante. La mortalidad infantil, por diarreas y por infecciones respiratorias agudas son indicadores indirectos de la desnutrición, ya que las probabilidades de morir aumentan considerablemente en los niños desnutridos.

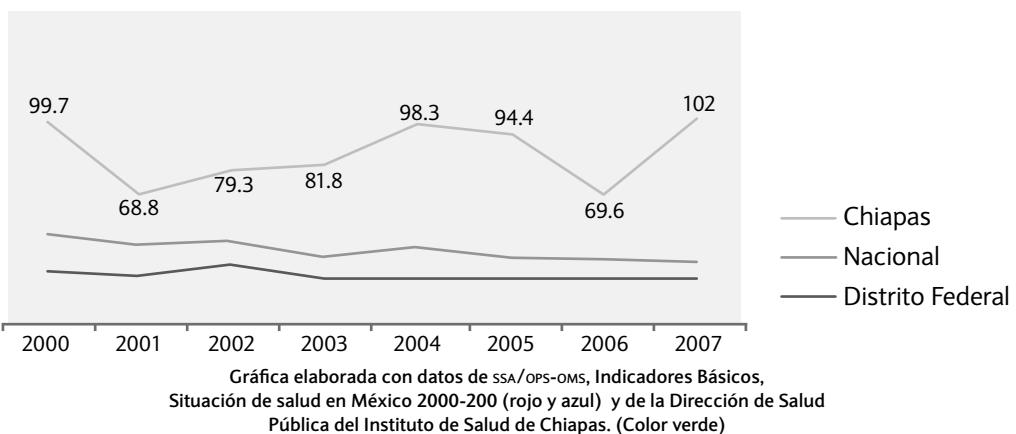
181 Trujillo-Olvera LE, Orantes-Ruiz O, Villafaña P, *Bajo peso al nacer en hospitales públicos de Chiapas*, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, 2006.

A continuación se muestran los gráficos que exponen no sólo las desventajas de los niños que viven en Chiapas en comparación con los datos del resto de la federación y del Distrito Federal, sino los retrocesos que se han experimentado en las cifras del estado en el periodo de 2000 a 2007.

Gráfica 2
Muertes por Diarreas en Menores de Cinco Años.



Gráfica 3
Muertes por Infecciones Respiratorias en Menores de Cinco Años.



A pesar de que sigue existiendo un gran subregistro de la mortalidad infantil y de la de menores de cinco años en las regiones rurales apartadas de Chiapas, la entidad sigue presentando las tasas más elevadas del país. Resulta también sintomático que a nivel federativo y del Distrito Federal no se hayan registrado los retrocesos que Chiapas experimentó. Esto es particularmente preocupante en el indicador de muertes por enfermedades respiratorias para el año 2007, donde se muestra una impor-

tante regresión de más de 30 muertes por cada 100,000 niños. Estas cifras denotan una clara violación a los derechos infantiles en el estado.

Las tasas de mortalidad que han sido registradas en las regiones indígenas de mayor marginalidad son tres veces más elevadas que las del resto de la población. En 2002, la tasa encontrada en tres regiones de Chiapas, afectadas por el conflicto, fue de 39.4¹⁸². Las cifras disponibles más recientes no se encuentran desagregadas por origen étnico.

6.4.2. Estado de nutrición de la población menor de cinco años

Debido a la importancia que tiene el estado de nutrición de los menores de cinco años para la sobrevivencia, el desarrollo y la calidad de vida, este es uno de los indicadores más importantes en este estudio para medir la realización del derecho a la salud. En Chiapas, al igual que el resto del país, se ha registrado una disminución importante de la desnutrición. A pesar de ello, el estado sigue siendo una de las entidades que registran las más altas tasas de prevalencia y es también donde la tendencia a su reducción es más lenta.

El estado de Chiapas registra a su interior, sin embargo, grandes contrastes sociales, socioculturales y ambientales que se expresan en diferentes grados de riesgo alimentario y nutricional. Por ello, probablemente no podemos hablar de la prevalencia de la desnutrición, sino de prevalencias diferenciales. Esto tiene una importancia en términos de derechos humanos por diferentes razones:

- Las tasas diferenciales de desnutrición revelan las inequidades existentes y, con frecuencia, condiciones de discriminación.
- La evaluación del impacto de la política pública debe considerar no sólo la reducción de las tasas generales, sino la reducción de las diferencias que existen entre géneros así como en diferentes grupos étnicos y sociales.
- Generalmente, los grupos más subrepresentados en las estadísticas de salud, son aquellos que tienen menor acceso a los servicios; con frecuencia, esto ocurre también con las encuestas.

Las cifras más recientes que en 2009 estaban disponibles sobre la prevalencia de desnutrición en Chiapas son las de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), llevada a cabo en 2006. Esta encuesta comprendió una muestra que permitió elaborar cifras para Chiapas considerando los ámbitos urbano y rural.

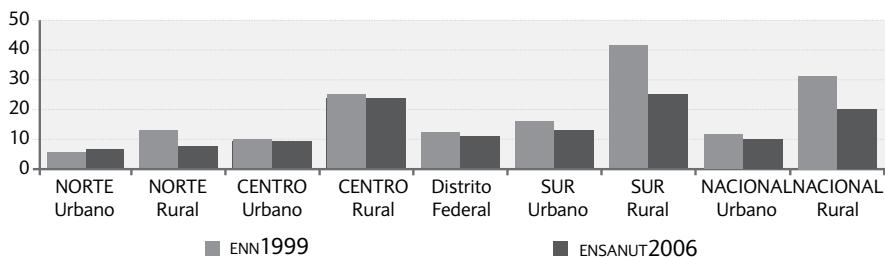
Esta encuesta muestra que la región sur, en donde está ubicado el estado de Chiapas, sigue siendo la de las más altas tasas de prevalencia de desnutrición. Si bien ésta presenta una reducción importante, aun se acentúa más en el medio rural que en el urbano. El análisis publicado de esta encuesta señala que a nivel nacional la reducción de la desnutrición comenzó fundamentalmente en 1999 y sugiere que los progra-

182 Sánchez-Pérez, Op. Cit.

mas de nutrición y los programas sociales contribuyeron a esta baja; sin embargo, el documento reconoce que los datos no permiten ser concluyentes en este sentido.

Uno de los hallazgos más importantes de la Ensanut fue el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población, principalmente en la edad escolar.¹⁸³

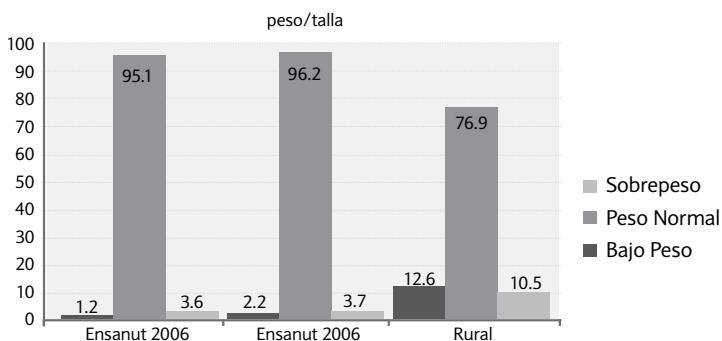
Gráfica 4
Comparativo de la prev. de la baja talla en menores de 5a. por región y estrato en 1999 y 2006.



Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Al comparar las cifras de desmedro (baja talla) entre las encuestas Nacional de Nutrición de 1999 y la de Salud y Nutrición de 2006 se observa una importante disminución de la prevalencia de este tipo de desnutrición. Sin embargo, las cifras correspondientes al medio rural de la Región Sur siguen siendo las más elevadas del país. Los datos también muestran una gran diferencia entre los medios rural y urbano de esta misma región.

Gráfica 5
Comparación de evaluaciones del estado de nutrición de menores de cinco años en Chiapas.



Fuentes: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) y Universidad Autónoma de Chiapas, Evaluación del Programa Chiapas Solidario con La Nutrición, Tuxtla Gutiérrez, 2008.

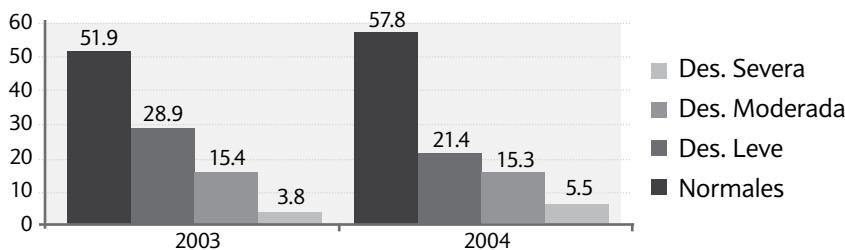
183 Más de la cuarta parte de los niños y niñas en edad escolar (5-11 años) presenta sobrepeso u obesidad. El 16.5% de los niños tienen sobrepeso, mientras que el 9.4% presentan obesidad. Los porcentajes en las niñas son de 18.1 y 8.7, respectivamente. (ENSANUT 2006)

Los datos de la Universidad de Chiapas presentados en el cuadro 7, junto a los de Ensanut 2006, muestran cifras similares a los diagnósticos elaborados por la Secretaría de Desarrollo Social de Chiapas, por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición y por otras instituciones entre 2002 y 2006.¹⁸⁴

Algunos de los datos que fueron obtenidos a nivel municipal en años consecutivos no indican un mejoramiento de las condiciones de nutrición. En municipios de muy alta marginalidad, como el de Sitalá (segundo municipio con mayor rezago del país¹⁸⁵) la información sobre la prevalencia de desnutrición a nivel municipal no se reporta con regularidad y dificulta su seguimiento.

**Gráfica 6
Estado de Nutrición.**

Peso/Edad <5años Sitalá



Fuente: Instituto de Salud de Chiapas/Secretaría de Desarrollo Social, Sistema de vigilancia de la nutrición y riesgos reproductivos del Programa Vida Mejor, Chiapas 2004.

Como se verá en la siguiente sección, la condición de las comunidades indígenas y las variaciones estacionales pueden explicar, al menos parcialmente, algunas de las discrepancias reportadas en las prevalencias de desnutrición reportadas por diferentes estudios.

6.4.2.1. El estado de nutrición de indígenas menores de cinco años

Las tasas de prevalencia de la desnutrición en la población indígena son invariablemente más elevadas en todo el país. Esta situación evidencia las condiciones de discriminación bajo las que vive la población indígena, ya que a ésta le corresponden los peores indicadores de ingresos, educación, vivienda, acceso a servicios sanitarios, acceso a agua potable y demás indicadores de importancia para la nutrición. Sin embargo, la falta de datos del estado de nutrición desagregados por lengua de la madre o cualquier otro indicador del origen étnico en las estadísticas oficiales dificultan la apreciación de estas profundas diferencias en toda su magnitud.

184 El diagnóstico del estado de nutrición en las regiones afectadas por el conflicto armado realizado por PHR / ECOSUR/CCESC (Sánchez-Pérez HJ et al. Op. Cit.) encontró prevalencias de bajo peso de 20.8%, de 54.7% de desmedro y de 3.0% de emaciación en 2,704 estudiados menores de 5 años.

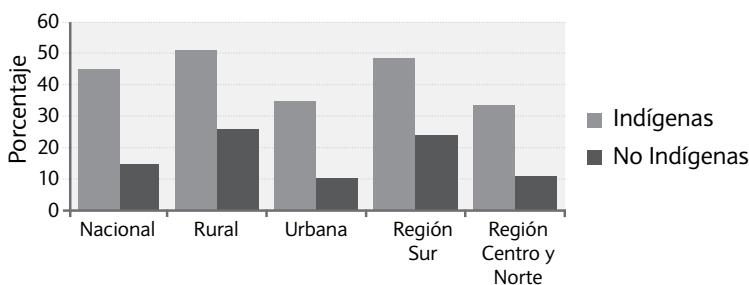
185 CENEVAL, Indicadores de rezago social, Op. Cit.

Los datos disponibles sobre municipios con mayoría de población indígena en Chiapas, sean éstos resultado de estudios epidemiológicos o de la información recabada por programas oficiales, son los que presentan las cifras más elevadas de desnutrición. Resulta menos sencillo, sin embargo, apreciar las diferencias en las poblaciones urbanas, en donde las condiciones de desventaja en la que vive la población indígena en las ciudades son invisibilizadas.

El artículo 2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala en su artículo 2: “*Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social*”. La persistencia de las altas tasas de desnutrición de la población indígena y la falta de efectividad de las medidas para reducir sus diferencias con las del resto de la población contravienen contundentemente las responsabilidades asumidas por el Estado mexicano.

Las diferencias entre la población indígena y el resto de la población las encontramos en el indicador de talla para edad, el cual nos señala el porcentaje de menores con desmedro (baja talla para la edad). Este indicador señala principalmente el efecto acumulativo de un balance negativo entre la ingesta y los requerimientos nutrimen-tales; balance con gran frecuencia afectado por los cuadros de infecciones recu-rrentes. El porcentaje de la población con desmedro no sólo sigue siendo más elevado en la población indígena, sino que la tendencia a la disminución es más lenta que para el resto de la población. En el caso del sur del país, donde se incluye Chiapas, la diferencia es aún mayor.

Gráfica 7
Prevalencia de Talla Baja
Menores de 5 años Indígenas y No Indígenas por Región.

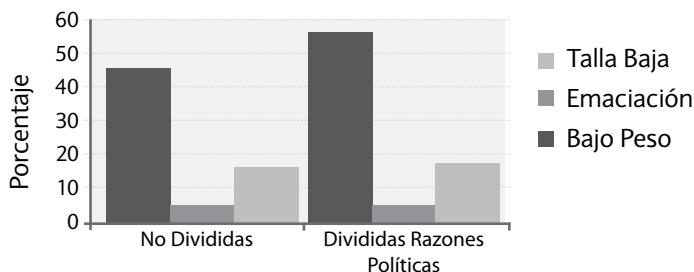


Fuente: Elaborado con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999

Las condiciones adversas para la nutrición y la salud de los niños indígenas se ven agrava-das cuando las comunidades sufren divisiones debido a conflictos sociales generados

por razones políticas, religiosas o incluso por la forma en la que son instrumentados los programas gubernamentales. El debilitamiento o la desaparición de mecanismos de apoyo intracomunitarios aumentan el riesgo alimentario y de sufrir desnutrición¹⁸⁶. La pobreza material tiene mayores repercusiones negativas sobre el estado de nutrición y salud de la población, cuando las redes sociales (de intercambio, apoyo, crédito o gestión común) se encuentran erosionadas debido a conflictos¹⁸⁷

Gráfica 8
Prev. de Desnutrición en Menores de 5 años, de Regiones Afectadas por Conflictos en Chiapas.



Elaborada con base a datos de: Sánchez-Pérez H, Hernán MA, Ríos-González A, Arana-Cedeño M, Navarro A, Ford D, Micek M y Brentlinger P, *Malnutrition among children younger than 5 years-old in Conflict Zones of Chiapas, Mexico*, Febrero 2007, Vol. 97, No 2 American Journal of Public Health

6.4.3. Los programas

Los programas gubernamentales para combatir la desnutrición son una parte de los instrumentos con los que cuenta el Estado para cumplir con sus obligaciones, tal y como está marcado en la Constitución y en otros instrumentos jurídicos vinculantes. Para ello, los gobiernos Federales, estatales y municipales utilizan abundantes recursos públicos.

Las bases jurídicas que sirven como fundamento para los programas de nutrición, tanto a nivel Federal como estatal condicionan un enfoque primordialmente basado en la asistencia alimentaria. En el caso de los programas estatales, los programas de nutrición hacen referencia específica a la Ley de Asistencia Social en su justificación.

Aunque los objetivos de los programas y sus justificaciones hacen referencia a la seguridad alimentaria, las acciones enfocadas a promover la autosostenibilidad son esporádicas y se les dedica una parte muy reducida de los recursos.

Las cifras que los datos oficiales y provenientes de encuestas reflejan sobre el estado de nutrición de las regiones de más alta marginalidad de Chiapas, no revelan una mejoría

186 Sánchez-Pérez H, Hernán MA, Ríos-González A, Arana-Cedeño M, Navarro A, Ford D, Micek M y Brentlinger P, *Malnutrition among children younger tan 5 years-old in Conflict Zones of Chiapas, Mexico*, February 2007, Vol. 97, No 2 American Journal of Public Health.

187 Sánchez-Pérez H, Arana-Cedeño M y Yamin A, Op.cit

gradual. Tampoco revelan un impacto positivo de la asistencia alimentaria. Por el contrario, las acciones de los programas de nutrición no sólo no están dirigidos a resolver las causas que generan el problema, sino que han promovido la dependencia y muy probablemente influido en el desaliento de la producción local. Además, una alta proporción de los alimentos distribuidos por los programas asistenciales no sólo no provienen del estado de Chiapas, sino que incluso son importados de otros países.

Debido a las reglas de operación de los programas y a los requerimientos de comprobación, los programas gubernamentales de alimentación no pueden adquirir los alimentos de productores locales, lo que hace que, irónicamente, los principales beneficiarios económicos sean los proveedores comerciales, generalmente provenientes de otras partes del país. Los únicos productos que se adquieren en el estado son de poca importancia y cuantía. Por lo que se pierde el impacto económico que podría tener un programa de distribución de alimentos y el cual podría ser esgrimido como uno de los objetivos secundarios de estos programas.

Por otro lado, la pertinencia social y cultural de los programas también falta, lo cual afecta directamente el principio de aceptabilidad al que se refiere la Observación General 14 del PIDESC, que debe estar presente en la prestación de bienes y servicios relacionados con la salud. El tipo de alimentos que se distribuyen por medio de los programas no corresponde a la dieta habitual de las poblaciones; por lo que tiene dos tipos de resultado. Algunos de los alimentos no son consumidos por la población a la que están destinados, debido a que no son culturalmente apropiados, tales como las papillas, el atún y la soya; por lo que pueden encontrarse en los mercados locales o se destinan para alimentar animales.

Otros alimentos formulados con hierro, zinc y vitamina A, han mejorado la disponibilidad de estos micronutrientes en la dieta, pero debido a su alta densidad energética¹⁸⁸, probablemente también contribuyen a favorecer el sobrepeso y la obesidad en la niñez, ya que son distribuidos de manera general sin que se tomen en cuenta criterios antropométricos o médicos. Este hecho es ya una preocupación de salud pública.¹⁸⁹

Aunado a lo anterior, la adición de azúcar y aditivos para dotar de sabor y color a los alimentos especiales destinados a los menores de dos años contravienen las recomendaciones de la OMS de promover una alimentación complementaria sin adición de azúcar o sal, la cual se establece con el fin de estimular la familiarización con los sabores y texturas de los alimentos locales, así como prevenir la obesidad¹⁹⁰.

188 El complemento *Nutrisano* contiene 104 kilocalorías por cada 44 gramos.

189 Neufeld, LM, "Lecciones aprendidas en la evaluación del Programa Oportunidades", *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(sup. 1):242-244.

190 Dewey, K. y Lutter, C, *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2007

Otro aspecto no ponderado, es que la leche y los complementos en polvo *Nutrisano* y *Sure Nutrition*, que son distribuidos por los programas en el medio rural pobre de Chiapas, son diluidos en agua y que no tiene calidad; por lo que no cumple la condición de inocuidad que deben tener los alimentos para la seguridad alimentaria. Probablemente este hecho contribuye para que los ciclos de infección-desnutrición en las localidades con limitaciones de acceso a agua limpia y a combustibles sea mayor su gravedad¹⁹¹.

Testimonios sobre los programas de nutrición¹⁹²

“Otro de los conocimientos que tienen las parteras son las recetas nutrimentales que se deben dar después del parto. Ahora el programa Oportunidades da papilla, pero debemos dudar de la calidad de esos productos, esa parte del conocimiento se ve amenazada debido al reemplazo de la receta tradicional por los consejos del gobierno”. (Partera zona Sierra, Agosto-2007)

“Los programas están cambiando las tradiciones, tienen buenas y malas cosas, ya que las mujeres modernas van dejando lo que son las tradiciones y eso a veces es una lástima porque desprecian lo bueno. Al saber que están embarazadas ellas compran cosas enlatadas, refrescos y sus hijos vienen con mala alimentación”. (Partera, zona Altos, Agosto-2007)

“Nosotras como indígenas tenemos frutas y verduras, una buena alimentación que estamos perdiendo, al recibir su Oportunidades las mujeres compran productos enlatados, refresco y pollo asado, además casi ya no quieren hacer pozol ni su comida, entonces vamos perdiendo lo nuestro”. (Partera, zona Altos, Foro COMPITCH, Agosto-2007)

Con estos testimonios es posible constatar los cambios conductuales y el fomento de las pautas de consumo que a nivel de la alimentación está implicando el Oportunidades, buscando resolver los problemas de desnutrición con una alimentación inadecuada y deficiente que conlleva a regalar, y muchas veces a vender, los sobres de papilla que *salen a tres por diez*.

Los diferentes programas oficiales dirigidos al combate a la desnutrición en el estado de Chiapas no están coordinados entre sí y con frecuencia se traslanan, resultando

191 En un estudio aún no publicado, investigadores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición aislaron abundantes salmonellas y escherichia coli en muestras de papillas listas para ser consumida por menores de un año desnutridos, en el municipio de Mitóotic (2008)

192 Testimonios de parteras tradicionales chiapanecas durante el Foro de Parteras celebrado por COMPITCH, en 2007, citadas por Araya, M en “Los Conocimientos de las Parteras Indígenas frente a las Políticas Neoliberales de Integración/Apropiación” (tesis de maestría en antropología), CIESAS, 2008.

en el hecho de que, con frecuencia, los apoyos alimentarios coincidan en las mismas familias. Las entrevistas que se realizaron, como parte de este estudio, reflejaron que en 46 localidades de 16 municipios de muy alta y alta marginalidad, los programas se traslapaban y duplicaban en el 34.8% de los casos.

Además de la duplicación en la asistencia alimentaria, los programas no mantenían coordinación alguna entre sí. De acuerdo con las Directrices del Derecho a la Alimentación, los Estados deben asegurar acciones multisectoriales coordinadas para atender los problemas de alimentación y nutrición y asegurarse que las intervenciones estén apoyadas en los conceptos científicos y técnicos más actualizados. La fragmentación de los programas oficiales, su falta de coordinación e integración constituyen una grave deficiencia del Estado frente a sus obligaciones.

6.5. Conclusiones y recomendaciones

La tendencia a la disminución de la desnutrición en México no ha logrado incluir a la población de algunas regiones del estado. Existen evidencias de que en éstas persisten tasas de prevalencia que el país presentaba hace treinta años. Lo anterior es particularmente preocupante si se revisan las cifras que expresan el nivel de desnutrición en niños pertenecientes a comunidades indígenas. Esto resulta en una grave inequidad y en los hechos se refleja una aplicación discriminatoria de los programas, desatendiendo así a un importante lineamiento para el cumplimiento del derecho a la salud por parte del Estado mexicano.

Como parte del problema, se encontró que los programas existentes no atienden las causas de los problemas de alimentación y en su mayoría están centrados en la asistencia alimentaria. La distribución masiva de alimentos como resultado de la asistencia alimentaria desalienta la producción local y ejerce un cambio de hábitos de consumo. Se promueve además una cultura de dependencia y reafirma una postura pasiva frente a los programas. Asimismo, las políticas de combate a la desnutrición no están enfocadas a una política alimentaria nutricional integral, sino que se limitan a las acciones de combate a la pobreza, las cuales son aplicadas en el estado de Chiapas con los mismos criterios que se utilizan en el resto del país, por lo cual faltan al principio de aceptabilidad señalado en la Observación General 14 del PIDESC, al carecer de la pertinencia cultural.

Aunado a esto, los determinantes sociales de la salud no forman parte de los criterios en el diseño y aplicación de las políticas públicas puestas en marcha por parte del gobierno. No se atiende, como parte de las acciones de combate a la pobreza, el problema de la falta de acceso a fuentes de agua limpia y suficiente, ni al mejoramiento de las condiciones de saneamiento, con lo cual no se atacan eficazmente los ciclos de desnutrición e infección, en gran medida, responsables de la persistencia de la desnutrición en regiones con altos niveles de marginación.

No se atiende la relación que existe entre desnutrición en las etapas iniciales de la vida y los trastornos degenerativos como la diabetes tipo II en la edad adulta; por lo que la utilización indiscriminada de complementos con energía concentrada pueden estar favoreciendo un efecto acumulado en el incremento del sobrepeso y la obesidad¹⁹³.

Conclusiones a la luz de las obligaciones del Estado y de los principios transversales de los derechos humanos

A continuación se presentan las conclusiones desde la perspectiva de las obligaciones del Estado mexicano de proteger, cumplir y respetar el derecho a la salud. Asimismo, se realizará el mismo ejercicio abordando el problema de la desnutrición a través de algunos de los principios transversales de los derechos humanos.

Obligación de respetar. La cultura alimentaria se ha erosionado debido a una multitud de factores entre los que destacan la influencia de los programas gubernamentales de asistencia alimentaria que inducen a un cambio en los hábitos de consumo, a la desvalorización de los alimentos locales y al desestímulo de la producción local.

Un recurso natural de gran importancia como la lactancia materna, el cual tiene una importancia crucial para proteger la vida, el crecimiento y el desarrollo de niños y niñas, ha sido fuertemente erosionado, en gran parte porque se promueve la introducción muy temprana de otros productos a la dieta de los menores de 1 año. Entre estos se encuentran los distribuidos por los programas gubernamentales de nutrición, los cuales no incluyen acciones específicas dirigidas a promover la lactancia materna.

Obligación de proteger. La falta de apoyos técnicos y financieros gubernamentales para la producción y comercialización de los productos básicos ha contribuido a que la producción de alimentos básicos en Chiapas, al igual que en el resto del país, se encuentra en una grave crisis. Esta situación no sólo ha desalentado la producción, sino que, junto con la falta de trabajo remunerado, ha impulsado la migración laboral. Esta última también ha contribuido al cambio de la cultura alimentaria.

El Estado no interviene de manera más activa en la regulación de la agresiva comercialización de productos de alta densidad energética y bajo valor

193 Nutrisano es el producto distribuido por el Programa Oportunidades para la alimentación complementaria de los menores de tres años a partir de los seis meses de edad tiene un contenido energético de 194Kcal. por cada 44 gramos.

nutritivo que se expanden incluso a precios promocionales más reducidos en las localidades indígenas y en las escuelas. Esta situación ha contribuido a la drástica disminución de la diversidad de alimentos naturales locales.

La falta de acceso al agua potable, expone a la población, y en especial a los menores de cinco años, a grandes riesgos para su salud y su estado de nutrición. Esta deficiencia provoca incluso que algunos de los alimentos que provienen de los programas gubernamentales, al diluirse, se conviertan en no seguros.

Obligación de cumplir. La desnutrición en Chiapas está muy lejos de ser erradicada y las condiciones de inseguridad alimentaria son patentes, principalmente en los 28 municipios de muy alta y alta marginalidad que coinciden con los municipios mayoritariamente indígenas que se encuentran entre los que tienen peores indicadores de salud y nutrición. Chiapas tiene uno de los mayores porcentajes de población en pobreza alimentaria.

Realización progresiva y no regresión. Las tasas persistentes de desnutrición en la población menor de cinco años no muestran una mejoría progresiva, particularmente en la comunidad indígena. Más aún, existen cifras que denotan que existen retrocesos en el periodo de tiempo analizado. Aunado a esto, la disminución de la diversidad de alimentos, la degradación de las tierras cultivables y boscosas, así como el desmantelamiento de las economías campesinas y su consecuente pérdida de autosuficiencia alimentaria constituyen importantes regresiones.

No discriminación. Las concentraciones de los peores indicadores de alimentación y nutrición, así como de sus determinantes en los municipios con mayoría de población indígena reflejan una persistente situación de discriminación. La falta de resolución del conflicto armado, iniciado en 1994, ha sido uno de los principales factores que han propiciado el persistente rechazo de los programas gubernamentales por la población en resistencia civil, lo que conduce a la exclusión.

Participación ciudadana. La población no participa en el diseño ni evaluación de los programas y su participación en acciones relacionadas con la implementación de éstos está sujeta a incentivos materiales. La población no se percibe como titular de derechos.

Transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas. La compra de los alimentos de los programas se realiza con fondos bien identificados, periódicamente auditados y están sujetas a licitaciones públicas. De igual

manera, su distribución está sostenida en normas claras que de forma general son aplicadas. No existe, sin embargo, una rendición de cuentas adecuada en cuanto al impacto de los programas. La población titular de los planes de nutrición no es informada sobre los programas, sus recursos y sus resultados.

El Estado mexicano ha signado las Metas de Desarrollo del Milenio con las que, entre otras cosas, se obliga a una reducción del 50% de la mortalidad infantil y el hambre para el 2015. Estos compromisos son acordes con los que se derivan de los instrumentos jurídicos internacionales que México ha firmado y ratificado. Si se quiere cumplir con este compromiso, a la luz de la persistencia de grandes rezagos en la reducción de la desnutrición en Chiapas y de profundas desigualdades internas, el gobierno está obligado a revisar sus políticas y programas para enfrentar la desnutrición tomando en consideración los siguientes aspectos:

La desnutrición no es el simple resultado de la falta de alimentos; por lo que la única forma de eliminarla es mediante acciones intersectoriales sostenidas y con la participación activa de la población. Para ello, se requiere de una visión integral de los derechos que se traduzca en políticas y programas multisectoriales de largo alcance y que operen con base en acciones coordinadas.

El derecho a la alimentación no puede ser entendido como el derecho a recibir apoyo alimentario, el cual ha sido la acción predominante de los programas gubernamentales. El apoyo debe estar enfocado primordialmente a generar y fortalecer las capacidades locales para producir o tener acceso económico a alimentos seguros, adecuados cultural y nutrimentalmente. En concreto, se recomienda que las políticas y programas consideren un enfoque más integral como lo demandan los instrumentos jurídicos que México ha suscrito y que coinciden con los contenidos en las Directrices Voluntarias de FAO sobre el Derecho a la Alimentación. Para ello, deberá contemplarse una reducción progresiva de la asistencia alimentaria, en la medida que estimule y apoye la capacidad productiva local.

No podrá lograrse una mejora sustantiva del estado de nutrición de los sectores más marginados si éstos no tienen acceso continuo a agua limpia y suficiente. Por lo que el gobierno debería incluir el acceso a este recurso como el elemento central de sus acciones contra la desnutrición.

Las desigualdades entre las tasas de desnutrición en las regiones más marginadas de Chiapas, predominantemente habitadas por indígenas, con el resto del estado y del país constituyen un indicador mesurable e irrefutable de discriminación. La Constitución del país y los instrumentos internacionales que México ha firmado y ratificado obligan al Estado a eliminar estas condiciones de desigualdad de manera progresiva

y dedicando el máximo de recursos disponibles, tal y como lo señala el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales. Por lo anterior, el gobierno debe revisar urgentemente los criterios de focalización, así como la pertinencia cultural y estacional de sus acciones.

La vinculación que existe entre la desnutrición que se sufre en los primeros años de vida con los trastornos degenerativos y con el sobrepeso y obesidad en la edad adulta, así como el acelerado incremento de estos problemas en la población, demandan que con el fin de que el Estado brinde una protección a la salud, como se establece en el Artículo 4º de la Constitución, modifique la distribución indiscriminada de complementos alimenticios con energía concentrada a menores de cinco años y a madres, para lo cual resulta necesaria la promoción de un abanico de opciones que considere las condiciones actuales y de riesgo para que se definan los productos a utilizar en cada caso.

La asistencia alimentaria masiva que se instrumenta a través de varios programas en el estado de Chiapas, se realiza mayoritariamente con productos adquiridos a proveedores fuera del estado y contiene los que han sido considerados por sus propiedades nutritivas, pero no por su pertinencia cultural. Con gran frecuencia, los productos distribuidos por los programas gubernamentales y adquiridos con fondos públicos, no son consumidos por los niños y niñas a los cuales están dirigidos, sino que son destinados a la venta. El gobierno debe evaluar el impacto económico de la asistencia alimentaria masiva sobre el mercado y la producción local. La forma más sostenible de apoyo alimentario es la de alentar y apoyar la producción. También debe cuidar que la no coordinación de los diferentes programas existentes lleve a la superposición y duplicación de las acciones.

Finalmente, debería elevarse el derecho a la alimentación a un derecho constitucional en el estado de Chiapas y a nivel nacional, incorporando una visión integral contemplada en el artículo 11 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en las Directrices Voluntarias sobre el Derecho a la Alimentación.

En suma, la política alimentaria de México debería estar conformada por una multitud de elementos que van desde el diseño de una política económica que aliente la producción, la generación y la distribución equitativa de ingresos; la incorporación de mecanismos técnicos y financieros que mejoren la disponibilidad y el acceso a los alimentos; regulaciones para asegurar el abasto continuo y la inocuidad de los alimentos; medidas de protección jurídica, social y económica para la producción sostenible de alimentos; la protección de la cultura alimentaria y de la diversidad biológica de los alimentos; promover la educación nutrimental, la vigilancia del estado de nutrición, las medidas de protección específica a grupos vulnerables y en casos de catástrofes, entre otros.

6.6. Tuberculosis pulmonar

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, a nivel global, cada año mueren casi dos millones y medio de personas debido a la tuberculosis y ocho millones más padecen esta enfermedad. En nuestro país, cada año se diagnostican alrededor de quince mil casos nuevos y se producen alrededor de dos mil defunciones debidas a este mal. Durante los últimos cinco años, en México se ha incrementado la incidencia, apreciándose un aumento del 24% en el número de casos, mientras que la tasa de mortalidad aumentó de 14 a 18.7 casos por cada 100,000 habitantes. El 50% del total de los casos registrados en el último año, se concentra en 10 entidades federativas. El grupo de edad más afectado por la tuberculosis es el de los mayores de 15 años y entre éstos se encuentran los de 25 y más años, que son los que presentan mayor riesgo de contraer la enfermedad¹⁹⁴. La letalidad de este padecimiento se incrementa considerablemente después de los cuarenta y cinco años.¹⁹⁵ Aunque en México la gran mayoría de la población vive con el bacilo de la tuberculosis en su organismo, sólo una pequeña parte desarrolla la enfermedad.

La tuberculosis pulmonar es el resultado de la reactivación de una infección por un bacilo denominado *mycobacterium tuberculosis*, la cual puede ser propiciada por el debilitamiento de las defensas del organismo debido a otros padecimientos tales como la desnutrición, la diabetes o el VIH/SIDA¹⁹⁶. También puede ser causado por otros factores que de manera aislada o asociados entre sí, intervienen en el desarrollo de la enfermedad. Entre los más importantes encontramos la mala alimentación, las condiciones inadecuadas de la vivienda o trabajo, así como el hacinamiento. Influyen de manera decisiva la pobreza extrema, la baja escolaridad, la migración, así como la falta de acceso a información y servicios médicos. La tuberculosis también afecta a las poblaciones que viven aglomeradas en los centros de reclusión, tales como las prisiones, los hospitales psiquiátricos, así como en campamentos de refugiados o desplazados.

La persistencia de altas tasas de tuberculosis pulmonar en cualquier lugar sugiere poderosamente que la población enfrenta obstáculos importantes para el ejercicio del derecho a la salud y de otros Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), debido a que los principales determinantes sociales de esta enfermedad están asociados a la exclusión y la pobreza. Cuando la tuberculosis afecta de manera diferenciada a los diferentes grupos de una población, constituye también un indicador de las desigualdades sociales que existen en ella. En el caso de Chiapas, la tuberculosis

194 Se puede corroborar en el sitio; <http://www.ecosur.mx/tuberculosis/tb3>.

195 Nájera Ortiz JC, Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz H, Arana-Cedeño M, Salazar Lezama MA, Martín Mateo M. Health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Chiapas, Mexico. Sometido para su publicación a la *International Journal of Epidemiology*. Julio, 2007.

196 Sánchez-Pérez HJ, Flores-Hernández JA, Jansá JM, Caylá JA, Martín-Mateo M. Pulmonary tuberculosis in areas of high levels of poverty in Chiapas, Mexico *International Journal of Epidemiology*. 2001;30:386-393

afecta en una forma proporcionalmente mayor a los indígenas, y por esto constituye también un indicador de la discriminación social.

Existe una doble asociación de esta enfermedad con la pobreza, ya que por un lado la población pobre tiene un mayor riesgo de contraer la enfermedad y de que ésta sea diagnosticada tardíamente. Y, por el otro, porque la naturaleza altamente incapacitante de la tuberculosis limita las posibilidades de desempeñar actividades económicas. Los y las enfermas con tuberculosis y sus familias atraviesan por situaciones complejas y difíciles durante las cuales con frecuencia, no sólo se ve obstaculizada su capacidad de trabajar y obtener ingresos, sino que debido a los gastos que se derivan de la búsqueda de atención, se produce un mayor empobrecimiento y endurecimiento de sus condiciones de vida. Los enfermos de tuberculosis también están expuestos a la estigmatización, lo que aumenta su vulnerabilidad a la discriminación y a la exclusión social, fenómenos que invariablemente agravan su manejo y control.

En Chiapas, 7 de cada 10 personas que se enferman de este padecimiento son hablantes de alguna lengua indígena. La manera diferenciada en la que la tuberculosis incide en los diversos grupos de población del país visibiliza las desigualdades. Las fallas e insuficiencias de los programas se concentran con mayor fuerza en los lugares apartados y con menor supervisión, lo que contribuye a ahondar estas diferencias.

Debido a las barreras existentes para el acceso a los servicios y a la falta de pertinencia cultural de éstos, existe una alta probabilidad de que muchos enfermos indígenas con tuberculosis nunca sean diagnosticados o no sean tratados adecuadamente. El hecho de que no reciban un tratamiento correcto se traduce en un riesgo, no sólo de que no se curen, sino que su enfermedad se haga más peligrosa para ellos y los demás. A esta forma agravada de la enfermedad se le denomina tuberculosis Multidrogo Resistente, (MDR) la cual es una complicación que aunque a veces se debe a algunas características propias de los enfermos, la mayoría de los casos es el resultado de deficiencias en el tratamiento, tales como abandonos o interrupciones¹⁹⁷.

El hecho de que existan formas de prevenir la tuberculosis, medicamentos eficaces y estrategias efectivas para su control, hace que la efectividad de los programas para combatirla dependan fundamentalmente de la voluntad política, de los recursos asignados, la capacidad técnica y, de manera especial, de la pertinencia cultural y de género de las intervenciones; todas éstas responsabilidades ineludibles del Estado.

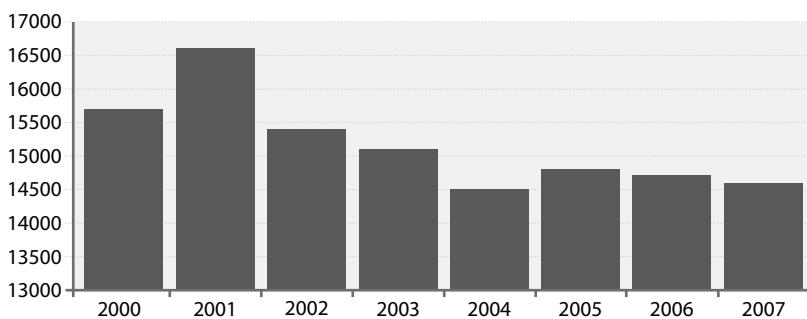
197 La TB MDR es por definición, la infección producida por cepas resistentes a los dos medicamentos más potentes: La Isoniazida y la Rifampicina, lo que hace más difícil su tratamiento. El TAES es un medio excelente para prevenir la TB MDR, la cual constituye una amenaza emergente para el control global de la tuberculosis.

(Partners in Health, *Guías para el Tratamiento y Manejo de la Tuberculosis Mutidrogo Resistente*, División de Medicina Social y Desigualdad en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, Boston, 2004).

6.6.1. La tuberculosis pulmonar en Chiapas

En México, entre 1993 y 1998 se había incrementado en 24% el número de casos de tuberculosis pulmonar, y de 33.5% en las tasas de mortalidad, que pasaron de 14 a 18.7 casos por cada 100,000 habitantes¹⁹⁸. En 2000, el número de casos ascendió a 18,434, con una tasa de 18.3. A partir de entonces, la incidencia ha disminuido lentamente en 11% para alcanzar, en 2007, 17,143 casos nuevos, con una tasa de 16.3¹⁹⁹ de tuberculosis en todas sus formas, correspondiendo a la pulmonar la cifra de 14,422 enfermos con una tasa de 13.4.

Gráfica 9
Incidencia de Tuberculosis Pulmonar
México 2000-2007.



FUENTE: Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica. DGE/SSA

A nivel nacional, los fallecimientos por tuberculosis en 1997 alcanzaron una cifra de 3,663 con una tasa de 3.9. Entre 2000 y 2007, la mortalidad registrada disminuyó en alrededor del 36% al descender de 2.8 a 1.8 en 2006, con 1,896 defunciones. Las tasas de mortalidad son mayores en hombres que entre mujeres; en Chiapas, por ejemplo, la tasa de mortalidad en 2003 fue de 11.1 por 100,000 para hombres y de 6.7 para mujeres.

La información epidemiológica de la tuberculosis en el estado de Chiapas no se encuentra desagregada de acuerdo al origen étnico de su población. El único recurso para estimar la prevalencia de este padecimiento en la población indígena es la información de casos presentados en los municipios de mayoría indígena, aunque ésta denota graves problemas de subregistro y no está disponible en los reportes oficiales.

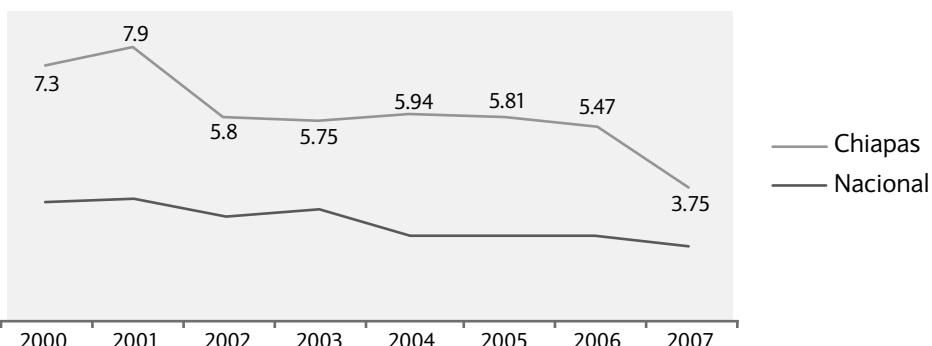
Respecto al tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar, la Secretaría de Salud reportó que en 2004 el 71% de los tratamientos de pacientes con tuberculosis

198 Secretaría de Salud; "Manual de procedimientos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis"; México. D.F.: Secretaría de Salud de México; 1999

199 Secretaría de Salud, *Epidemiología, sistema único de información, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2008:13, 23-29 marzo.*

pulmonar se llevó a cabo bajo el esquema del TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)²⁰⁰ y una tasa de curación del 83%²⁰¹. En Chiapas, durante el período de 1989 a 1996, poco más de 95% de los nuevos casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados iniciaron su tratamiento, de los cuales solamente el 73.2% lo terminó. Se registraron abandonos del tratamiento en 18% de los pacientes y fracasos en 8%. La eficacia del tratamiento alcanzó solamente 90.3%, lo que podría implicar la falta de supervisión del tratamiento y la presencia de cepas de tuberculosis resistentes a los medicamentos primarios²⁰².

Gráfica 10
Mortalidad por Tuberculosis por 100,000.



Gráfica elaborada con base a datos de: Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, Condiciones de Salud, Indicadores Básicos 2000-2004, México, 2006 y de información proporcionada por la Dirección de Salud Pública del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2008.

Como se muestra en la gráfica anterior, las cifras oficiales muestran un descenso de la incidencia y de la mortalidad por tuberculosis en Chiapas. Sin embargo, existen estudios –uno de los cuales fue llevado a cabo por la Defensoría del derecho a la salud– en regiones de alta y muy alta marginalidad del estado, que muestran resultados contrastantes y revelan cifras de prevalencia y mortalidad para la población indígena, muy por encima de las que señala la información gubernamental. Estas divergencias se deben fundamentalmente a que los datos obtenidos son consecuencia de una búsqueda activa de enfermos. La búsqueda activa consiste en detectar, mediante visitas generalmente domiciliarias en localidades muestreadas, a las personas que presentan tos productiva por más de quince días de evolución (tosedores crónicos) y realizando análisis de laboratorio (baciloscopías de las muestras de esputo obtenidas para identificar la presencia del *mycobacterium**).

200 Del TAES se hablará con mayor detalle más adelante

201 Naciones Unidas, Milenio Indicators Database, N.Y. 2003

202 Revista Panamericana de Salud Pública, "La búsqueda de Atención para la Tuberculosis en Chiapas, México"; Washington mayo 2001. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo, José Eugenio Dorantes Jiménez Se puede ver: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500001

Los servicios de salud pública limitan generalmente su control a aquellos enfermos que acuden espontáneamente a los servicios en busca de atención. En una población que enfrenta graves obstáculos físicos, económicos y culturales para el acceso a los servicios de salud, como el caso de la mayoría de los indígenas chiapanecos, las probabilidades de ser diagnosticados se reduce considerablemente. Además, parte de la importancia de la búsqueda activa de enfermos con tuberculosis radica en que los enfermos que no están en tratamiento pueden infectar de 10 a 15 personas por año.²⁰³

Algunos resultados del estudio

En el estudio realizado en 2002 en las regiones afectadas por el conflicto armado, citado anteriormente, se realizó una búsqueda activa de tosedores crónicos y se practicaron estudios de laboratorio a los tosedores crónicos encontrados en 46 localidades.²⁰⁴ En esta búsqueda se encontraron 29 casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales sólo 13 habían sido diagnosticados previamente por el Sistema de Salud, lo que equivale a un subregistro del 55%. La tasa cruda de prevalencia, estimada en este estudio, fue de 85.3 por 100,000²⁰⁵. Al calcular esta tasa entre la población mayor de 15 años, ésta alcanza 161.2/100,000. De los 13 casos que ya habían sido diagnosticados, uno no había recibido tratamiento, seis se encontraban con medicación antituberculosa y seis más lo habían abandonado debido a deficiencias en el tratamiento y seguimiento.

En la encuesta de mortalidad del estudio arriba mencionado, se registraron doce muertes que, por sus características determinadas a través de un proceso de “autopsia verbal”, tenían una alta probabilidad de tuberculosis pulmonar. Es importante señalar también que el 48.3% de los casos de tuberculosis se

203 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Tuberculosis y Secuelas de Tuberculosis, http://portal.iner.gob.mx/inerweb/GEN_cont_esp.jsp?contentid=886&version=1&channelid=3.

La vía de transmisión de la tuberculosis es aérea generalmente. Un enfermo sin tratamiento cuando tose, habla o estornuda expulsa secreciones con bacilos. Las gotas de Pflügger, que miden unas 100 micras, van directamente de la persona enferma a ser inhaladas por las personas que se encuentran cerca. Al desecarse se convierten en partículas más pequeñas, que pueden permanecer mucho tiempo en suspensión y ser transportadas por el aire. Por eso la habitación de un enfermo puede ser infectante en ausencia temporal del mismo, si no se la ventila y no entra el sol.

204 Sánchez-Pérez, HJ, Arana-Cedeño, M y Yamin, A, “Pueblos Excluidos, Comunidades Erosionadas, la situación del Derecho a la Salud en Chiapas, México”; Physicians for Human Rights, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud y ECOSUR, México, 2006. Este estudio mostró invariablemente peores indicadores de salud, incluyendo los de tuberculosis pulmonar en la población de localidades divididas. Esto sugiere fuertemente que la pérdida de capacidad de gestión y la degradación de los mecanismos de apoyo intracomunitarios debido a conflictos políticos, religiosos o de cualquier otra ídole, incrementan la vulnerabilidad de la población y disminuyen su capacidad de respuesta.

*El análisis de laboratorio más frecuente consiste en solicitar a los enfermos tres muestras de sus expectoraciones, las cuales son fijadas y teñidas para identificar en ellas al Mycobacterium Tuberculosis. Este análisis recibe el nombre de baciloscopía.

205 La tasa cruda es el numero de casos por 100,000 tomando en cuenta a toda la población.

encontraron en comunidades que estaban divididas por conflictos sociales; por lo que estas divisiones constituyen un factor agregado de riesgo.²⁰⁶

En el mismo estudio sobre la situación del derecho a la salud, el cual se concentró en las regiones afectadas por el conflicto armado, se señalaron como razones asociadas a la falta de acceso (geográfico y económico) a los servicios de salud gubernamentales, “maltrato, condicionamiento y negación de la atención”, como causas de la no atención de los casos encontrados de tuberculosis sin tratamiento²⁰⁷.

Para la devolución de los resultados del estudio arriba mencionado a la población, se llevaron a cabo asambleas comunitarias en las localidades estudiadas y talleres conjuntos a los que acudieron representantes de casi todas ellas. Estos talleres tuvieron lugar en San Cristóbal de las Casas durante los primeros meses de 2008, y en ellos se expusieron abundantes testimonios de situaciones sobre los obstáculos de comunicación, de discriminación y mala calidad de los servicios. Los representantes de estas comunidades coincidieron en señalar que estas situaciones provocan desconfianza, la que a su vez inhibe la búsqueda de atención y propicia el abandono del tratamiento. Se expresó, además, que donde hay centros de salud o clínicas, la atención que se presta a los indígenas de esas regiones es precaria y con frecuencia es discriminatoria debido a criterios políticos o religiosos²⁰⁸.

6.6.2. Los Altos de Chiapas: más enfermos invisibilizados

Chiapas tiene dos regiones en donde la tuberculosis pulmonar adquiere una magnitud y trascendencia muy especial. Una de ellas, con el mayor número de casos es la región de Tapachula, a la cual se le otorga actualmente una mayor atención debido, en gran medida, a su carácter internacional y por la importancia de los flujos migratorios transfronterizos. El incremento de casos en esta región ha concentrado la atención en esta región, tanto por parte de las autoridades de salud mexicanas como guatemaltecas y del apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.²⁰⁹

En la región de Los Altos, segundo lugar estatal por el número de casos registrados, la historia es muy diferente. La detección de casos que acuden espontáneamente a los servicios se ha reducido, a pesar de que las condiciones sociales y de atención no han mejorado de manera significativa. Una mejor detección de casos de tuber-

206 Ibíd.

207 Ibíd.

208 CESC-DDS, PHR Y ECOSUR, Informe sobre el proceso de devolución de la información del proyecto Salud y Paz, documento no publicado, 2007.

209 <http://www.jornada.unam.mx/2007/12/04/index.php?>

culosis en la región de Los Altos muy probablemente traería como resultado que la prevalencia de tuberculosis en esta región se equiparara a la de Tapachula.

La migración de las comunidades de Los Altos se ha incrementado considerablemente en los últimos años, por lo que control de la tuberculosis en esta región debería considerarse igualmente importante y otorgársele recursos similares. El programa en esta zona, mayoritariamente habitada por indígenas, presenta deficiencias alarmantes.

Los problemas existentes en los servicios de atención para la población de la región de Los Altos fueron evidenciados por un estudio realizado por el Colegio de la Frontera Sur entre 2004 y 2005²¹⁰. Este estudio tiene implicaciones de gran relevancia para la situación actual, debido a que revisiones más recientes del programa, actualmente en proceso, no muestran mejoría significativa y porque algunos de los enfermos identificados en ese estudio siguen sin curarse y sin recibir una atención adecuada. Con relación a estos últimos, se han realizado algunas acciones jurídicas que describiremos más adelante.

El estudio arriba mencionado se realizó a partir de los registros de los casos de tuberculosis pulmonar de la jurisdicción sanitaria II de la Secretaría de Salud en la región de Los Altos.²¹¹ Este consistió en la búsqueda activa de los pacientes diagnosticados durante un periodo de cinco años comprendido entre 1998 y 2002. El principal objetivo del estudio fue el de conocer las características del tratamiento recibido y su resultado. Se encontró que durante el lapso mencionado se habían diagnosticado con baciloscopías positivas 431 casos. Todos ellos fueron buscados en las localidades y domicilios registrados por la Secretaría de Salud al momento de tomar las muestras para su estudio. El proceso de búsqueda se inició en noviembre de 2004 y se extendió a lo largo de diez meses. Durante este tiempo, los pacientes encontrados fueron entrevistados y se aplicó un cuestionario a los familiares de los enfermos que habían fallecido, mediante el proceso denominado autopsia verbal, el cual consiste en una entrevista dirigida a conocer las condiciones de la enfermedad y la muerte con el fin de establecer la causa probable del fallecimiento y saber, en estos casos, si la muerte había sido consecuencia de la enfermedad. En el caso de los fallecidos, se obtuvieron datos sobre las causas de muerte, el lugar, la fecha y la atención recibida, así como la información registrada en el certificado de defunción.

A los pacientes visitados que presentaban tos productiva, se les pidió una serie de tres muestras de esputo²¹², la cual fue sometida a análisis baciloscópico y cuando

210 JC Nájera-Ortiz, HJ Sánchez-Pérez, H Ochoa-Díaz, M Arana-Cedeño, MA Salazar Lezama, and M Martín Mateo *Demographic, health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico*. Int. J. Epidemiol., August 2008; 37: 786 - 795.

211 Nájera-Ortiz JC, Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz H, Arana-Cedeño M, Salazar Lezama MA y Martín Mateo, M, Op. Cit.

212 Expectoración de flemas y saliva, la cual es analizada para buscar los bacilos de la tuberculosis con fines diagnósticos.

fue necesario, de acuerdo a la normatividad nacional, se hizo un cultivo. De los 431 casos buscados, 78 ya habían fallecido, 145 no fueron encontrados en la localidad y 208 fueron encontrados vivos. De éstos últimos, 189 aceptaron contestar un cuestionario sobre las características de la atención y el estado. En 146 casos ya no había sintomatología o las nuevas baciloskopías realizadas fueron negativas. Diecisiete pacientes no entregaron muestras de esputo para ser examinadas, se encontraron 5 casos positivos, entre los cuales 3 presentaban formas de tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR). En los registros de la Secretaría de Salud, dos de estos últimos casos aparecían como dados de alta por curación.

En 40 de los 78 fallecimientos, por medio de la “autopsia verbal” se encontraron evidencias de que la muerte fue producida por la tuberculosis pulmonar. De éstos, el 85.5% eran indígenas, 52.7% tenían más de 40 años; el 54.5% eran hombres y el 80% no tenía ninguna escolaridad. De las personas que fallecieron, 15 murieron por causas diferentes a la TB, mientras que en 26 casos, las causas de muerte no pudieron ser determinadas con claridad. Sólo el 5% fallecieron por tuberculosis y el 16.5 de los encontrados vivos recibieron un tratamiento supervisado. Ninguno de los 5 casos que resultaron positivos en el análisis bacteriológico, incluyendo los tres casos con droga resistencia, recibieron TAES.

Por medio de la búsqueda, se encontró que sólo en el 33.9% (146) de los enfermos diagnosticados con tuberculosis pulmonar se encontraron datos de curación, mientras que los registros de la institución señalaban un porcentaje de curación de 59.2% (255). De los 208 vivos se hizo un seguimiento de 189 pacientes. Las características de estos 189 pacientes, que expresan condiciones subyacentes de discriminación y desatención de los determinantes sociales de la salud, son las siguientes:

- El 67.7% correspondía a población rural.
- El 64.0% vive en comunidades diferentes a la cabecera municipal.
- El 49.7% tenían entre 15 y 34 años de edad.
- El 52.4% eran mujeres.
- El 70.9% eran indígenas.
- El 57.1% no tenían escolaridad alguna.
- El 96.8% no eran derechohabientes de algún programa de seguridad social.
- En el 89.9% de hogares de los enfermos se utilizaba leña o carbón para cocinar.
- En el 66.1% de las viviendas tenían piso de tierra.
- En el 66.1% las viviendas no contaban con un medio adecuado para la deposición de excretas.

Francisca y Sebastián: Dos testimonios de casos de TB en Chiapas²¹³

El caso de Francisca

Francisca, mujer tzotzil de 38 años, radica en una localidad ubicada a 20 minutos de San Cristóbal de las Casas, en una vivienda sobre un camino asfaltado. Francisca padece una tuberculosis MDR diagnosticada desde hace ocho años. En dos ocasiones interrumpió los tratamientos autoadministrados que recibió. Ella menciona que no recibió suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento, además de haber recibido regaños y malos tratos del personal de salud.

Hablando en tzotzil, su lengua materna, dijo que hace tres años (2005) un médico de la secretaría le dijo que su enfermedad ya no tenía remedio y que era un peligro de contagio para los demás; por lo que Francisca sintió profunda tristeza y desconfianza hacia el personal de salud, ya que pensó que le “*podían dar pastillas envenenadas para matarla, para que no contagiara a otras personas*”. El mismo médico le indicó que no debería asistir a las pláticas de Oportunidades porque podía contagiar a las demás mujeres. Debido a esto, también perdió los beneficios del programa.

En una reunión, el personal de salud informó a toda la comunidad sobre su padecimiento; por lo que tuvo que cerrar el molino en el que trabajaba y del que vivía su familia. Desde entonces, ya no vienen a visitarla.

Francisca es una mujer desplazada por los conflictos religiosos del municipio de Chamula desde hace 16 años. Su estado de salud sigue empeorando. Ella menciona que desea curarse; sin embargo, después de un año que se solicitó a la Secretaría de Salud su intervención y se confirmó la MDR, continúa sin tratamiento.

El caso de Sebastián

Sebastián es originario del municipio de Oxchuc, habla tzeltal y español y tiene 33 años. Fue diagnosticado de tuberculosis desde 1995 y en 2005 se conoció su situación de MDR. Sebastián recibió tratamiento autoadministrado en dos

213 Los testimonios incluidos corresponden a los casos detectados en el estudio (Nájera Ortiz JC, Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz H, Arana-Cedeño M, Salazar Lezama MA, Martín Mateo M. Demographic, Health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Chiapas, Mexico. Aceptado para su publicación el 19 de marzo de 2008 en el *International Journal of Epidemiology*.) Estos casos padecen hasta la fecha en la que se redactó este texto de una TB MDR sin tratamiento. La Defensoría del derecho a la Salud, junto con la Comisión Mexicana para la Promoción y Defensa de los derechos Humanos, han solicitado medidas cautelares a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para exigir la atención de estos enfermos. Los nombres de los enfermos fueron cambiados para proteger la confidencialidad de los enfermos.

ocasiones. Sin embargo, debido a falta de medicamento en la clínica, su tratamiento se interrumpió en varias ocasiones.

Sebastián fue visitado en abril de 2008 por integrantes de ECOSUR y de la Defensoría del derecho a la salud los cuales lo encontraron en muy malas condiciones de salud, sufriendo hemoptisis*. En julio de 2008, Sebastián recibió un tratamiento con dos drogas (Pirazinamida y Ethambutol) y debido a que el primer medicamento escaseaba, terminó recibiendo sólo Ethambutol.

Al entrevistar al médico encargado de darle el tratamiento en su comunidad y preguntarle la razón por la cual estaba recibiendo un tratamiento incompleto, dijo: “que ese era el medicamento que le habían enviado de la jurisdicción, dado que no tenían la Pirazinamida que también se le había proporcionando anteriormente”. Poco después, debido a los cuestionamientos, dejó de recibir esta droga. Un cultivo realizado poco después demostró que ahora su tuberculosis también era resistente al Ethambutol y la Pirazinamida.

En una visita al final de 2008, Sebastián dijo: “No me han visitado ninguna vez desde que ustedes lo hicieron hace un poco más de 6 meses, desde ese entonces tampoco me siguieron el tratamiento que llevaba con dos medicamentos, Ethambutol y Pirazinamida, “por lo que estoy esperándolos que algunos de ustedes me visitaran(sic), cada vez que oigo algún ruido de carro que se para aquí cerca de mi casa, veo y nos son ustedes porque para mí es algo que me visitan me da ánimos de seguir luchando con mi enfermedad”.

“Respecto a mi enfermedad, debido a la falta de atención de la Secretaría de Salud, he pensado ir a un médico particular donde me puedan atender urgentemente, porque ya no aguento todo este dolor de casi toda la vida... Quedé en condiciones de gravedad y una semana en reposo sin recibir atención médica, con mucha tos verdosa, fiebre, dolor de cabeza, sin ganas de comer y con falta de aire. Actualmente me siento un poco estable de manera que mis papás no me dejan trabajar porque saben que me debilito demasiado”. A principios de 2009, el estado de salud de Sebastián y su pobreza se habían agravado severamente. Continuaba sin tratamiento.

La baja tasa de curación y el inaceptable porcentaje de muertes y casos perdidos encontrados en el estudio constituyen un fracaso programático y un incumplimiento de las responsabilidades del Estado. Debido a la situación de estos y otros pacientes, desde agosto de 2008, la Defensoría del Derecho a la Salud, con el apoyo de la CMPDH recurrió al Sistema Interamericano de Derechos Humanos con el fin de solicitar

medidas cautelares. Este proceso, motivado por la urgencia de un tratamiento para proteger la vida de los enfermos ha sido, sin embargo, de gran lentitud. La CIDH concedió dos prórrogas a las autoridades mexicanas para responder a la información proporcionada sobre cinco enfermos y la solicitud de localizar y tratar a los 141 más de los que las autoridades sanitarias no tienen información.

La solicitud de medidas cautelares obedece a la necesidad de una atención urgente para proteger la vida de los enfermos. Las prórrogas prolongaron el proceso y con ello se perdió la efectividad de las medidas. Al momento de escribir este texto, ocho meses después de que las medidas cautelares fueron solicitadas, los enfermos continuaban sin recibir tratamiento alguno.

Una de las razones que ha retardado la atención a los pacientes con MDR, en el estado de Chiapas, ha sido la lentitud del proceso de adquisición de los medicamentos de segunda línea. A pesar de que el Comité Estatal del MDR ha dictaminado e indicado el tratamiento para los tres casos incluidos en la solicitud de las medidas cautelares y de cinco enfermos más, el retraso de la adquisición de medicamentos ha evidenciado la falta de mecanismos ágiles de compra y, de acuerdo a la Defensoría del Derecho a la Salud, hubo una demora injustificada en las decisiones de adquisición, sobre todo cuando durante el 2008 existió un significativo subejercicio del presupuesto estatal de salud²¹⁴.

La tuberculosis es una enfermedad para la cual, desde hace mucho tiempo, existen los medios para su diagnóstico y tratamiento. Esto quiere decir, desde la perspectiva médica, que se trata de una enfermedad evitable y curable que debe ser atendida por el Estado mexicano. No obstante, en la actualidad se trata de una enfermedad que se inserta dentro de los sectores más vulnerables como la población indígena, jornaleros, niños de la calle y todas aquellas personas o grupos de personas en desventajas económicas y sociales²¹⁵. A continuación presentamos la estrategia que dentro de la comunidad internacional se ha tomado para combatir la tuberculosis, la cual debería ser una prioridad y obligación para el Estado mexicano.

6.6.3. El Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)

Para referirse a la estrategia y los servicios de la lucha contra la tuberculosis, es importante recordar el contenido esencial del derecho a la salud, para el cual el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en

214 La Defensoría del derecho a la salud documentó que en 2008, ante la falta de suministro de medicamentos contra la tuberculosis por parte de la Secretaría de Salud estatal, algunas jurisdicciones sanitarias se vieron obligadas a solicitar apoyo en medicamentos antifírmicos al IMSS Oportunidades, lo que evitó suspender tratamientos a enfermos con tuberculosis.

215 Tomado de *Los Derechos enfermos con Tuberculosis*, Defensoría del Derecho a la Salud, 2001.

su Observación General 14,²¹⁶ sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, establece los elementos: disponibilidad, accesibilidad –que incluye no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información-, aceptabilidad y calidad²¹⁷.

Con base a estos elementos, las acciones para el diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar deben realizarse de acuerdo a la estrategia que la Organización Mundial de la Salud inició y recomendó desde 1995 y generalizó en 2006, denominada TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)²¹⁸. Esta estrategia ha sido integrada a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud (NOM-006-SSA2-1993); por lo que el TAES debe de ser considerado como la condición mínima aceptable para el tratamiento y control de los enfermos de tuberculosis.

A nivel nacional, en el Programa de Acción: Tuberculosis 2001-2006 (retomado para el periodo 2006-2012) se establece una estrategia clara de instrumentación del TAES y la suficiencia de recursos. El programa nacional establece metas que señalan una progresividad adecuada en cuanto a la cobertura, los estándares internacionales de diagnóstico y curación, así como en la temporalidad con la que van a alcanzarse. Asimismo, expresa que debe proporcionarse a los enfermos y a sus familias información adecuada en la que se mencionan los derechos del paciente. En resumen, podemos afirmar que desde el punto de vista normativo, existen las condiciones necesarias para el desarrollo de acciones efectivas y universales para el combate a la tuberculosis en el país.

Ya que desde hace más de una década el TAES fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud como la única estrategia efectiva para el control de la tuberculosis pulmonar²¹⁹, éste puede considerarse como el estándar mínimo aceptable que debe de ser provisto por los Estados para dar cumplimiento a sus responsabilidades, tal y como lo señala el artículo 12 del PIDESC. Por ello, la instrumentación progresiva del TAES es uno de los indicadores más relevantes para evaluar el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de tuberculosis.

La estrategia del TAES consta de cinco componentes: Voluntad política para que el control de la TB sea una prioridad; apoyo bacteriológico confiable para la detección

216 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Ginebra, 2000.

217 Véase Metodología.

218 El TAES es también conocida como DOTS por sus siglas en inglés: *Directly Observed Treatment (Shortened) Strategy*

219 Asamblea Mundial de la Salud, resoluciones WHA44.8 y WHA46.36 en las que se establecieron las metas mundiales de la lucha contra la tuberculosis para el año 2000 y la que se insta a los Estados Miembros a introducir el DOTS (TAES). Estas dos resoluciones constituyen los pilares de la Iniciativa "Alto a la tuberculosis". La Declaración de la Conferencia Ministerial sobre Tuberculosis y Desarrollo Sostenible celebrada en Ámsterdam en marzo de 2000 reforzó el compromiso de los gobiernos de implementar el TAES.

de casos; tratamiento acortado directamente supervisado; suministro adecuado de medicamentos e insumos y monitoreo. Salvo el primero, el seguimiento del TAES puede ser verificado mediante el análisis de casos concretos. El TAES también tiene en cuenta los obstáculos al acceso, la equidad y la calidad, e incorpora innovaciones basadas en la evidencia en colaboración con los dispensadores de atención de salud privados, habilitando a las personas y comunidades y reforzando los sistemas de salud, así como fomentando la investigación.

En 2006, la OMS puso en marcha la nueva estrategia “Alto a la tuberculosis”, cuyo punto de partida es el TAES. Desde su creación, se han tratado más de 22 millones de pacientes con principios basados en esta estrategia. El éxito se fundamenta en la nueva estrategia de seis puntos, al tiempo que reconoce los principales desafíos de la tuberculosis/VIH y la tuberculosis MDR²²⁰. Los seis principios de la estrategia “Alto a la tuberculosis” son:

1.- *Ampliación y perfeccionamiento del tratamiento TAES de alta calidad.* A fin de que todas las personas que lo necesiten, en particular las más pobres y más vulnerables, puedan acceder a servicios de alta calidad, es preciso ampliar el tratamiento TAES para llegar incluso a las zonas más remotas.

2.- *Afrontar la combinación de tuberculosis y VIH, la tuberculosis MDR y otros retos.* Para lo cual es necesaria la aplicación del TAES y el desarrollo de otras medidas especiales.

3.- *Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.* Los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis deben contribuir a las estrategias generales encaminadas a promover los sistemas de financiación, planificación, gestión, información y suministro, así como la introducción de métodos innovadores para ampliar la prestación de servicios.

4.- *Coordinación entre todas las instancias de atención para la salud.* Los enfermos de tuberculosis recurren a una amplia variedad de dispensadores de atención de salud: tradicionales, públicos y privados. Para garantizar el acceso y una buena calidad de la atención, es preciso que entre éstos haya una unificación de criterios y una coordinación adecuada.

5.- *Potenciar la capacidad de acción de los enfermos de tuberculosis y de las comunidades.* Los proyectos de atención comunitaria de la tuberculosis han demostrado que las personas y las comunidades pueden realizar algunas tareas esenciales de lucha contra la enfermedad. Estas redes pueden movilizar a la sociedad civil, además de garantizar el apoyo político y el sustento a largo plazo de los programas de lucha contra la tuberculosis.

220 What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/CDS/CPC/TB/99.270).

6.- Fomentar y promover la investigación. Si bien los instrumentos actuales permiten luchar contra la tuberculosis, el perfeccionamiento de las prácticas y la ulterior eliminación de esta enfermedad dependerán de las innovaciones en materia de métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas.

TAES a la luz de los derechos humanos

El TAES ha sido objeto de serios cuestionamientos desde la perspectiva de los derechos humanos. Esto se debe fundamentalmente a que si no se aplica con una visión crítica, esta estrategia puede inducir a que los trabajadores de salud se centren en señalar las fallas y omisiones del paciente y enmascarar las deficiencias de los servicios de salud, ignorando la existencia de barreras importantes que muchos enfermos enfrentan para tener acceso a estos servicios. Algunas de estas barreras pueden ser económicas, tales como la falta de recursos para el transporte, otras pueden ser debidas a la falta de apoyos familiares o comunitarios, el estigma o de comunicación. Estas últimas son especialmente importantes en contextos interculturales, como en el caso de Chiapas, en donde la población reiteradamente señala la falta de conocimiento de las lenguas indígenas del personal de salud, el uso de un lenguaje poco accesible, la falta de materiales educativos adecuados y, en especial, el tono regañón y autoritario con el que algunos trabajadores de la salud se dirigen a los enfermos; principalmente cuando éstos son indígenas²²¹.

Algunos autores (Hurting et al. 1995) han advertido que debido a la gran asimetría de poder que existe entre los trabajadores de salud y los pacientes, el TAES es susceptible de ser aplicado inadecuadamente; esto ocurre cuando se hace recaer casi totalmente la responsabilidad de la curación en los enfermos.²²² Este problema puede verse con claridad en las respuestas que el Estado mexicano ha dado a las preguntas elaboradas por la CIDH sobre los casos de tuberculosis no atendidos y que son semejantes a las respuestas de muchos funcionarios estatales o jurisdiccionales de salud cuando son interrogados acerca del fracaso de tratamientos o a las bajas cifras de curación.

Con mucha frecuencia, éstos se limitan a señalar que los enfermos desertaron del programa, que abandonaron el tratamiento o fueron negligentes, afirmación con la que ponen punto final a las interrogantes. En Chiapas, es

221 Los problemas de comunicación y los regaños han sido los motivos de queja más frecuentes, después de los problemas de abasto de medicamentos en los puestos de salud en los resultados de la aplicación de guías de verificación sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud y de los talleres de devolución de información en regiones indígenas de Chiapas por la Defensoría del derecho a la salud en 2007 y 2008.

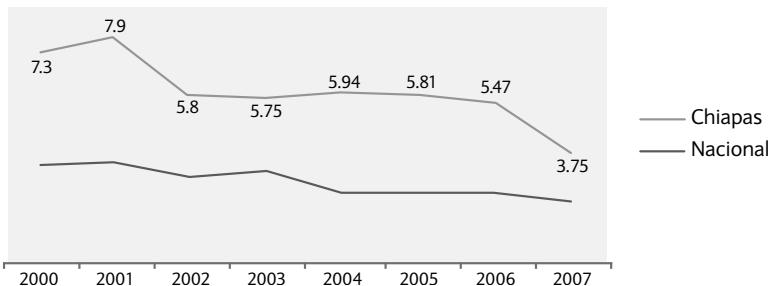
222 Hurting A.K., Porter J:D:H y Ogden J.A., *Tuberculosis Control and directly observed Therapy from the Public Health/Human Rights Perspective*, International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases (1999) 3(7):553-560.

muy frecuente que cuando los trabajadores de salud se topan con dificultades para iniciar la medicación de un paciente o cuando hay un enfermo que no manifiesta adherencia al tratamiento, se pida a las autoridades locales que firmen como testigos en un acta en la que los trabajadores de salud y su institución quedan liberados de toda responsabilidad de lo que pudiera sucederle al enfermo en el futuro. La práctica de promover este tipo de actas es común en Chiapas, no sólo en casos con tuberculosis, sino para muchos otros padecimientos. Esta práctica no ha sido objeto de un análisis crítico que apunte a cambios en el enfoque de las acciones o para mejorar su pertinencia cultural. Los enfermos, por su parte, quedan a la deriva, con pocas probabilidades de que los trabajadores de salud de las instituciones se vuelvan a ocupar de ellos.

La identificación y la adopción de medidas efectivas para eliminar las barreras geográficas, económicas, culturales o de género que enfrentan los enfermos de tuberculosis para acceder al TAES constituyen parte del concepto original de la estrategia y también una responsabilidad del Estado para cumplir con sus obligaciones. En un contexto intercultural como en el de las regiones indígenas de Chiapas, estos aspectos son aún más relevantes y requieren de acciones más cuidadosas y efectivas. De otro modo, los programas reproducen y profundizan la discriminación y la inequidad.

Con el fin de evaluar las acciones contra la tuberculosis, a partir del 2001 la Secretaría de Salud ha instrumentado un índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Tuberculosis. Este se construye mediante el análisis ponderado de cinco indicadores: cobertura de la detección (20%); diagnóstico oportuno (15%); curación (30%); seguimiento adecuado (25%), y calidad de la vigilancia epidemiológica (10%).

Gráfica 11
Índice de desempeño del programa
de Acción contra la tuberculosis.



Fuente: Secretaría de Salud, México Salud 2001-2005, Información para la Rendición de Cuentas, SSA, México, 2005.

De acuerdo al Índice, Chiapas –si bien su desempeño ha mejorado de 59 en 2001 a 76 en el 2005 en una escala de 0 a 100- es la entidad de la República que registra el mayor atraso en todo el país. La evolución de la incidencia y la mortalidad registradas denotan un importante descenso de este padecimiento. La información disponible, sin embargo, no permite conocer estos indicadores en las regiones más afectadas (regiones con mayoría de población indígena) ni entre grupos especialmente vulnerables.

El elevado subregistro, estimado a través de estudios epidemiológicos oficiales en algunas regiones, no permite aquilatar adecuadamente la magnitud y la evolución de la tuberculosis en estas situaciones. La información generada por el sistema de salud no permite analizar algunos de los problemas que han sido detectados por los estudios que han llevado a cabo algunos investigadores en diferentes regiones del estado y cuyos hallazgos han sido expuestos en este documento. En gran medida, esta limitación se debe a que la información epidemiológica disponible no se encuentra desagregada por regiones y por indicadores socio-culturales, tales como ingreso, ocupación o etnia. Tampoco hay datos disponibles sobre la tuberculosis en niños y niñas menores de quince años, ni de las acciones de quimioprofilaxis y sus resultados; tampoco existe información del seguimiento de familiares expuestos. Por lo anterior, muy probablemente la reducción general de las tasas de morbilidad y mortalidad, registradas oficialmente, han sido a expensas de las regiones urbanas del estado. La población rural, sobre todo la que habita dispersa en asentamientos lejanos, se encuentra insuficientemente representada en los datos estadísticos.

Con el fin de mejorar el registro de casos de tuberculosis, promover el conocimiento que la población tiene sobre el padecimiento y su relación con los determinante sociales y los derechos, se elaboraron guías de monitoreo ciudadano, las cuales han servido para documentar, por un lado, el tipo de diagnóstico, tratamiento control y condiciones sociales de los enfermos conocidos con tuberculosis y, por el otro, identificar las acciones de salud pública que, de acuerdo a la NOM, deben realizarse en la población: vacunación con BCC, detección, reporte de resultados, información al paciente, confidencialidad de la atención, entre otros.

Estas guías de monitoreo han sido denominadas guías de verificación y tuvieron su origen en la Declaración de los Derechos del Enfermos con Tuberculosis que se elaboró como parte de un curso de actualización sobre tuberculosis en 2001 y que llevaron a cabo conjuntamente ECOSUR, la Defensoría del Derecho a la Salud y la Secretaría de Salud, el cual fue el punto de partida de varias iniciativas para el mejoramiento de las acciones contra la tuberculosis con un enfoque de derechos humanos²²³.

223 En 2001, El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC-DDS) llevaron a cabo un curso diplomado sobre tuberculosis pulmonar que conjuntó la participación de instituciones públicas, privadas, organismos civiles que desarrollan actividades relacionadas con la TB. Este curso contó también con la participación de trabajadores de salud de comunidades indígenas en resistencia civil, lo que permitió que se realizará con un máximo de pluralidad.

Al aplicar estas guías en 44 localidades indígenas de municipios de alta y muy alta marginalidad con casos de tuberculosis diagnosticados, se encontró que sólo en el 27.2% de las 44 localidades indígenas las instituciones públicas han realizado una búsqueda activa de tosedores crónicos. En estas localidades había ocho enfermos diagnosticados y en tratamiento; en ninguno de los casos tenía las características del TAES. Seis enfermos no habían recibido una información comprensible y en su propio idioma sobre cómo se transmite la enfermedad y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Se identificaron, además, tres casos en los que los tosedores nunca recibieron el resultado de laboratorio de la muestra de esputo y que continúan sin saber si tienen la enfermedad. Al aplicar las guías a los puestos de salud, éstas revelaron deficiencias en la capacitación del personal para el diagnóstico, la toma y el envío de muestras y el seguimiento de los enfermos.

6.6.4. Conclusiones y recomendaciones

A pesar del terreno que han ganado los derechos humanos en nuestro país, la forma en la que los servicios de salud abordan el problema de la tuberculosis es predominantemente biomédica. El discurso sanitario se refiere a la necesidad de considerar aspectos sociales, tales como la interculturalidad, la perspectiva de género y los derechos de los pacientes; sin embargo, el hecho es que en el caso de Chiapas la mayoría de las acciones que realizan las instituciones públicas de salud se llevan a cabo de una manera impersonal, automática y distante. Esta actitud queda reflejada en la muy escasa información que los registros de salud tienen sobre los enfermos con tuberculosis y el poco conocimiento que tiene el personal sobre las condiciones sociales y culturales de los pacientes que atiende.

Esta información es tan insuficiente, que ha sido uno de los factores que influyen en que un número injustificablemente elevado de los enfermos diagnosticados por el programa de control de la tuberculosis no puedan ser localizados para su seguimiento. El conocimiento profundo de las condiciones sociales de un enfermo de TB y el análisis de los obstáculos que puede enfrentar para su curación, es una condición indispensable para un tratamiento exitoso.

La información disponible en las estadísticas sanitarias nacionales y estatales no permite identificar la forma en que la tuberculosis afecta diferencialmente a varios grupos de la población e impide un seguimiento adecuado de las políticas públicas, sobre todo en su impacto en la reducción de las desigualdades sociales. Ante la falta de información desagregada, la tendencia descendente que la tuberculosis ha presentado a nivel nacional durante los últimos años favorece la invisibilización de la persistencia de esta enfermedad en algunos grupos sociales; por lo que es necesario el registro y reporte de la información sobre tuberculosis por grupo étnico-lingüístico y a nivel municipal.

La normatividad y las acciones del programa de control de la tuberculosis carecen de pertinencia cultural, lo cual debería ser un enfoque fundamental del programa, ya que

son las poblaciones indígenas del país quienes integran los grupos más afectados por la enfermedad. Esta debería incluir el conocimiento de las formas con las que se denomina la enfermedad, las causas a las que se atribuye, sus representaciones simbólicas, las implicaciones sociales y económicas de la enfermedad para el grupo familiar y para el enfermo, los obstáculos económicos, sociales o culturales que puede tener el enfermo para su acceso al tratamiento y, por supuesto, una comunicación suficiente, adecuada, empática, continua y en su propio idioma entre los trabajadores de salud, el enfermo y sus familiares.

La comunicación entre los trabajadores de salud y los enfermos tiene como principal objetivo la persuasión para que este último acepte el tratamiento y siga al pie de la letra sus indicaciones; el discurso utilizado por los servicios de salud generalmente culpabiliza a los enfermos insistiendo que si no siguen el tratamiento como se le prescribe, el enfermo será un peligro para sus familiares y para las demás personas que viven o trabajan con él o ella. En este discurso se soslayan los determinantes sociales de su enfermedad tanto en la explicación de la enfermedad como en las medidas a adoptar y con frecuencia se refuerza la estigmatización de los enfermos y sus familias. De este modo, el enfermo al que se le ha diagnosticado tuberculosis enfrenta un proceso de pérdida de la autoestima y de desempoderamiento que lo dejan a merced de las decisiones de otros sobre sus cuidados y tratamiento^{224*}.

Si los pacientes con tuberculosis, sus familias y comunidades entendieran que esta enfermedad está estrechamente relacionada con condiciones de vida deficientes compartidas por muchos de ellos y que en gran medida son resultantes de los obstáculos que enfrentan para el ejercicio de uno o más de sus derechos económicos, sociales o culturales, la percepción del padecimiento sería diametralmente diferente. Lograr que quienes se han enfermado de tuberculosis, sus familias y comunidades conciban el tratamiento adecuado a su enfermedad que, como un derecho, debería ser uno de los puntos de llegada de un enfoque de derechos humanos.

Un tratamiento adecuado, acompañado de algunas acciones integrales dirigidas a minimizar las consecuencias negativas de la enfermedad sobre el paciente y sus familias, así como la creación de condiciones para no volver a enfermar debería ser consideradas como las medidas mínimas de reparación del daño generado por los obstáculos al ejercicio de los DESC que propiciaron el padecimiento. El desarrollo de este enfoque requiere del diseño y desarrollo de programas de educación dirigidos a los trabajadores de salud, así como de instrumentos para ayudar a que los enfermos

224* Testimonios recabados por la defensoría del derecho a la salud en Chiapas describen cómo en algunas ocasiones, el tono imperativo y regaño que los trabajadores utilizan frecuentemente con los pacientes es reproducido por los familiares del enfermo para que siga las instrucciones del tratamiento. Esta situación profundiza la afectación de la autoestima y la pérdida de poder del enfermo en su entorno familiar y comunitario. En dos casos analizados, esta situación propició una actitud de resistencia del enfermo que se manifestó en forma de una negativa a continuar el tratamiento.

y sus familias reciban información suficiente y comprensible sobre la enfermedad y el tratamiento que le permita identificar y demandar el tipo y calidad de atención que debe recibir. Como un primer paso en esta dirección, se han diseñado y aplicado guías de verificación sobre los derechos del enfermo con tuberculosis que pueden contribuir a la discusión de este tema. (Ver anexos)

Conclusiones a la luz de las obligaciones del Estado mexicano en materia de derecho a la salud

Obligación de cumplir- La estrategia del gobierno para eliminar la TB ha demostrado ser equivocada y de poco alcance en los grupos más vulnerables, con lo que se evidencia que carecen de perspectiva intercultural, de género y de derechos de los pacientes. Asimismo, la persistencia de la tuberculosis MDR es consecuencia de la incapacidad de la política pública sanitaria no sólo para impedir que la enfermedad disminuya, sino que empeore en muchos de los casos.

No discriminación- El hecho de que la TB sea una enfermedad que se presenta únicamente en grupos indígenas, rurales y en situación de pobreza refleja la escasa voluntad política que existe por parte del Estado mexicano para establecer las condiciones necesarias para eliminar las profundas inequidades que existen en la población. Con ello puede argüirse que la prevalencia de la TB es el resultado de prácticas discriminatorias no sólo en el acceso a la salud, sino a otros factores esenciales como la vivienda digna, alimentación y educación.

Aceptabilidad- El programa gubernamental para disminuir la TB carece absolutamente de toda pertinencia cultural, hecho que se agrava si se considera que son las poblaciones indígenas las más afectadas por el bacilo.

Accesibilidad y disponibilidad- Aunado al maltrato del que frecuentemente son víctimas los pacientes de TB, se ha demostrado que la falta de infraestructura y medicamentos sean una de las causas principales por el que las personas tienden a abandonar el tratamiento y que la enfermedad empeore y se transforme en tuberculosis MDR.

En las regiones con mayoría de población indígena, las acciones institucionales no favorecen la participación de la población indígena en el diseño, ejecución y evaluación del programa, tal y como se señala en el Convenio 169 de la OIT. En el contexto de las regiones indígenas, este aspecto podría ser fundamental para mejorar la prevención, el diagnóstico y tratamiento del padecimiento. La devolución de la

información a las autoridades de los municipios con mayoría indígena y a las comunidades de origen de los enfermos sobre las características y condiciones generales de los casos de tuberculosis puede impulsar acciones preventivas, informativas, de detección, así como para el desarrollo de vínculos de apoyo para la aplicación del TAES. Los promotores de salud y otros trabajadores comunitarios de salud son un recurso de gran valor para un buen tratamiento y seguimiento de los enfermos, pero para lo cual necesitan ser reconocidos, apoyados y capacitados.

Por su estrecha relación con las condiciones de vida, la prevención de la tuberculosis en regiones de alta prevalencia debería estar orientada a un mejoramiento general de las condiciones de vida de la población, mediante medidas que promuevan una realización progresiva de los DESC. Aunque la Ley General de Salud propone abordar los problemas de salud con un enfoque integrado y multisectorial, en las normas y el programa de acción contra la tuberculosis no hacen referencia a este tipo de acciones.

En lo particular, los programas podrían incluir acciones específicas como el mejoramiento de la ventilación de las viviendas de los enfermos diagnosticados, así como asistencia alimentaria para ellos y sus familias durante el tiempo en el que reciban tratamiento y mientras recuperan su capacidad para autosostenerse. En países con menores recursos económicos que México, este tipo de acciones forman parte de los programas contra la tuberculosis y tienen un impacto muy positivo²²⁵. El redireccionamiento de una ínfima parte de los recursos que se destinan a la asistencia alimentaria en el país harían esto posible. La asistencia alimentaria a los enfermos y sus familias, el mejoramiento de la vivienda en regiones de alta prevalencia, acciones educativas, la protección laboral y el apoyo para que los hijos menores de las personas enfermas con tuberculosis permanezcan en la escuela, son algunas de las diversas acciones que podrían derivarse de un enfoque más integral del derecho a la salud.

En las regiones en donde tuberculosis es hiperendémica, como en Los Altos de Chiapas y en donde existen grandes limitaciones económicas y de acceso geográfico, la búsqueda activa y periódica de tosedores crónicos es una estrategia imprescindible. La accesibilidad a los servicios médicos, debe ser facilitada mediante la búsqueda de pacientes, principalmente en aquellas localidades en donde ya se han diagnosticado casos de tuberculosis. Este debería ser considerado un indicador importante de la accesibilidad.

Otro aspecto importante relacionado con la accesibilidad está relacionado con el costo del transporte. Este constituye una de las barreras más frecuentes para el acceso a los

225 En Perú existe como parte del tratamiento ambulatorio para pacientes con tuberculosis un programa de asistencia alimentaria especial para el enfermo y su familia. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/sisvan/web/progroy/pantbc.htm>

servicios y que con frecuencia es citado como causa de interrupción de los tratamientos. En la región de Altamirano, un pequeño apoyo económico para que los enfermos acudan al control médico periódico ha resultado ser una experiencia exitosa que mejora la adherencia al tratamiento al eliminar uno de los obstáculos para el acceso a los servicios^{226*}. Sería interesante sistematizar este tipo de experiencias positivas dirigidas a eliminar obstáculos para la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento.

La unificación de criterios y el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y de apoyo entre las instituciones públicas, las organizaciones civiles y sociales pueden alentar sinergias positivas para impulsar acciones hacia el combate a la tuberculosis pulmonar. El desarrollo de cursos y foros de intercambio de experiencias pueden contribuir a este proceso y, además, brinda la oportunidad para la integración de instituciones académicas.

Los casos de tuberculosis MDR constituyen fracasos en la forma en la que se aplica la normatividad, así como en la comunicación y motivación que se ha establecido con el enfermo o la enferma. La afectación a los enfermos y enfermas con tuberculosis MDR se profundiza cuando éstos no reciben un tratamiento secundario en condiciones bajo las cuales tengan altas probabilidades de curación. Este tratamiento equivale a la mínima acción aceptable de reparación del daño a la que tienen derecho. Independientemente de la complejidad que implica crear las condiciones adecuadas para un tratamiento secundario, los servicios de salud no deben escatimar los esfuerzos y recursos que sean necesarios para evitar peores consecuencias para la salud y la vida de los enfermos y para evitar la propagación de formas de TB MDR a otras personas.

Un análisis a profundidad de los casos de fallecimientos o de tuberculosis MDR debe ser considerado como una obligación técnica y ética. De ésta se deberían derivar acciones críticas y correctivas que incluso, en algunos casos, podrían ser objeto de acciones legales. Para este fin, de manera paralela a la revisión interna permanente y autocrítica que deben hacer las instituciones, habría que señalar la necesidad de una instancia independiente de monitoreo ciudadano en el que se vigile la aplicación de la norma mexicana y el respeto a los derechos de los enfermos, con el objetivo de que el análisis de la información epidemiológica y social de la tuberculosis contribuya al examen ciudadano de las políticas públicas.

226* Médicos del Mundo Suiza, comunicación personal, 2008.

Una mujer tzotzil llamada Ramona

Desnutrición y tuberculosis pulmonar fueron dos padecimientos que le fueron diagnosticados además de una grave insuficiencia renal. Se recuperó de la desnutrición, sanó de la tuberculosis y recibió un trasplante de riñón. Murió después de diez años de vida productiva y entregada, pero que no bastaron para que su cuerpo se recuperara completamente de las huellas que dejaron las carencias de su infancia.

Los escasos 138 centímetros de estatura de esta singular mujer tzotzil atestiguaban una vida de lucha incesante. Su batalla no comenzó, sin embargo, el primero de enero de 1994, sino desde el momento preciso de su nacimiento y muy probablemente desde antes. Desde niña, para crecer libró centímetro a centímetro una guerra desigual contra el estómago vacío y las enfermedades. Su inteligencia, el brillo de sus ojos, el puño agitado, su sonrisa, calidez y determinación nos hablan de que a pesar de todo, no sólo sobrevivió sino que ganó algunas de esas batallas.

En su vientre tenía una cicatriz, la marca de una herida, sobre la que solamente muchos años después supo que cuando era joven, por ahí le habían mutilado un sueño, sin que nadie le informara o le preguntase; Sólo entonces supo que le había ocurrido lo mismo que a muchas otras mujeres indígenas como ella.

Si se intentara ilustrar la forma en la que los agravios acumulados durante siglos contra los indígenas se manifiestan en la salud física, el pequeño cuerpo de Ramona bastaría. Pero al mismo tiempo, su vida es la evidencia de un milagro similar al que ocurre con una semilla que germina y crece en tierra yerma. Después de nacer y crecer en la pobreza, sin escuela y desnutrida, de años de pizcar maíz, de cuidar borregos, de ser jornalera migrante y sirvienta maltratada, floreció cuando hubo un poco de agua que la regara, y dio flores y frutos para nutrir a muchas mujeres y hombres.

¿Quién sabe cuántas semillas con su mismo potencial se secan prematuramente o mueren cada día por el hambre y las enfermedades en Chiapas y en el país?

En la selva, el viejo Chan kin decía: “*Cuando se tala un árbol, del cielo se cae una estrella*”. Muy probablemente, alguna inscripción en algún árbol de San Andrés, cerca de donde yace, debería decir “*Cuando se salva una mujer, en el cielo también se salva una estrella*”.

Fuentes de información

Bibliografía

Arana, M., *Educación para la Salud con Enfoque estacional: la pertinencia estacional, un enfoque de educación en salud y nutrición para culturas con tiempo circular*, Cuadernos de Nutrición, Vol. 28, No. 4, 2005,

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*, Septiembre 24 de 1998, Washington DC

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006*. México: CDI-PNUD.2006.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Los Mapas de Pobreza en México*. México. 2007

Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, Comunicado 001 de 2007

Dewey, K. y Lutter, C, *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2007

Hurting A.K., Porter J:D:H y Ogden J.A., *Tuberculosis Control and directly observed Therapy from the Public Health/Human Rights Perspective*, International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, 1999.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *II Conteo de Población y Vivienda*, 2005.

Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud 2000 y 2006*, México

JC Nájera-Ortiz, HJ Sánchez-Pérez, H Ochoa-Díaz, M Arana-Cedeño, MA Salazar Lezama, and M Martín Mateo *Demographic, health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico*. Int. J. Epidemiol., August 2008; 37: 786 - 795.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, *Directrices Voluntarias sobre El Derecho a la Alimentación*, Cumbre Mundial de la Alimentación, Roma, 2004.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, *Guide on Legislating for the Right to Food*, Roma, 2008

Instituto Nacional de Salud Pública, *ENSALUD 2006*. INSP/SSA, México 2006

Mishna,Vinod y Retherford D,Robert, *Does biofuel smoke contribute to anemia and stunting in early childhood*, Demographic and Health Survey No. 29, Agency for International Development, Washington, 2006

Nájera Ortiz JC, Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz H, Arana-Cedeño M, Salazar Lezama MA, Martín Mateo M. *Health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Chiapas*, Mexico.Sometido para su publicación a la *International Journal of Epidemiology*. Julio, 2007

Neufeld, LM, *Lecciones aprendidas en la evaluación del Programa Oportunidades*, Salud Pública Méx 2007; Vol. 49(sup. 1):242-244.

Onis M; Garza C; Victora C; W Onyango A; Frogillo E y Martínez J, “El Estudio Multicéntrico de la

Organización Mundial de la Salud, de las Referencias del Crecimiento: Planificación, diseño y metodología”, The United Nations University, *Food and Nutrition Bulletin*, 2004: vol.25:15-26

Organización Mundial de la Salud, *What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS*. Geneva, oms, 1999 (documento who/cds/cpc/ TB/99.270).

Partners in Health, *Guía ses para el Tratamiento y Manejo de la Tuberculosis Mutidrogo Resistente*, División de Medicina Social y Desigualdad en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, Boston, 2004).

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Índice municipal de desarrollo humano*, actualización de IDH de 2004, Versión CD-ROM, 2005.

Roldán A., Chávez A., Ávila A., Muñoz de Ch M., Alvarez A. y Ledesma A, *La Desnutrición a nivel municipal en México, de acuerdo a un indicador mixto del estado nutricional*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México 2000.

Secretaría de Salud; *Manual de procedimientos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*; México. D.F.: Secretaría de Salud de México; 1999

Secretaría de Salud, *Epidemiología, sistema único de información, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2008:13, 23-29 marzo.*

Sánchez-Pérez H, Arana-Cedeño M y Yamin A, *Pueblos Excluidos, Comunidades Erosionadas: La Situación del Derecho a la Salud en Chiapas*, México, Physicians for Human Rights, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos, ECOSUR, Boston, 2006.

Trujillo-Olvera LE, Orantes-Ruiz O, Villafaña P, *Bajo peso al nacer en hospitales públicos de Chiapas*, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, 2006

Fuentes electrónicas

<http://wwwmeasuredhs.com/pubs/pdf/w29-pdf>

<http://www.ecosur.mx/tuberculosis/tb3>.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500001

http://portal.iner.gob.mx/inerweb/GEN_cont_esp.jsp?contentid=886&version=1&channelid=3

<http://www.ins.gob.pe/sisvan/web/progproy/pantbc.htm>

Marco legal

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

7. Casos de daños a la salud por contaminación en los estados de Tlaxcala y Puebla

Eduardo Morales Sierra²²⁷

227 Investigador del Centro Fray Julián Garcés Derechos Humanos y Desarrollo Local, A.C, Tlaxcala, México

Presentación

Como parte del esfuerzo que se sintetiza en el presente documento, el Centro Fray Julián Garcés Derechos Humanos y Desarrollo Local –CFJD–, con sede en el estado de Tlaxcala, México, presenta un caso de daños a la salud en donde uno de los factores es la contaminación ambiental. Para el registro, documentación e investigación de este caso se contó con la aportación de diferentes actores como organizaciones sociales, comités comunitarios de derechos humanos e investigadores de instituciones académicas. Así, la organización social “Coordinadora por un Atoyac con Vida”, que ha hecho una labor de denuncia, facilitó las investigaciones llevadas a cabo en sus comunidades, igual que a los comités de derechos humanos de las comunidades de Santiago Michac, San Rafael Tenanyecac, San Mateo Ayecac y Villa Alta, quienes realizaron labores de registro y documentación de casos de daños a la salud y ayudado en las investigaciones de las instituciones académicas.

Un factor significativo fue la valiosa participación de la maestra Inés Navarro González del Instituto de Ingeniería, la doctora Regina Montero Montoya del Instituto de Investigaciones Biomédicas, ambos de la Universidad Nacional Autónoma de México y los maestros Erasmo Flores Valverde y María Guadalupe Rita Valladares del Laboratorio de Análisis y Tratamiento de Aguas Residuales, quienes desde el año 2004 han realizado estudios de análisis de agua residual, agua potable y genotoxicidad en la Cuenca del río Atoyac Zahuapan de manera solidaria. Todos ellos han demostrado que las instituciones académicas pueden estar al servicio de población en situaciones de vulnerabilidad y aportar al cumplimiento de sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Para su mejor comprensión, este estudio de caso se desglosa de la siguiente forma: Primero, describe cómo se han modificado las enfermedades en la cuenca del río Atoyac, multiplicándose los casos de leucemia, anemia, púrpura trombocitopénica e insuficiencia renal y la posición que guardan las comunidades al respecto. Hace énfasis en que los procesos de urbanización e industrialización provocan que los daños a la salud, por contaminación, no sean privativos de esta cuenca, sino que es un problema generalizado en México, así como también establece el papel de los organismos públicos y da una breve semblanza de la cuenca del río Atoyac en los estados de Tlaxcala y Puebla.

En segundo lugar, describe la metodología para este estudio de caso en particular, diferenciando dos procesos paralelos que se unieron en una síntesis común: análisis situacional de la cuenca en los aspectos de ambiente y salud, y del papel y marco legislativo de las instituciones públicas que deben dar atención a la problemática de daños a la salud por contaminación ambiental.

El estudio presenta, de manera detallada, la situación de los organismos públicos, su marco legal y el diseño con el que cuentan las instituciones encargadas de estas

temáticas, además se inserta un apartado sobre las posibilidades de los mecanismos de justicia ambiental. Se analiza la situación de las sustancias tóxicas presentes en el ambiente, principalmente en el agua y los daños a la salud encontrados. Un aspecto a resaltar son los estudios de la doctora Regina Montero Montoya del Departamento de Medicina Genómica y Toxicología Ambiental del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien a través de marcadores biológicos ha determinado la presencia de daños genotóxicos como producto de la exposición a sustancias nocivas.

Finalmente se establece un apartado de conclusiones y recomendaciones basados en aspectos que unen el derecho a la salud a través de la Observación General 14 del Comité DESC con el Convenio de Estocolmo, el principio de precaución y el enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional –SAICM–.

Consideramos que nuestra participación, en este estudio, no estaba encaminada únicamente a presentar conclusiones, sino también a los retos y a la sistematización de problemas y propuestas que permitan fortalecer la organización comunitaria, la generación de un monitoreo ciudadano ambiental y de mecanismos de reparación de daños que hagan posible la justiciabilidad, particularmente en el derecho a la salud.

Por lo anterior, esperamos que este estudio de caso se convierta en una aportación para la reivindicación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, pero, esencialmente, a los derechos a la salud, al agua, a un ambiente sano y a la procuración de justicia.

En el ámbito nacional, conjuntamente con otros afectados ambientales, nos queda la tarea de seguir explorando mecanismos de justiciabilidad y de seguir exigiendo políticas públicas orientadas hacia la regulación de las sustancias tóxicas y la construcción colectiva de un ambiente que garantice la salud humana.

Tlaxcala, Tlaxcala, septiembre de 2008.

7.1. Contexto

En el año 2002, comunidades cercanas a corredores industriales y al río Atoyac, en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla, comenzaron a percibir un aumento en casos de enfermedades como leucemia linfoblástica²²⁸, púrpura trombocitopénica²²⁹ y anemia hemolítica²³⁰, que los pobladores consideraban producto de la contaminación ambiental. Debido a ello, realizaron denuncias públicas que demandaban asistencia médica oportuna y adecuada a las personas enfermas, así como la implementación de políticas públicas para la eliminación de las sustancias tóxicas que presumiblemente estaban causando estos padecimientos. La respuesta del gobierno del estado de Tlaxcala fue no reconocer la contaminación ambiental ni los daños a la salud como un problema público. Aún más: Se estableció que fueran las propias comunidades quienes debían probar la existencia de ambos problemas.

Después de cuatro años, la población organizada de estas comunidades, ha podido demostrar la existencia de sustancias tóxicas en el agua residual, en el agua potable y en los sitios donde laboran. También lograron documentar la presencia de más de cuarenta casos de estas enfermedades en la región y la presencia de daños genotóxicos en los habitantes de estas comunidades²³¹.

Con esta información, se logró presentar el caso ante el Tribunal Latinoamericano del Agua en su sesión del 17 de marzo de 2006, en el ex templo de Corpus Christi de la Ciudad de México. Ahí se emitió un dictamen a favor de las comunidades afectadas²³², en donde se establecía la responsabilidad de las autoridades de los tres ámbitos de gobierno para solucionar el grave deterioro ambiental y de la salud de las personas en esta cuenca. Sin embargo, a lo largo de los dos últimos años, no se ha dado solución a esta problemática, por lo que organizaciones sociales y ciudadanas de

228 Es una enfermedad neoplásica de los órganos formados de la sangre, que se caracteriza por una proliferación maligna de leucocitos, eritrocitos o sus precursores en la médula ósea o en la sangre. Medcyclopedia. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos, Instituto de Investigación y Desarrollo Químico – Biológico en <http://www.iqb.es/institut/home.htm>

229 La púrpura es una afección que se caracteriza por la aparición de manchas rojas en la piel, constituidas por pequeñas extravasaciones sanguíneas subcutáneas. Cuando se habla de púrpura trombocitopénica se hace referencia a un trastorno hemorrágico en donde se presenta una disminución evidente del número de plaquetas, por lo que aparecen petequias y hemorragias tisulares. Medcyclopedia. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos, Instituto de Investigación y Desarrollo Químico – Biológico en <http://www.iqb.es/institut/home.htm>

230 La anemia es un descenso de la masa eritrocitaria y/o un descenso de hemoglobina, resultando insuficientes para aportar el oxígeno necesario a las células. Los médicos consideran la existencia de anemia cuando las cifras de hemoglobina en la sangre son inferiores a 13 g/100 ml. en el hombre y de 12 g/100 ml en las mujeres. La anemia hemolítica es causada por una excesiva destrucción de los eritrocitos y puede ser congénita o provocada. Medcyclopedia. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos, Instituto de Investigación y Desarrollo Químico – Biológico en <http://www.iqb.es/institut/home.htm>

231 La documentación de la situación de la cuenca del río Atoyac fue gracias al proyecto “Daños a la salud y sustancias tóxicas en la cuenca del río Atoyac” auspiciado por el Fondo de América del Norte para la Cooperación Ambiental FANCA en el año 2004.

232 Ver <http://tragua.org.cr>

Veracruz, Oaxaca, Tlaxcala y Puebla, han documentado casos de insuficiencia renal y de malformaciones congénitas, también considerados, por ellas, como atribuibles a la contaminación ambiental²³³.

A partir de la presentación del caso de daños a la salud por contaminación en la cuenca del río Atoyac y el dictamen emitido por el Tribunal Latinoamericano del Agua, la posición de las autoridades del estado se modificó de manera parcial. Si bien hubo un reconocimiento de la existencia del problema de contaminación en los ríos, consideraron que ésta es producto únicamente de las descargas domésticas municipales y de los pequeños empresarios del lavado de la mezclilla, dejando de lado la responsabilidad de los corredores industriales existentes en la región y las evidencias de sustancias tóxicas presentes en sus descargas.

Tampoco reconocieron los daños a la salud como consecuencia de la presencia de sustancias tóxicas en los sitios de trabajo, ríos y aguas residuales, sino que su reacción se limitó a establecer una propuesta de saneamiento para las descargas de aguas residuales domésticas y municipales. En términos de salud se dio atención médica a los casos de leucemia, anemia y púrpura; y sólo en los casos de insuficiencia renal, a la preparación de un estudio epidemiológico regional iniciado a mediados de 2008, sin que aún se conozcan los factores posibles que la originan²³⁴.

La experiencia de la denuncia ante el Tribunal Latinoamericano del Agua y la situación de las personas enfermas por insuficiencia renal, llevó a concluir al Centro Fray Julián Garcés que las instituciones públicas carecen de mecanismos normativos

233 Lo anterior fue dado a conocer por el investigador del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Jorge Arturo de León Rodríguez, quien dijo que por la cantidad de enfermos ya se trata de la epidemia más grande del mundo, pero que las autoridades del sector salud del estado quieren ocultarla, diciendo que los casos están relacionados con la diabetes y con la hipertensión.

Sin embargo, expuso que durante cuatro años se han analizado a niños y adolescentes de la zona y “creemos que estamos ante la epidemia más grande del mundo de origen ambiental, por los datos esto incrementa la frecuencia un 200%, ya que la frecuencia mundial del padecimiento es de un caso en mil, pero en estos lugares tenemos hasta 6 casos por mil habitantes”. Trujillo Báez Norma “UNAM registra 200 mil casos de insuficiencia renal en la cuenca del Papaloapan” Revista Al Calor Político, 08 de diciembre de 2008 en <http://www.alcalorpolitico.com/notas/notas.php?nota=081209renal0.htm>

234 El 24 de junio de 2008, el entonces secretario de Salud del estado de Tlaxcala, Julián F. Velázquez y Llorente anuncio que se preparaba un proyecto que entregaría al Consejo nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), para realizar las investigaciones necesarias e identificar el porqué de las nefropatías en niños tlaxcaltecas. En ese momento expuso que en el Hospital Infantil se habían detectado 37 casos de menores con insuficiencia renal en fase terminal; de manera que era urgente emprender acciones que culminen en soluciones ante el problema. Acosta Barba Abraham “Inician Curso de Nefrología en Tlaxcala” en Argonmex <http://www.agonmexico.com/ultimas/inician-curso-de-nefrologia-en-tlaxcala.html>.

Sin embargo, el 13 de marzo de 2009, la directora del Hospital Regional de Tzompantepec y Coordinadora del programa de trasplantes de la Secretaría de Salud del Estado -SESA-, anunció que “la SESA integraría un protocolo de investigación para determinar las causas de la insuficiencia renal en los últimos años”. Admitió que la SESA no cuenta con estudios que relevan la causa que provoca la insuficiencia renal crónica entre los infantes en Tlaxcala, aunque en la mayoría de las veces la atribuye a la mala alimentación, diabetes, hipertensión, enfermedades infecciosas, malformaciones urinarias y la ingesta crónica de analgésicos. Morales Moisés “Grave insuficiencia renal en Tlaxcala” Sol de Tlaxcala, página 1 y 22, 13 de marzo de 2008.

organizacionales que permitan dar una solución integral a estos problemas que, además, incluya elementos de justiciabilidad para dar cauce al derecho a la salud y a vivir en un ambiente sano.

Con el fin de demostrarlo, el CFIG elaboró: a) una sistematización de la situación y riesgos ambientales, así como de la presencia de enfermedades y de daños genotóxicos que pueden ser atribuibles a la contaminación ambiental; b) un análisis del diseño organizacional y las principales políticas implementadas por las instituciones que en su ejercicio consideren el garantizar los derechos a la salud, a vivir en un ambiente sano y el agua; c) un análisis de los mecanismos de procuración de justicia ante la presencia de daños a la salud por contaminación y, d), una descripción de los movimientos sociales en la cuenca que demandan el derecho a la salud, a un ambiente sano y al agua y que buscan mecanismos de justiciabilidad para las personas que han sido afectadas.

Si bien la información generada se refiere a casos particulares, consideramos que contiene elementos generales que contribuyen a la exigibilidad política del derecho a la salud por contaminación ambiental y a la procuración de la justicia a través de los mecanismos jurisdiccionales competentes para la reparación de daños, así como el establecimiento de medidas precautorias ante situaciones de riesgo ambiental.

7.1.1 Planteamiento del problema

En general, las formas de relación entre industria, agricultura y urbanización en el territorio nacional han establecido una severa crisis socio-ambiental²³⁵ que actualmente amenaza en hacer colapsar las condiciones generales de vida de la población.

Si bien estos desequilibrios eran preocupantes en algunas regiones del país durante los años setenta y ochenta, autores como Andrés Barreda, Efraín León y Octavio Rosas Landa, consideran que éstos se fueron haciendo más evidentes en los últimos sexenios, en los que se ha implementado la política económica neoliberal. A partir de ello, las condiciones de reproducción de la vida en el campo, la ciudad y la interrelación entre ambas se ha precarizado, ya que cada día es más tóxica y las condiciones de salud, paulatinamente, se degradan. Además de este aspecto, se vincula el hecho de que los espacios geopolíticos más importantes y las principales

235 A diferencia de la naturaleza, el concepto de ambiente “hace referencia al conjunto de elementos naturales y sociales que se presentan en un espacio y tiempo dados”. El deterioro ambiental por su parte puede ser definido “como la disminución de las propiedades de los ecosistemas” concepción que incluye tanto aspectos naturales como sociales, ya que considera propiedades como la productividad, capacidad de asimilar bióxido de carbono, de infiltrar agua en el suelo, de resistir los cambios, biodiversidad y de proporcionar un hábitat, pero también los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que condicionan la relación entre naturaleza y sociedad, y que por supuesto incluye los aspectos de salud. Flores Díaz Adriana y Castillo Argüero Silvia. “Problemas ambientales en el país” en *Revista Phronesis*, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos CAM, número I-1996, año II, México, página 21.

reservas naturales se privatizan y/o desnacionalizan²³⁶, sin considerar los daños irreversibles al medio ambiente.

Dentro de estos desequilibrios podemos mencionar, entre otros, al aprovechamiento desmedido del agua afectando su disponibilidad y la multiplicidad de sustancias tóxicas en sitios de trabajo, emisiones industriales, insumos agrícolas y descargas municipales que han transformado los ecosistemas, provocando alteraciones en la salud humana y en la calidad de vida de las personas²³⁷.

Ejemplo de ello, son las comunidades que se encuentran en la cuenca del río Atoyac Zahuapan, en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla, quienes a partir del año 2002 comenzaron a percibir un cambio en sus padecimientos ya que transitaron de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y diabetes a un incremento en los casos de leucemia linfoblástica, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica en el poniente del estado, así como insuficiencia renal en las jurisdicciones sanitarias de Tlaxcala, Apizaco y Huamantla, principalmente en niñas, niños y adolescentes. Ante esta situación se realizaron denuncias públicas que culminaron con movimientos sociales al no encontrar una respuesta creíble por parte de las autoridades estatales y federales que le diera solución a sus problemas de salud y ambiente.

Ante esta denuncia se hizo patente que las instituciones públicas de los estados no están preparadas y diseñadas para enfrentar casos de riesgo a la salud por contaminación ambiental. Tanto en Tlaxcala como en Puebla la orientación legislativa y de implementación de políticas públicas privilegia la atención de las enfermedades sin atender las causas que las generan y mucho menos promover el saneamiento

236 León Efraín y Rosas Landa Octavio "Leyes para la privatización del agua en México, en Defensa del agua" Barreda Marín Andrés (Coord), Efraín León Hernández, Octavio Rosas Landa y Casifop A. C. (Editores), México, 2006. Barreda Marín Andrés, *El Colapso ambiental*, México, 2008, mimeo. Barreda Marín Andrés. Crisis de sustentabilidad e injusticia socioambiental en los procesos de urbanización del centro de México. Presentación del Programa de la Unión de Científicos Comprometidos con la Sociedad –uccs- en <http://www.unionccs.net/>

237 Según cifras de Barreda, México es el país con el segundo lugar mundial de deforestación, lo cual además de impactar en las condiciones de diversidad, ha ocasionado un debilitamiento estructural de la política de conservación, lo cual amenaza a todas las áreas naturales protegidas en el país, un ejemplo de ello, es que actualmente el 60% de estas áreas no cumple con los propósitos básicos para las cuales fueron creadas.

Las seis principales cuencas del país (Grijalva – Usumacinta, Coatzacoalcos, Papaloapan, Pánuco, Balsas y Lerma – Chapala – Santiago) se encuentran entre las más contaminadas del mundo.

Además de la escasez y sobre explotación de acuíferos se suma la contaminación de tierras, alimentos, animales, campesinos y consumidores finales ocasionada por el uso desregulado de sustancias agroquímicas, entre las que se encuentran aún sustancias órgano-cloradas y órgano-fosforadas.

La megalópolis de la Ciudad de México, con la aglomeración de la zona metropolitana de la Ciudad de México y las zonas conurbadas de Toluca, Querétaro, Pachuca, Tlaxcala – Puebla y Cuernavaca – Cuautla, es desde hace dos décadas la segunda más grande del mundo, expandiendo sus impactos de degradación de suelo, aire y tierra, en un proceso anárquico de crecimiento de la zona urbana.

Ha persistido una política de creación de mega presas hidroeléctricas, a pesar de su obsolescencia en cincuenta años promedio y que se han demostrado sus impactos negativos al provocar desplazamiento de población, pérdida de tierras fértilles, elevación de las emisiones de dióxido de carbono y la destrucción de la biodiversidad. Barreda Marín Andrés, *El Colapso ambiental*, México, 2008, mimeo, páginas 2 – 3 y "El furor del quemar el futuro" en Revista *Biodiversidad. Sustento y Culturas*, número 54, octubre de 2007, pp. 76

ambiental. De esta forma, no sólo se desatendían los procesos estructurales que generan la contaminación ambiental, sino que tampoco se garantizaban la promoción y defensa de los derechos fundamentales a la salud, a vivir en un ambiente sano, al agua y a la procuración de justicia ante situaciones de daños a la salud.

Un aspecto adicional que imposibilita la intervención de las instituciones públicas, es que la mayoría de las sustancias químicas que se encuentran en la región, se comenzaron a producir o son producto de recombinaciones químicas y que en su momento no se realizaron pruebas de sus efectos combinados a largo plazo en la salud humana y en los ecosistemas. Si bien la Organización de las Naciones Unidas ha pretendido minimizar o eliminar sustancias tóxicas, particularmente las que son bioacumulables o persistentes en el ambiente, como los contaminantes orgánicos. En las legislaciones nacionales y estatales persisten vacíos que permiten la descarga y emisión de innumerables sustancias que no se encuentran contempladas y, por lo tanto, no tienen límites máximos permisibles, aun dentro de la evaluación de riesgo ambiental.

En general, este esquema se reproduce en todo el territorio nacional, ya que las políticas públicas sobre salud y ambiente, no están relacionadas, generando acciones discordantes y hasta contradictorias entre sí. Aunado a esto, el problema también radica en que el establecimiento de políticas públicas sobre salud y ambiente se encuentra determinado exclusivamente por el modelo de evaluación de riesgos en ambiente y salud²³⁸, es decir, a través de lo que Fernando Bejarano llama un modelo

238 El riesgo es entendido como la probabilidad de que ocurra algo con consecuencias negativas, como la exposición a un peligro de manera voluntaria o involuntaria. En la salud y el medio ambiente, el riesgo es asociado con la referencia de que un individuo o una población presenten una mayor incidencia de efectos adversos a su salud por la exposición constante a un peligro. Con relación a la investigación realizada, se refiere a conocer los riesgos que enfrenta la población a la exposición de sustancias tóxicas, y si las instituciones públicas tienen una política capaz de evitar, minimizar o eliminar esta situación de riesgo. Bejarano González, Fernando. Conocer las sustancias para prevenir y actuar. Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (RAPAM), México, 2003 en www.laneta.apc.org/esris

El análisis de riesgo se centra en la relación medio ambiente y salud, en los efectos potencialmente adversos para la salud o los ecosistemas, causada por una sustancia tóxica o peligrosa, que permita la toma de decisiones para contrarrestar, evitar o controlar estos efectos. Por lo que las preguntas a responder se centran en conocer: ¿Qué sustancias tóxicas o peligrosas se encuentran en el ambiente? ¿Existe un riesgo a la salud por la exposición a una sustancia? ¿En qué términos representa un riesgo a la salud y qué se sabe sobre ese riesgo? ¿Qué grupos son los más afectados en el territorio por ese riesgo?

Los componentes básicos de una evaluación de riesgo incluyen aspectos como: determinar si un compuesto químico se encuentra vinculado con efectos en la salud, evaluación de la exposición, evaluación de dosis-respuesta y la caracterización del riesgo. Su importancia puede ir desde impactos ecológicos, como la afectación de los ecosistemas o de un hábitat, hasta efectos sobre la salud humana como el incremento de la morbilidad, daños reproductivos, neurológicos o carcinogénicos. Para ello, se realiza un análisis comparativo, que combina la información sobre la peligrosidad de la sustancia, los niveles de exposición y las características poblacionales para predecir qué efectos pueden causar.

La evaluación de riesgos se expresa en términos cuantitativos, como una probabilidad, es decir el número de personas enfermas adicionales en una población de un millón de habitantes expuestos (1 en 1, 000,000 habitantes^{10⁻⁶}), se considera que los riesgos menores a 10⁻⁶ no son preocupantes en la toma de decisiones de riesgos ambientales. Es necesario considerar que esto es una probabilidad y que por lo tanto representan una estimación de la realidad sin que por ello representen valores reales de las personas que deban de enfermar. John Evans, Adrián Fernández Bremauntz, Arturo Gavilán García, Irina Ize Lema, Miguel Ángel Martínez Cordero, Patricia Ramírez Romero y Miriam Zuk. *Introducción al análisis de riesgos ambientales*, México, 2003, Instituto Nacional de Ecología – Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (INE – SEMARNAT Eds.), páginas 118.

de regulación ambiental basado sólo en el “control” de las sustancias.

Este modelo consiste en el establecimiento de límites máximos de descarga de sustancias en suelo, agua y atmósfera, que son considerados como medidas tolerables, bajo el supuesto de que manteniendo un parámetro o sustancia por debajo de estos límites no ocurre un daño significativo poblacional, aunque haya la posibilidad de que algunos individuos presenten daños a la salud.

Este autor, considera que el modelo de evaluación de riesgos ambientales o de control de sustancias que utilizan las instituciones públicas como base para la realización de sus políticas, presenta serias limitaciones para que se pueda garantizar el derecho a la salud. Esto debido a que no toma en consideración el impacto total acumulado de la contaminación emitida desde diversas fuentes a un ecosistema, ni la interacción que tienen ciertas sustancias en el cuerpo humano. Dicho de otra forma, mide el riesgo de las sustancias por separado, sin tener formas de evaluación del conjunto de ellas tanto en los ecosistemas como en la salud de las personas. Además, tampoco permite la verificación ni evaluación ciudadana, porque la población no tiene acceso a la información generada.

Por lo anterior, se reconoce que el establecimiento de una política integral sobre salud ambiental requiere de una doble definición de los problemas públicos que las actuales instituciones no tienen: La atención inmediata de las instituciones del Estado ante la situación de vulnerabilidad de las comunidades que habitan en la región, teniendo como base el derecho a la salud y, conjuntamente, el rediseño de las instituciones para hacerse cargo de la problemática desde una política preventiva y precautoria en materia de riesgo a la salud y sustancias tóxicas.

En resumen, se puede afirmar que los problemas que impiden garantizar el derecho a la salud de la población en esta región son los siguientes: Presencia de sustancias tóxicas de origen múltiple que genera situaciones de daño en la salud y en los ecosistemas; la ausencia generalizada del conocimiento del derecho a la salud como un derecho humano fundamental, tanto por la población afectada como por los tomadores de decisiones en las instancias públicas; la ausencia de políticas públicas integrales para la solución de los problemas de salud y medioambientales, así como el establecimiento de medidas preventivas y precautorias que eviten los daños a la misma y, finalmente, la existencia de vacíos legislativos que impiden que haya un marco normativo adecuado que facilite la actuación de las instancias públicas. Por estas razones, los grupos ciudadanos utilizan la presión política pública como el único camino factible para llamar la atención del Estado en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

7.1.2. Objetivos del estudio de caso

Ante la situación en la zona del río Atoyac, en la que existe una percepción generalizada sobre alteraciones a la salud por contaminación ambiental a través de una multiplicidad de sustancias tóxicas no consideradas en la normatividad oficial, la investigación tiene como objetivo principal conocer si las instituciones estatales y federales cuentan con la capacidad institucional para resolver los daños de manera integral y desde un punto que permita garantizar el cumplimiento de los derechos sociales y, en particular, el derecho a la salud, para vivir en un ambiente sano y con agua potable, además de la procuración de justicia.

Para cumplir con este objetivo, se realizó un análisis situacional de las condiciones ambientales y de salud en la cuenca del Alto Atoyac y del diseño organizacional de las instancias públicas. Además se llevó a cabo un estudio del impacto de las políticas públicas en el territorio que permitió proponer una serie de acciones y de modificaciones legislativas en la tipificación como delito de los daños a la salud por contaminación ambiental, que incluya la reparación de daños en las personas afectadas y el establecimiento de medidas preventivas y precautorias.

7.1.3. Contexto del territorio en la cuenca Atoyac Zahuapan

El estudio de caso se desarrolló en los estados de Tlaxcala y Puebla, en el centro oriente de la República mexicana.

Mapa 1
Ubicación de los estados de Tlaxcala y Puebla.

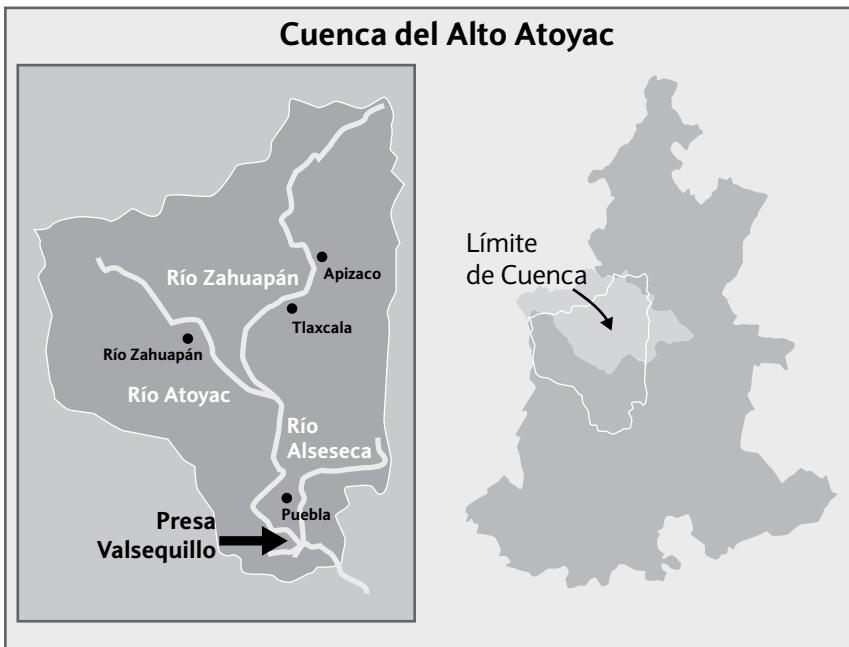


Fuente: Inegi. IRIS, Proyecto de Información Básico Ir.4 Marco Geoestadístico Estatal, 2005

Si bien se hace referencia a la totalidad de ambos estados, se considera un énfasis particular a la cuenca del Alto Atoyac, que comprende 22 municipios del estado de

Puebla y 51 municipios del estado de Tlaxcala²³⁹, con una población estimada, en el año 2005, de 3'341,772 habitantes, de los cuales 934,305 pertenecen a Tlaxcala y 2'407,467²⁴⁰ a Puebla.

Mapa 2
Ubicación de los estados de la cuenca del alto río Atoyac
en los estados de Tlaxcala y Puebla.



Fuente: Gobierno del estado de Puebla. Plan de Saneamiento de los ríos Atoyac, Zahuapan, Alseseca y Presa Manuel Avila Camacho.

La cuenca del río Atoyac, reúne cuatro particularidades: a) conjuntamente con la cuenca del río Apatlaco, en el valle de Cuernavaca, concentra el mayor número de indus-

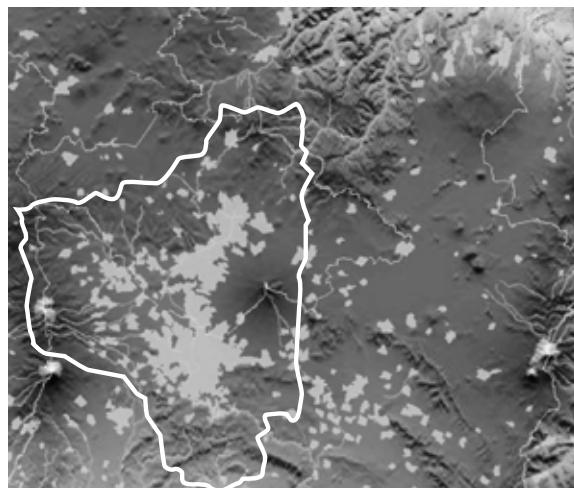
239 Los municipios en el estado de Tlaxcala son: Tlaxco, Atlangatepec, Tetla, Terrenate, Tocatlán, Xalostoc, Domingo Arenas (Muñoz), San Lucas Tecopilco, Xaltocan, Hueyotlipan, Espanita, Sanctórum de Lázaro Cárdenas, Huamantla, Ixtacuixtla, Santa Ana Nopalucan, Nativitas, Santa Apolonia Teacalco, Tetlatlahuca, San Jerónimo Zacualpan, San Damián Texoloc, Zacaletco, Santa Catarina Avometla, Santa Cruz Quilehtla, San Lorenzo Axocomanitla, Tepeyanco, San Juan Huactzinco, Santa Isabel Xiloxoxtla, Lardizabal, Xicozinco, Xicohténcatl, San Pablo del Monte, Tenancingo, José Ma. Morelos (Mazatecochco), Acuamanala de Miguel Hidalgo, Teolocholco, Chiautempan, San Francisco Tetlanohcan, La Magdalena Tlaltetulco, Tlaxcala, Panotla, Totolac, Juan Cuamatzi, Apetatitlán, Amaxac de Guerrero, Sta. Cruz Tlaxcala, Yauhquemecan, Apizaco, Coaxomulco, Tzompantepec y San José Teacalco. Los municipios en el estado de Puebla son los siguientes: Amozoc, Calpan, Chiautzingo, Coronango, Cuautlancingo, Domingo Arenas, Huejotzingo, Juan C. Bonilla, Nealtican, Ocoyucan, Puebla, San Andrés Cholula, San Felipe Teotlalcingo, San Gregorio Atzompa, San Martín Texmelucan, Sab Matías Tlalcaleca, San Pedro Cholula, San Salvador el Verde, Santa Isabel Cholula, Tlahuapan y Tlaltenango.

240 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Principales resultados por localidad 2005 IRIS. // Conteo general de población y vivienda 2005, México 2008.

rias en la cuenca del río Balsas; b) una gran densidad de población²⁴¹ y de espacios agrícolas; c) la región se ha convertido en un núcleo de desarrollo económico y social con centros urbanos, industria, sitios de mercado, lugares de vivienda y espacios específicos de agricultura, que ha dado lugar a la cuarta zona conurbada más grande del país y, d), existen seis centros de población con más de 50,000 habitantes en la cuenca del Atoyac²⁴² que coexisten con los distritos de riego de Valsequillo²⁴³.

Mapa 3

Cuenca del Alto río Atoyac y zonas urbanas en los estados de Tlaxcala y Puebla.



Fuente: Inegi, IRIS, Proyecto de Información básica ir4 y gobierno del estado de Puebla. Plan de Saneamiento de los ríos Atoyac, Zahuapan, Alseseca y Presa Manuel Avila Camacho, Presentación en Power Point en el IV Foro Mundial del Agua en: http://www.worldwaterforum4.org.mx/sessions/FT3_60/5.%20Rescate-mos%20Valsequillo.pdf

La cuenca se ha caracterizado por ser un territorio que por momentos subsistió gracias a la producción agrícola, siendo el cultivo de maíz el principal producto, y para su cosecha se generaron canales de riego de los cuales aún quedan evidencias. Actualmente los productos de la agricultura se han diversificado, y a pesar de que ha cedido territorio para la instalación de la industria y para la creciente población, aún existen espacios de diversidad agrícola que continúan siendo una fuente

241 Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) citadas por el Instituto Nacional de Ecología, la densidad de población media nacional en el año 2000 fue de 45 hab./km², mientras que en la cuenca del río Balsas era de 75 hab./km² y en la subregión alta del río Balsas y en la cuenca del río Atoyac fue de 129 hab./km². Instituto Nacional de Ecología, La cuenca del río Balsas, México, 2005 en: <http://www.ine.gob.mx/ueajei/publicaciones/libros/402/cuencabalsas.html>

242 San Martín Texmelucan, Puebla, Cholula y Atlixco en el estado de Puebla; además de Tlaxcala y Apizaco en el estado de Tlaxcala

243 Comisión Nacional del Agua, *Programa Hidráulico Regional 2002–2006*, México, Comisión Nacional del Agua (Ed.), México, 2003, página 7

importante del abastecimiento alimentario para la población del estado y para su venta en los mercados nacionales y locales.

Esta diversidad de cultivos se ubica en la parte media y baja de la cuenca, principalmente en los distritos de riego Atoyac-Zahuapan y de Atlixco-Valsequillo. En ambos se utilizan plaguicidas y fertilizantes para el crecimiento y cuidado de los cultivos, lo que genera contaminación para el suelo y el agua de la cuenca, que llegan a los ríos a través de los escurrimientos y arrastres por lluvias. Lo anterior representa un riesgo a la salud, ya que se han encontrado evidencias de plaguicidas como el tamaron, 2,4-D²⁴⁴, el cuproquat y gramoxone²⁴⁵, de los cuales se han comprobado los daños que provocan a la salud. Adicionalmente, el sector agrícola utiliza las mayores cantidades de agua en la región: el 88% del total con condiciones bajas de eficiencia, afectando la disponibilidad para el uso humano y el mantenimiento de los ecosistemas²⁴⁶.

Además de la agricultura, existe un sector industrial importante basado principalmente en fábricas textiles, de productos químicos y embotelladoras, de papel y celulosa. El proceso de industrialización en la cuenca ha sido un proceso de largo plazo que inició con la industria textil que, hasta mediados del siglo xx, fue la actividad más importante.

En 1940 se inició la expansión en el territorio y la diversificación de la actividad industrial con la instalación de la industria química. En los sesenta se expande con industrias de celulosa y petroquímica, así como giros de metal básica, metal-mecánica y automotriz. Entre 1980 y 1989 surge la industria textil, química, de plástico, alimenticia y agroindustria. De 1990 a 1999 ésta crece casi al doble que la década anterior, con una presencia fuerte en el giro de la confección, seguida de la textil y metal- mecánico²⁴⁷. (Mapas 5, 6 y 7 en Anexo)

244 El 2,4-D (ácido 2,4 diclorofenoxicético) es un herbicida que fue utilizado originalmente en una mezcla al 50% con otro, el 2,4,5-T (ácido 2,4,5 triclorofenoxicético) que se llegó a conocer como “agente naranja” y fue uno de los principales desfoliadores usados como arma química por el ejército de los Estados Unidos de Norteamérica durante la guerra de Vietnam. Se ha señalado a esta mezcla como uno de los principales factores causantes de cáncer, malformaciones y otros daños crónicos en la salud tanto de militares como de habitantes de Vietnam. Este herbicida también se puede contaminar con dioxinas en su producción, aunque éstas no corresponden al tipo más tóxico (2, 3, 7, 8 TCDD), sin embargo se ha comprobado su existencia en las descargas y en las emisiones atmosféricas de su principal productor Nufarm Ltd., Y a pesar de que se ha demostrado la existencia de dioxinas y furanos en muestras de este herbicida de Estados Unidos, Israel y Rusia, aún es de amplio uso en el mundo. Las dioxinas y compuestos de toxicidad similar (furanos y PCB) pueden causar cáncer en humanos y se les ha relacionado con gran cantidad de enfermedades, ya que son disruptores endocrinos, además de afectar la inteligencia de las personas, los sistemas inmunológico y reproductivo. Bejarano González Fernando. *Guía Ciudadana para la aplicación del Convenio de Estocolmo*. Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (Ed.) México, 2004, páginas 14 – 20.

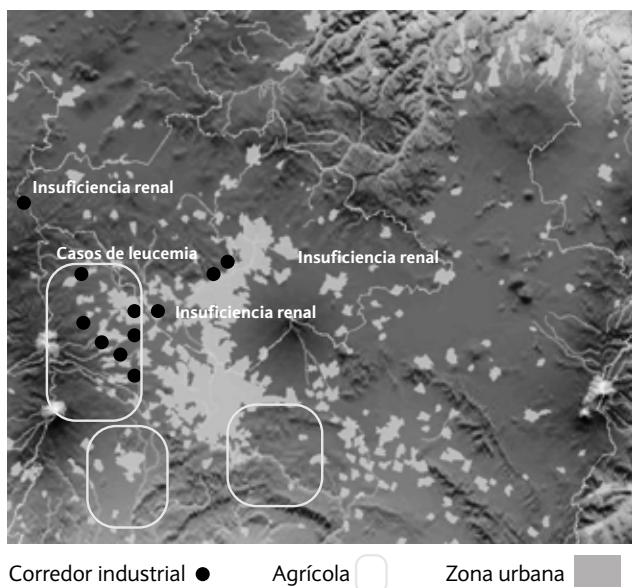
245 Montero Montoya, Regina, Serrano, Luis, Méndez Alejandra y Morales Eduardo “Increased cytogenetic damage in a zone in transition from agricultural to industrial use: comprehensive analysis of the micronucleus test in peripheral blood lymphocytes” en *Revista Mutagenesis*, Volumen 21, número 5, páginas 338 – 342, 13 de septiembre de 2006.

246 Comisión Nacional del Agua, *Op cit.*, 2003, páginas 30

247 Mendieta Herrera, Rosario Adriana, *La contaminación del río Zahuapan como factor de riesgo para la salud*. Tesis de Maestría, CIISDER-MAR-UAT, Abril de 2008, página 20.

Mapa 4

Usos del suelo y presencia de daños a la salud en la cuenca del Alto río Atoyac.



Fuente: INEGI, IRIS, Proyecto de Información básica ir4, con base en datos del II Conteo de Población y Vivienda 2005

El impacto de estas industrias en la salud de la población –según estudios de Pilar Saldaña en 2003, los estudios realizados por la Comisión Nacional del Agua (CNA) en el 2006²⁴⁸ y los estudios de la maestra Inés Navarro González del Instituto de Ingeniería– se debe a la presencia de sustancias como los nitratos, nitritos, níquel, cromo y cobre en el río Zahuapan, así como evidencias de blanqueadores clorados, hidróxido de sodio, benceno, acrilonitrilo, metanol, tolueno, cloroformo y cloruro de metileno en el río Atoyac. Algunas de ellas son consideradas sustancias cancerígenas para los seres humanos y que generan una situación de riesgo ambiental a la salud²⁴⁹.

Adicionalmente, los centros de población generan agua residual municipal que se vierte directamente a las corrientes de aguas superficiales, sin control, medición y, menos aún, con algún tratamiento. Datos del estudio de la Comisión Nacional del Agua realizado en 2007, señalan que las descargas municipales son las responsables del 80% de la carga orgánica que llevan los ríos²⁵⁰. Estudios de la Universidad Autónoma de México han detectado niveles de contaminación en el río Atoyac que superan los límites de calidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.²⁵¹

248 Lumbrares Corichi, Laura “Denuncia la Universidad Nacional Autónoma de México daños a la salud en el río Atoyac” *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, página 1, 6 de febrero del 2007.

249 Navarro Inés, Flores, Erasmo y Valladares, Rita. (2004) “Estudio ambiental” en Morales Sierra, Eduardo (Coord.) *Ambiente y Derechos Humanos*, Centro Fray Julián Garcés, México, 2004, páginas 27 – 35.

250 Comisión Nacional del Agua, *Plan Nacional Hídrico 2007 – 2012*, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Ed.), México, 2007 y Osorno Xochipa Juana “Requerirá limpieza del Zahuapan más de un lustro, prevé Profepa” *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, página 6, 17 de julio de 2008.

noma de Tlaxcala observan que las aguas residuales municipales al unirse con las descargas industriales dan origen a nuevas sustancias por descomposición o recombinación, como el cloroformo y las aminas, que provocan daños a la salud²⁵¹.

7.2. Metodología

La metodología que se consideró para la realización del presente estudio de caso incluyó cuatro dimensiones:

- Un marco conceptual establecido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que hace énfasis en los derechos a la salud, a vivir en un ambiente sano y el derecho al agua.
- Un análisis situacional de los problemas públicos de contaminación ambiental, relacionados con la vulnerabilidad del derecho a la salud, en donde se efectuó una investigación técnica y documental, haciendo referencia a los siguientes aspectos: a) la degradación de las condiciones naturales que pueden provocar daños a la salud y, b), las manifestaciones de daños a la salud, atribuibles a la contaminación ambiental, ya sean por la presencia de enfermedades o a través de daños genotóxicos²⁵².
- Un análisis de políticas públicas y de las instituciones en los niveles estatal y federal que intervienen en la realización de los derechos a la salud y a un ambiente sano. En este último se intentó determinar si dentro de sus posibilidades organizacionales se podía establecer una política integral para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud y dar de manera simultánea una solución a la problemática concreta de salud ambiental²⁵³.

La utilización de indicadores de derecho a la salud como un instrumento que permitió medir la progresividad del derecho en el periodo del estudio de caso, considerando 2002 como inicio –ya que es el año en que se comienzan a registrar con mayor frecuencia las enfermedades en la cuenca– y hasta 2007 como fecha de término, por ser el último año con el que se cuenta con la mayor cantidad de información respecto de los indicadores.

251 Entrevista al Dr. Alfredo Delgado Rodríguez, secretario académico y docente del Programa de Medio Ambiente del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, el 8 de abril de 2008.

252 Para esta dimensión se utilizaron tres fuentes de información: a) documentos que dan cuenta de daños a la salud y ambiental en aire y agua generados por las instituciones oficiales estatales y federales, b) la información generada por parte de investigadores independientes, en particular instituciones académicas locales, principalmente los de Universidad Autónoma de Tlaxcala y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y, c), datos propios generados desde el año 2003, con la intervención de los investigadores Inés Navarro González del Instituto de Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México, Rita Valladares y Erasmo Flores Valverde del laboratorio de análisis y tratamiento de aguas residuales de la Universidad Autónoma Metropolitana –Unidad Azcapotzalco– y Regina Montero Montoya del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

253 La información para esta línea se obtuvo a partir de la información generada por las propias instituciones y publicada en sus páginas de transparencia, solicitudes de información vía la Ley Federal de Acceso a la Información y las leyes en la materia de los estados de Tlaxcala y Puebla, y entrevistas directas a autoridades e investigadores académicos.

La construcción de los indicadores se realizó a partir de la Observación General 14, poniendo particular atención en la conceptualización de los principales factores determinantes básicos de la salud²⁵⁴. El desarrollo de indicadores también se basó en el método de evaluación de riesgos en ambiente y salud que es utilizado por las instituciones públicas para la medición de las sustancias, los impactos en la salud y el diseño de sus políticas públicas.

Dicho método se encuentra desarrollado en las normas ambientales vigentes en México, por lo cual siempre se hará referencia a ellas, principalmente: la NOM-001-ECOL-1996 que establece los límites máximos permisibles para la descarga de aguas residuales en cuerpos de agua; la NOM-002-ECOL-1996 que establece los límites máximos permisibles para la descarga de aguas residuales en drenajes municipales y alcantarillado; la NOM-127-SSA1-1994 que regula los parámetros para que el agua tenga condiciones de potabilidad para el consumo humano; la NOM-052-SEMARNAT-2005 que regula el manejo y disposición de residuos tóxicos o peligrosos. Cuando se haga mención de una sustancia que no se encuentra normada en el ámbito nacional, pero sí en el internacional o en normas laborales, se hará referencia directa a éstas.

La Tabla 1 muestra los indicadores que fueron seleccionados para conocer la situación en ambiente y salud en los estados de Tlaxcala y Puebla, con énfasis en la cuenca del río Atoyac²⁵⁵, así como los actores principales y las herramientas legales que tienen un papel preponderante en el derecho a la salud.

254 Observación General número 14. Derecho a la Salud. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/2000/4:3)

255 En la información presentada de estos indicadores, se consideran las siguientes observaciones:

- a) En algunos indicadores la información oficial era divergente y hasta contradictoria, dependiendo de la fuente. Cuando ésta fue la situación, se presentó la información de las diversas fuentes, señalando las implicaciones para medir la realización del derecho.
- b) El indicador sobre la presencia de daños genotóxicos en humanos, tuvo la limitante de que es el único estudio en su tipo realizado en la región, por lo que se presentan como datos únicos sin poderlos contrastar con otros estudios. Este fue realizado por la Dra. Regina Montero Montoya del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2004 y fue focalizado territorialmente en el sur poniente del estado de Tlaxcala, en donde se presentan los casos de leucemia linfoblástica, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica.
- c) El Dr. Alfredo Delgado Rodríguez de la Universidad Autónoma de Tlaxcala ha realizado pruebas de genotoxicidad con agua y lodo de los ríos Atoyac y Zahuapan, sin embargo, estos estudios están orientados hacia moscas de la fruta y con una metodología distinta; no obstante, a partir de estos análisis también se ha comprobado que existe`
- d) Se decidió elegir como indicador de proceso el número de movimientos sociales en los estados de Tlaxcala y Puebla que estiman aspectos de salud ambiental en sus reivindicaciones, ya que se consideró que son la forma más visible de observar cuando los mecanismos formales de procuración de justicia no resuelven la problemática de salud ambiental y se convierten en el mecanismo de acción de los grupos ciudadanos para denunciar y solucionar, desde la exigibilidad política, sus problemas. Asimismo, estos son considerados como indicadores de participación ciudadana.

Con lo anterior, coincidimos con Gutiérrez en que los grupos más vulnerables de la población han privilegiado los mecanismos de exigibilidad política a través de la presión social para la solución de sus problemas relacionados con el derecho al agua y a la salud, como una estrategia de justiciabilidad. A pesar de que estos movimientos sociales constituyen un indicador que muestra cómo el gobierno no ha sido capaz de desarrollar una política sustentable en el país. Estos sólo han conseguido logros limitados en el sistema de gestión de los derechos a la salud y al agua, por la focalización territorial de sus acciones y la no modificación de las condiciones estructurales de justiciabilidad. Gutiérrez Rivas, Rodrigo *et al.*, *Diagnóstico de casos para defensa jurídica del derecho humano al agua en México*. Abril de 2008 (mimeo) s/p.

Tabla 1
Indicadores sobre ambiente y salud.

Indicadores estructurales	Indicadores de proceso	Indicadores de evolución
E. 1. ¿Existe un marco legislativo en el ámbito estatal que establezca medidas y normas respecto a salud ambiental?	P. 1. Número de medidas adoptadas para mejorar la higiene y la seguridad ambiental (control de materias y sustancias peligrosas, existencias de sustancias peligrosas en el ambiente, sistemas de monitoreo, existencia de mecanismos de quejas en los sistemas de salud).	V. 1. Porcentaje de la población con acceso a una fuente de agua potable. (Desagregado por población urbano / rural).
E. 2. ¿Está reconocida la contaminación ambiental en el ámbito estatal como una situación de riesgo o emergencia a la salud humana?		V. 2. Porcentaje de la población con acceso a servicios sanitarios. (Desagregado población urbano / rural).
E. 3. ¿Existe un plan organizado en el estado para el mejoramiento de condiciones de vigilancia epidemiológica por daños a la salud por contaminación?	P. 2. Número de movimientos sociales en el estado que consideran aspectos de salud ambiental en sus reivindicaciones.	V. 3. Niveles de contaminación de agua (desagregado por Índice de Calidad de Agua ICA, NOM-001-ECOL-1996).
E. 4. ¿Existe un reconocimiento legal del derecho a un tratamiento de situaciones de riesgo ambiental y la salud en el estado?		V. 4. Porcentaje de aguas residuales tratadas en el estado (desagregado por población urbano / rural).
E. 5. ¿Está incorporada la obligación mínima en el estado, que hace referencia el PIDESC sobre garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que se refiere a los grupos marginados?		V. 5. Niveles de contaminación de aire (Desagregado por población urbano / rural).
E. 6. ¿El estado ha diseñado un Programa Estatal de Salud?		V. 6 Personas afectadas por daños genotóxicos.
E. 7. ¿Tienen los organismos públicos estatales un programa de saneamiento ambiental?		V. 7. Casos de leucemia linfoblástica, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica en donde la contaminación sea un factor condicionante.
E. 8. ¿Tienen los organismos públicos estatales una política o programa específico para atender casos de daños a la salud por contaminación, riesgo ambiental o situaciones catastróficas?		V. 8. Indices de mortalidad en insuficiencia renal, leucemia linfoblástica.
		V. 9. Número de decisiones adoptadas por las instituciones estatales de derechos humanos, referidas al derecho a la salud.

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 muestra los organismos públicos seleccionados en los ámbitos Federal y Estatal encargados de la problemática de daños a la salud, contaminación y salud ambiental, así como las acciones concurrentes en materia Legislativa, Ejecutiva y Judicial que permitan establecer una política integral de defensa y promoción del derecho a la salud.

De estas instituciones y dependencias, se consideró realizar el análisis de su diseño, de las políticas públicas por ellos implementadas y los programas que son impulsados para solucionar los conflictos públicos. No se consideró la realización de una evaluación institucional de los programas, ni se planteó determinar el impacto de las acciones que estos organismos tienen sobre los problemas de salud ambiental, sino que se buscó responder a las preguntas: ¿qué hacen?, ¿para qué lo hacen?, ¿con qué objetivos, recursos y metas? y ¿pueden promover y defender el derecho a la salud ambiental?

Tabla 2
Instituciones públicas analizadas.

Ámbito / Estado	Institución o Dependencia	Programa
Federal	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Toda la institución Denuncia popular
Estatatal / Tlaxcala	Organismo Público Descentralizado de Salud del Estado de Tlaxcala	Toda la institución
Estatatal / Tlaxcala	Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	Toda la institución Denuncia Sanitaria Pública
Estatatal / Tlaxcala	Coordinación General de Ecología	Toda la institución Denuncia pública
Estatatal / Puebla	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales del Estado de Puebla	Toda la institución Denuncia popular
Estatatal / Puebla	Secretaría de Salud del Estado de Puebla	Toda la institución Denuncia Sanitaria Pública
Estatatal / Puebla	Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Puebla	Visitadurías

Fuente: Elaboración propia

7.2.1. Marco de referencia

Los derechos humanos a la salud, a un ambiente sano, al agua y a la procuración de la justicia son parte del derecho fundamental a una calidad de vida en donde se respete la dignidad de las personas, expresando, junto con los otros derechos, una conciencia de unidad e interdependencia de cada ser humano y de él con todos los demás.

El derecho a la salud en este proceso no sólo significa la ausencia de enfermedades²⁵⁶, sino el completo bienestar físico y social de las personas, tal y como lo reconoce la propia Organización Mundial de la Salud, por lo cual el derecho a la salud no implica el que la gente no deba de enfermarse, sino que el bienestar derivado de él esté garantizado y protegido. Debido a ello, coincidimos con Fernando Bejarano en que “no se puede lograr un completo bienestar físico, un cuerpo sano y una mente sana si el ambiente que nos rodea está contaminado”²⁵⁷.

Las condiciones determinantes que permiten garantizar el derecho a la salud son: el derecho a vivir en un ambiente sano, así como la protección, preservación y el mejoramiento del ambiente, considerado éste como un ámbito integral que vincula la relación entre la naturaleza y la sociedad, por lo que el ambiente sano es una condición indispensable para garantizar, proteger y respetar los derechos fundamentales del hombre y la mujer.²⁵⁸

Dentro de las condiciones ambientales a las que se ha dado gran importancia, tanto por su disponibilidad natural crítica como por su peso para garantizar la salud, está el derecho al agua. En México como en la mayoría de los países integrados a la Organización de las Naciones Unidas, el agua pertenece a la nación, lo cual está establecido en el Artículo 27 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, en nuestro país no está constituido como un derecho humano a pesar de que ya se reconoce como un derecho en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, y considera obligaciones particulares para su cumplimiento a

²⁵⁶ CEJIL, *Construyendo una agenda para la justiciabilidad de los Derechos Sociales*, CEJIL (Ed.). Costa Rica, 2004, página 248.

²⁵⁷ Bejarano González Fernando.-Guía Ciudadana para la aplicación del Convenio de Estocolmo. Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México –RAPAM- (Ed.), página 154.

²⁵⁸ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Protocolo de San Salvador, en su artículo treinta y tres, protege el derecho a vivir en un ambiente sano así como el derecho a la protección, preservación y mejoramiento del ambiente.

El Convenio de Estocolmo refiere que el ambiente brinda al ser humano la oportunidad de desarrollarse intelectual, moral, social y espiritualmente, y que su realización se puede ver obstaculizada en su cumplimiento por problemas relacionados con la industrialización, el desarrollo tecnológico y los procesos productivos. Considera alternativas de solución, otorgando a las instituciones nacionales y locales las medidas normativas y operativas para el mejoramiento del ambiente.

De igual forma, esta Declaración establece el poner fin a las descargas de sustancias tóxicas para que no causen daños graves o irreparables a la salud y los ecosistemas, obligando a los Estados a asegurarse de que las actividades que se lleven a cabo dentro de su jurisdicción o bajo su control, no perjudiquen a la naturaleza. Esta Declaración también contempla el derecho de las víctimas de contaminación, entre las que se encuentra el daño a la salud, a la indemnización o la reparación del daño.

través de la Observación General 15 del comité de DESC²⁵⁹.

En su aspecto fundamental el derecho al agua implica que cada persona debe disponer de ella en cantidad y calidad suficiente, en condiciones aceptables y accesibles para su uso, tanto personal como doméstica, así como prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular estableciendo el acceso a servicios de saneamiento adecuados, condiciones indispensables para la realización de otros derechos, como lo es precisamente la salud.

Con los antecedentes anteriores, en el presente estudio se asume que la producción y liberación de sustancias tóxicas –como los compuestos orgánicos volátiles y los compuestos orgánicos persistentes– en el ambiente y principalmente en el agua, es una violación a los derechos humanos, como son el derecho a la salud, a un ambiente sano, al agua y a la procuración de la justicia.

7.3. Desarrollo del caso de estudio

En este capítulo se describe y analiza la información de los indicadores de ambiente y salud.

En el primer apartado se presenta la información referente a los organismos públicos, su diseño y el marco legal que los sustenta. En el segundo se describen la situación ambiental, las sustancias tóxicas y sus posibles implicaciones en la salud de las comunidades del río Atoyac. El tercer apartado contiene la información referente a enfermedades y daños genotóxicos en donde la contaminación ambiental es un factor que las puede originar.

7.3.1. Organismos públicos y marco legal de las instituciones encargadas del derecho a la salud y de un ambiente sano

El caso de Tlaxcala

Antes que nada, es pertinente mencionar que la Constitución Política del estado y en la actual Ley Estatal de Salud de Tlaxcala no existe un reconocimiento legal del derecho a la salud y tampoco a un tratamiento de situaciones de riesgo ambiental. De la misma forma, no se garantiza el acceso a los centros, bienes y

259 El derecho humano al agua se encuentra desarrollado a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC). Este pacto fue suscrito por el gobierno mexicano, declarando su carácter de vinculante en el país a partir del 23 de marzo de 1981.

Según el comité DESC, como órgano establecido en 1985, a través de la resolución del ECOSOC 1985/17 de 28 de mayo de 1985, y facultado por la Organización de las Naciones Unidas para vigilar la aplicación del PDESC, El derecho al agua debe estar basado esencialmente a las condiciones de dignidad, el derecho a la vida, a la salud humana y a la vivienda, como está establecido en los artículos 11.1 y 12.1 y 12.2 del PDESC, con el artículo 25 párrafo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Su interpretación, que deriva de las condiciones para un nivel de vida adecuado y al más alto nivel posible de salud física y mental, se encuentra dentro de la Observación General 15, en donde se detalla su contenido mínimo y las obligaciones adquiridas por el estado al firmarlo y ratificarlo.

servicios de salud sobre una base no discriminatoria, como plantea la O.G. 14 del PIDESC.

El derecho a la salud, sin embargo, sí se encuentra reconocido en el decreto de creación de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del estado de Tlaxcala, institución creada en el año 2006, como órgano descentrado del organismo operador de salud del estado y que tiene como función definir las políticas de protección contra riesgos sanitarios en materia de salubridad; y entre sus principales atribuciones se encuentran la prevención y control de los efectos nocivos ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional, el saneamiento básico y los aspectos específicos de salubridad local.

“...el desarrollo humano integral depende en gran medida de que la población cuente con salud, entendida ésta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el equilibrio físico y mental del ser humano, y con base en ello, el gobierno del estado plantea como uno de sus objetivos para garantizar el cuidado de la salud de los tlaxcaltecas en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, el impulsar reformas legales y normativas en el sector que permitan consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud e instrumentar paulatinamente la estrategia de separación de funciones”.²⁶⁰

Si bien es importante que en el estado de Tlaxcala, para llevar a cabo el cumplimiento del derecho a la salud, se cuente con un decreto de creación de un organismo público que tenga enunciado este derecho, es igualmente relevante que en su aspecto operacional no se pierda ese espíritu, ya que se encuentra apoyado en un procedimiento administrativo regulado por la metodología de evaluación de riesgos y la aplicación de las normas legales. Esto implica que se dejan fuera a la mayoría de las sustancias tóxicas y no evalúan los efectos múltiples de éstas.

Respecto al indicador de si el estado de Tlaxcala cuenta con un programa estatal en salud, se puede establecer que sí lo tiene, en él presentan su programa anual de trabajo. Sin embargo hasta el año 2006 sólo se identificaban acciones de prestación de servicios por nivel, acceso al seguro médico popular, vacunación y acciones preventivas. Es hasta 2007 cuando se inserta un programa de salud ambiental como parte del programa estatal de salud, en donde su ejecución depende de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del estado de Tlaxcala (COEPRIST).

Por lo anterior, se puede afirmar que la estructura organizativa para atender los aspectos de salud ambiental es limitada e incipiente, además de que realiza una copia de las funciones, entre la extinta Dirección de Regulación Sanitaria de la Secretaría de

260 Gobierno del estado de Tlaxcala. Decreto de creación de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. Diario Oficial del estado de Tlaxcala, 7 de agosto de 2006.

Salud y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, sin más enfoque que el de aplicar una normativa legal limitada para su observancia en hospitales y sanatorios. Hasta el momento no han realizado investigaciones ante casos de contaminación ni estudios epidemiológicos derivados de situaciones de graves daños a la salud como la insuficiencia renal, con muestreos limitados a la calidad del agua potable, excluyendo de su competencia la contaminación de aguas residuales y las emisiones atmosféricas.

Con respecto al indicador que permite conocer si los organismos públicos estatales cuentan con una política o programa específico para atender casos de daños a la salud por contaminación, riesgo ambiental o situaciones catastróficas, se encontró que en el estado de Tlaxcala en las leyes no se enuncia el derecho a la salud. De igual forma, se puede establecer que las Leyes Generales de Equilibrio Ecológico no hacen referencia directa a la salud humana ni a las medidas o normas de salud ambiental²⁶¹.

En este sentido, y como complemento a las normas ambientales, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y el Instituto de Ecología consideran evaluar los aspectos de daños a la salud a partir de cuatro variables de control: a) la toxicidad de las sustancias; b) el tiempo de exposición; c) la concentración de la sustancia y, d), las características de la población a partir de la masa corporal de la población expuesta al riesgo²⁶².

Un aspecto que debe resaltarse de esta forma de evaluar riesgos ambientales es que es incompleta. A pesar de ser la única metodología implementada por el gobierno con el fin de dar solución a los problemas en donde se interrelacionan aspectos de salud y ambiente, en la práctica el enfoque es sólo es de carácter ambiental. En el año 2007, la Comisión Federal de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) elaboró para todo el país una norma para la realización de estudios epidemiológicos en salud, contemplando como uno de los factores la contaminación ambiental²⁶³.

A pesar de sus limitaciones para enfrentarla, desde la perspectiva ambiental, la contaminación en el estado de Tlaxcala se encuentra reconocida como un factor que puede generar condiciones de riesgo o emergencia hacia la salud humana. La encargada de esto es la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Tlaxcala.

261 Existen normas ambientales para las descargas de aguas residuales, emisiones atmosféricas, disposición de desechos sólidos, manejo de aguas residuales y manejo de sustancias peligrosas, todas ellas elaboradas desde una perspectiva de establecimiento de límites máximos permisibles para cada uno de los parámetros y sustancias consideradas

262 Propuesta que, como se comentaba en apartados anteriores, se considera incompleta, ya que no contempla el impacto de varias sustancias en el cuerpo humano, ni los generados a partir de nuevas sustancias producto de recombinaciones químicas y que no están contempladas en los procesos de evaluación. SEMARNAT-INE, *Op cit*, 2003.

263 Su fundamento se basa en: a) la identificación de los riesgos sanitarios prevenibles y controlables en el funcionamiento, la prestación de un servicio o factores ambientales, b) la comunicación de los riesgos a los prestadores del servicio para su sensibilización involucrándolos en su prevención, autoridades o población afectada, c) la vigilancia sanitaria que permita un control y en su caso eliminación de riesgos a la salud y, d), la aplicación de medidas sanitarias debidamente motivadas y fundamentadas que permitan el control efectivo y en su caso la eliminación del riesgo sanitario.

En Tlaxcala, el hecho de que la contaminación pueda generar condiciones de riesgo o emergencia hacia la salud humana, se encuentra reconocido como instancia penal en las reformas a los artículos 325, 327 y 328 del Código Penal del estado, referentes a los delitos contra la ecología y el medio ambiente. Respecto a las reformas, la modificación del artículo 325 en su fracción vi, incluye los delitos contra el ambiente y la salud pública como una situación de riesgo o emergencia²⁶⁴.

A pesar de que en el decreto de formación de la COEPRIST y en la conformación de la tipificación del delito la contaminación está reconocida como un daño a la salud, su puesta en la práctica no permite establecer acciones tendientes a fortalecer políticas públicas de defensa, ya que no existe una vinculación entre la COEPRIST y el Ministerio Público especializado en delitos ambientales. Esto aunado a que, como ya se mencionó, deja el establecimiento de las cargas de prueba en las personas afectadas y no considera las reparaciones del daño.

El caso de Puebla

A diferencia del caso de Tlaxcala, en el artículo 11 de la Constitución Política del estado de Puebla se menciona: “Las leyes poblanas no harán ninguna distinción entre las personas, por razón de su raza, condición económica, filiación, instrucción, creencia religiosa o ideología política”. Por su parte, el artículo 44 de la Ley Estatal de Salud, expresa que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional éticamente responsable, así como el trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”²⁶⁵.

El estado cuenta además con un programa de salud con énfasis en la prestación de sus servicios por nivel de cobertura y la jurisdicción sanitaria territorial correspondiente. Sin embargo no existe un programa de salud ambiental, ya que tiene una estructura administrativa que responde exclusivamente ante denuncias sanitarias públicas y que depende de manera directa de la Secretaría de Salud local.

De lo anterior puede inferirse que en el marco legal se ha enunciado no el derecho a la salud como una forma integral, sino el acceso a la salud como un derecho humano, de tal forma que su programa estatal, su infraestructura y políticas se encuentran orientados hacia el acceso a la salud. Aspectos determinantes básicos como el saneamiento, agua, salud ambiental y salud laboral se ven reflejados de manera secundaria en la ley. Es por ello, que no se cuenta con una instancia especializada en salud ambiental respondiendo sólo de manera focalizada a las denuncias sanitarias existentes.

264 “Comete delitos contra la ecología y el medio ambiente, la persona que ordene, autorice, propicie, ejecute directa o indirectamente acciones con riesgo de causar daño a la salud pública, la flora, fauna, bajo las circunstancias siguientes: VI. Libere o emita sustancias en el aire, tierra o aguas superficiales o subterráneas, en cantidad que produzcan en alguna persona la muerte o enfermedad y que además de una primera asistencia facultativa requiera tratamiento médico o quirúrgico o produzca secuelas irreversibles”.

265 Gobierno del estado de Puebla Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, y Ley Estatal de Salud.

Respecto al indicador sobre si los organismos públicos estatales cuentan con un programa de saneamiento ambiental, se puede establecer que se han realizado programas conjuntos que contemplan la totalidad de la cuenca Atoyac Zahuapan y es producto del Convenio de Colaboración de la zona conurbada de Puebla-Tlaxcala. Esta se encuentra más detallada en el renglón de saneamiento hídrico.

Programas de saneamiento ambiental: ¿Una alternativa para la realización del derecho a la salud y un medio ambiente sano?

El “Proyecto de Rescate Ecológico de los ríos Zahuapan, Atoyac, Alseseca y la Presa Manuel Avila Camacho” (Valsequillo)²⁶⁶, fue presentado en el marco del IV Foro Mundial del Agua en marzo de 2006 en la ciudad de México. Éste es operado por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de Puebla, en Tlaxcala por la Coordinación General de Ecología y la Coordinación de Asesores del Gobernador, así como las dependencias estatales de Comisión Nacional del Agua²⁶⁷.

266 Para su realización, el lunes 23 de julio de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa anunció que su administración asumiría la responsabilidad de sanear la presa de Valsequillo y sus afluentes, lo cual implicaría una inversión de 3 mil millones de pesos, si bien posteriormente en el Plan Nacional de Infraestructura se estableció que la inversión sería de mil 600 millones de pesos.

267 El inicio de este Proyecto de Saneamiento comenzó en ambos estados con la firma de dos convenios para la realización de estudios especializados. El primero de ellos firmado el 8 de septiembre de 2006 por 6 millones 497 mil 500 pesos, mediante el cual la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas (ESIQIE) del IPN realizaría estudios técnicos, análisis de laboratorio y de reinserción a 28 plantas de tratamiento de agua residual. En la firma del convenio, la ESIQIE se comprometió a entregar los resultados del Diagnóstico Integral para el Saneamiento de la cuenca del Alto Atoyac, en septiembre de 2007, y los entregó de manera parcial a la Coordinación General de Ecología del estado de Tlaxcala hasta el mes de abril de 2008 (Solicitud de Acceso a la Información Pública número con fecha 1117100034708, con fecha de 20 de mayo de 2008). El convenio incluye una cláusula de confidencialidad mediante la cual, la información generada de él, no puede ser divulgada ni transferida. Sin embargo, el propio Coordinador General de Ecología estableció en rueda de prensa, que los estudios elaborados por el Politécnico, no dicen nada que no se conociera, ya que sólo se estudiaron los parámetros establecidos por la normatividad, para la realización de la rehabilitación de las 28 plantas de tratamiento, por lo que no servían estos estudios. Ojeda Ramírez Teresa “Descarta CCE recurrir a la flocculación iónica para sanear el cauce del río Zahuapan” en *Jornada de Oriente, Sección Tlaxcala*, página 3, 13 de agosto de 2008 y Morales Moisés “Serviría agua del Zahuapan para consumo en cinco años” en *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, 21 de agosto de 2008.

En el estado de Puebla, este proceso se inició el 6 de septiembre de 2006, con la firma del “Convenio de Cooperación entre el Gobierno del Estado de Puebla y la Agencia para el Comercio y Desarrollo de los Estados Unidos”, por un monto de 797 mil dólares, destinados a la elaboración del “Estudio de Factibilidad del Proyecto de Valsequillo”, el estudio, encargado a la empresa Black and Veatch, arrojó que sólo por saneamiento se requerían unos 3 mil millones de pesos e involucraría a más de 30 municipios de los estados de Tlaxcala y Puebla. A partir de esta propuesta, la Secretaría de Finanzas del estado de Puebla, desarrolló un proyecto llamado “Puerto Aura” en la Presa Manuel Ávila Camacho, que en una primera etapa considera construir un malecón, un club de vela, zonas residenciales, centros de convenciones, hoteles, restaurantes, un foro al aire libre y espacios propicios para el desarrollo de actividades náuticas.

Además de que la propuesta planteada para la zona pretende captar 80% del crecimiento residencial, abarcando un total de 10 mil 481 hectáreas, el estudio considera que de conjunto habría una ganancia de 15 mil 700 millones de pesos (con valor de 2007), por el concepto de bienes raíces, a los que se deben de sumar los ingresos generados por el incremento de la demanda económica de bienes y servicios locales, de la actividad comercial y del aumento en el valor catastral de las propiedades. Fuente: <http://skycraperpage.com/archive/index.php/t-131941.html>

Cabe resaltar que este programa ambiental se encuentra determinado por normas ambientales, a través del control de los límites máximos permisibles de las sustancias emitidas, lo cual encierra varias limitantes: a) no se conocen los daños a la salud del conjunto de las sustancias en el ambiente, b) están limitados a un número reducido de parámetros y sustancias establecidos en las normas, por lo que quedan fuera la mayoría de ellas –aun considerando que de algunas sustancias se conocen sus efectos tóxicos y de riesgo en la salud– y, c), no se toma en consideración el origen de nuevas sustancias a partir de la recombinación química, que puede dar origen a otras más dañinas que las originales, sin que exista una evaluación de ellas.

Desde el punto de vista del derecho a la salud y a un medio ambiente sano, es posible afirmar que en los estados de Puebla y Tlaxcala no han cumplido a cabalidad con su obligación de protegerlos, ya que este tipo de programas no prevén acciones que contribuyan a mejorar de manera estructural la calidad del agua y, por consiguiente, tampoco se garantiza que las personas que viven en las comunidades cercanas a estos ríos dejen de enfermarse.

Con respecto al indicador que da cuenta si las instituciones estatales y federales han adoptado medidas para mejorar la higiene y la seguridad ambiental, puede mencionarse que en ambos estados estas instituciones han adoptado medidas para mejorar la higiene y la seguridad ambiental. Entre ellas se encuentran acciones relacionadas con el control de materias y sustancias peligrosas, la limitación de sustancias nocivas en el ambiente, el establecimiento de sistemas de monitoreo y un plan organizado de condiciones de vigilancia epidemiológica por daños a la salud por contaminación.

A pesar de ello, el principal problema es que ninguna de las medidas para mejorar la higiene y la seguridad ambiental, establecidas por las autoridades, se han cumplido en su totalidad y la gente, a pesar de todo, continúa enfermándose. Es por ello que la población ha privilegiado mecanismos de exigibilidad política mediante la presión social para dar solución a sus requerimientos relacionados con los derechos a la salud y al agua: en la cuenca se han extendido, de manera paralela, a la presencia de problemas ambientales, la existencia de al menos 14 movimientos sociales que no han encontrado en los mecanismos institucionales formales una solución a su problemática (Tabla 6).

Sin embargo, se ha observado que cuando los movimientos sociales se enfrentan a problemas ya instalados en ambiente y salud, es más complicado establecer una solución que les permita gestionar la eliminación o disminución de la presencia de sustancias tóxicas, aumentar la disponibilidad de agua, dar tratamiento a las personas enfermas o establecer estudios epidemiológicos integrales. Esto se debe a que en gran medida, los grupos que dan origen a estos movimientos sociales tienden a una

focalización territorial de sus acciones. Por otra parte, su demanda central se encuentra orientada hacia la búsqueda de una solución técnica operativa y no de una gestión de los productos químicos ni en la procuración de justicia.

Un elemento adicional que hace aún más compleja esta situación, es la disparidad de capacidades técnicas y operativas entre los organismos públicos encargados de atender las temáticas de ambiente y salud respecto a los movimientos sociales. Es decir, cuando una autoridad sanitaria establece en su estudio epidemiológico que no hay daños visibles a la salud, a pesar de la presencia de diversos tipos de cáncer y de que se han documentado a nivel internacional los daños generados por las dioxinas y los furanos, que son producto de la incineración, las comunidades cuentan con pocos elementos técnicos para contrarrestar la posición del organismo público de salud²⁶⁸. Sin embargo, cabe señalar que, por ejemplo, el gobierno del estado de Puebla tampoco tiene los elementos técnicos y metodológicos para la medición de estos compuestos.

Ni las autoridades y mucho menos las comunidades cuentan con la capacidad de producir información confiable, por lo que las decisiones relativas a la gestión racional de la contaminación por sustancias químicas se vuelve parcial y los grupos sociales entran a una fase de resistencia de largo plazo. El problema, entonces, es también atribuible a la falta de información clara, accesible, apropiada y oportuna sobre los productos químicos y las sustancias tóxicas.

Por lo tanto, los componentes existentes en las instituciones públicas relacionados con salud y salud ambiental son principalmente de carácter administrativo y no están vinculados con mecanismos articulados de los derechos humanos, ni con la procuración de justicia con base en los tratados, convenios y normas internacionales. En consecuencia, al no encontrar respuesta se ha generado un aumento en los grupos sociales que privilegian la exigibilidad política sobre la defensa jurídica del derecho a la salud por contaminación ambiental.

Al no haber mecanismos claros de procuración de justicia que incluyan la reparación de daños, los avances obtenidos se focalizan territorialmente y no generan una gestión integral en la procuración de justicia del derecho a la salud.

7.3.2. Agua y saneamiento como factores condicionantes en el derecho a la salud

Dos de los indicadores considerados en este caso de estudio para garantizar el derecho a la salud y al agua son: el porcentaje de la población con acceso a una fuente de agua potable y el porcentaje de la población con acceso a servicios sanitarios (diferenciando entre población urbana y rural) en los estados de Tlaxcala y Puebla.

268 Incineración de desechos biológicos infecciosos en la comunidad de Santa Ana Xalmimilulco, Puebla.

Una de las limitantes de la información producida por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, es que los datos se encuentran establecidos a partir de las viviendas particulares, por lo que la información presenta el sesgo de que se desconoce cuál es la situación de la población que habita en viviendas colectivas y albergues, además de que no se sabe con claridad los avances de la realización del derecho al agua de la población desagregada por sexo y edad.

De la población nacional que habita en viviendas particulares, se sabe que en el año 2000, 83.7 millones de personas (el 87.8%) contaban con agua potable y 72.6 millones (el 76.2%) con alcantarillado. Sin embargo, cuando se compara con la relación urbana y rural, se observa una desproporción en la accesibilidad del derecho al agua y que repercute en las condiciones de salud, ya que a nivel nacional el 94.6% de la población urbana cuenta con servicio de agua potable contra sólo el 68% de la rural. Respecto al saneamiento, la población urbana que contaba con el servicio es de 89.6% contra el 36.7 de la rural.²⁶⁹

En los estados de Tlaxcala y Puebla los porcentajes de población con el servicio de agua potable eran de 82.8% para Puebla y 96.3% en Tlaxcala, mientras que de alcantarillado y saneamiento, 62.8% para Puebla y de 81.9% para el estado de Tlaxcala en el año 2000. En el 2005, en el estado poblano el 85% contaba con agua potable y 80% con el servicio de drenaje, mientras que en el estado tlaxcalteca 97.5%, en ese mismo año, con agua potable y 90.4% con drenaje.²⁷⁰

Tabla 3
Disponibilidad de agua y saneamiento en los estados de Tlaxcala y Puebla.

Entidad	Agua Potable		Saneamiento	
	2000	2005	2000	2005
Puebla	82.8	85.0	62.8	80.0
Tlaxcala	96.3	97.5	81.9	90.4
Nacional	87.8	94.3	76.2	86.7

Fuente: Elaboración propia con datos del XII Censo General de Población y Vivienda. INEGI (2000), Conteo de Población y Vivienda (2005) INEGI. CNA (2003) Plan hidráulico de la Cuenca del río Balsas.

Sin embargo, según los datos del Plan hidráulico del río Balsas, uno de los principales problemas es la no accesibilidad del derecho al agua en las comunidades rurales. La cobertura de los servicios de saneamiento es solamente del 6%, principalmente en

²⁶⁹ XII Censo General de Población y Vivienda. INEGI (2000), Conteo de Población y Vivienda (2005) INEGI. CNA (2003) Plan hidráulico de la cuenca del río Balsas.

²⁷⁰ XII Censo General de Población y Vivienda. INEGI (2000), Conteo de Población y Vivienda (2005) INEGI. CNA (2003) Plan hidráulico de la cuenca del río Balsas.

los municipios de Izúcar de Matamoros, Atlixco y Tecamachalco, en la zona de la Mixteca Poblana y del 20% en Tlaxcala.²⁷¹ Esto implica que las comunidades rurales de ambos estados no cuentan con agua en cantidad y calidad suficiente ni con el saneamiento básico que permita generar condiciones necesarias de uno de los factores determinantes básicos de la salud, establecidas en las o.g. 14 y 15 del comité DESC²⁷².

En el ámbito urbano existe una mayor cobertura para garantizar el acceso al agua en cantidad y calidad suficiente, así como de saneamiento básico en las viviendas particulares. Sin embargo, el problema que aquí se enfrenta es la baja cobertura del tratamiento de aguas residuales tanto industriales como municipales, lo cual ha derivado que la cuenca del Atoyac Zahuapan sea la más contaminada del país (Anexo).²⁷³

Por otra parte, un promedio de los índices de calidad del agua, realizado por la Comisión Nacional del Agua²⁷⁴ durante los años de 1999 a 2007, demuestra que los cuerpos de agua superficiales, localizados en la subregión Alto Balsas, presentan, en general, condiciones de alta contaminación como consecuencia de un acelerado crecimiento de la población de los centros urbanos y de creciente desarrollo industrial: el 53.8% de los cuerpos de agua no son aptos para ningún uso y el 30.7% sólo lo son para uso industrial o agrícola, y ninguno de ellos permite condiciones de permanencia de los ecosistemas²⁷⁵(Anexo). El 15.3% de los cuerpos de agua superficiales se pueden considerar aptos como fuente de abastecimiento para uso humano, lo cual reduce las posibilidades de disponibilidad.

Como se ha mencionado antes, la cuenca del río Atoyac –donde se asientan las ciudades de Puebla y Tlaxcala, junto con otras de menor tamaño, pero también de acelerado desarrollo–, además de las descargas industriales que recibe, existen numerosas descargas municipales que se vierten directamente a las corrientes sin control ni

271 CNA (2003) Plan hidráulico de la cuenca del río Balsas.

272 Además de los problemas de accesibilidad que enfrentan las comunidades rurales de ambos estados, la población en general afronta la disponibilidad del agua, ya que de acuerdo con los datos de Comisión Nacional del Agua en su Plan hidráulico de la cuenca del río Balsas, para el año 2000 la disposición promedio de agua en Tlaxcala fue de 495 metros cúbicos por habitante al año. Sin embargo, cuando la fuente es sólo agua subterránea, la oferta disminuye 267 metros cúbicos, esto significa que de acuerdo con los rangos de disponibilidad de agua limpia internacionalmente aceptados, Tlaxcala se encuentra con menos de 500 m³ de agua por habitante al año dentro de las regiones “muy pobres”, equiparables a las condiciones hídricas que tienen poblaciones de países como Libia e Israel

273 Comisión Nacional del Agua, *Plan Nacional Hídrico 2007 – 2012*, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Ed.), México, 2007

274 Para evaluar la calidad del agua se realizan mediciones sistemáticas de los parámetros de las aguas superficiales, los cálculos se basan en la medición de parámetros de la red nacional de monitoreo de la Comisión Nacional de Agua. Para determinar el grado de contaminación de un cuerpo de agua se emplea el Índice de Calidad del Agua (ICA), el cual tiene un valor en la escala de 0% a 100% (un mayor valor del ICA indica una mejor calidad del agua) que se obtiene a partir de un promedio ponderado de los índices de calidad individuales de 18 parámetros dentro de los que se encuentran principalmente el potencial de hidrógeno, la demanda bioquímica de oxígeno y los sólidos suspendidos. Una de las limitantes, es que no toma en cuenta la población que vive alrededor del punto de muestreo y que posiblemente es afectada por la contaminación.

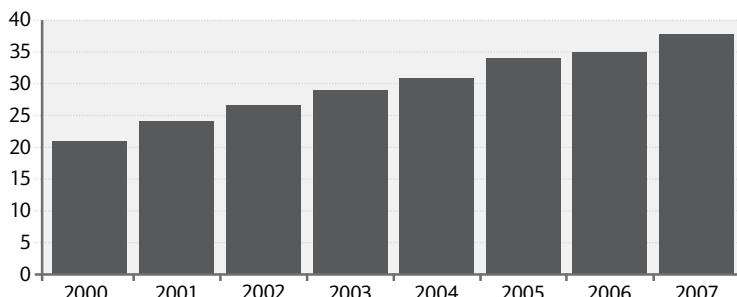
275 Subgerencia Regional de la Cuenca del río Balsas. CNA (2003) Plan hidráulico de la cuenca del río Balsas. Solicitud de acceso a la información Número 00210608 a la Comisión Nacional del Agua

medición, y menos aún con algún tratamiento. Los principales agentes contaminantes de la zona industrial corresponden a la industria textil, así como a empresas embotelladoras que producen un incremento notable en los niveles de DBO²⁷⁶.

“En particular, el río Atoyac, desde San Martín Texmelucan, Puebla, y hasta la confluencia con el río Zahuapan, se clasifica como un río muy contaminado, ya que prácticamente conduce agua residual tanto de origen municipal, como de la microindustria asentada en las localidades y de los corredores industriales que descargan directamente. Esta problemática ocasiona que el río Atoyac en dicho tramo presente índices de calidad del agua con promedio de 30 puntos, siendo aceptable sólo para uso agrícola (forrajes), excepto hortalizas, quedando su uso restringido en piscicultura, recreación, contacto primario y preservación de vida acuática”.²⁷⁷

Según datos de Comisión Nacional del Agua, a nivel nacional la cobertura del tratamiento de aguas residuales fue de 23% en el año 2000, mostrando un incremento hasta llegar al 38.3% en el año 2007²⁷⁸.

Gráfico 1
Cobertura de tratamiento de aguas residuales a nivel nacional.



Fuente: Comisión Nacional del Agua – Organismo de Cuenca del río Balsas. Síntesis para el sector Agua del Programa Nacional de Infraestructura en www.ccbalsas.org.mx/images/PN_Infraestructura_2007_2012_SINTESIS.pdf

276 Cuando microorganismos como bacterias aeróbicas encargadas de descomponer los desechos orgánicos, como plantas muertas, hojas, desechos de comida, restos de animales o aguas negras, están presentes en el agua, estas bacterias realizarán el proceso de descomposición. Esto sucede en grandes concentraciones de materia orgánica, el oxígeno disuelto lo consumen estas bacterias, quitándoles a otros organismos acuáticos el oxígeno necesario para vivir. La demanda bioquímica de oxígeno es una medida que usan estos microorganismos; a una gran cantidad de desechos orgánicos habrá una gran cantidad de microorganismos descomponiendo estos desechos, por lo que la demanda bioquímica de oxígeno será alta, conforme los desechos son consumidos o dispersados, los niveles de demanda bioquímica de O₂ bajarán.

277 Coordinación General de Ecología. Gobierno del estado de Tlaxcala. Propuesta de Saneamiento de río Atoyac en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla, México, mayo de 2003.

278 Sistema Nacional de Información del Agua en <http://www.conagua.gob.mx/Espaniol/TmpContenido.aspx?id=91b62c94-787c-4006-bc90-de5b1692ce07|Infraestructura Hidráulica|0|0|274|0|0>, Comisión Nacional del Agua – Organismo de Cuenca del río Balsas. Síntesis para el sector Agua del Programa Nacional de Infraestructura en http://www.ccbalsas.org.mx/images/PN_Infraestructura_2007_2012_SINTESIS.pdf y Comisión Nacional del Agua, *Op. Cit.* 2003

En los estados de Tlaxcala y Puebla también ha aumentado la creación de infraestructura para el tratamiento de aguas residuales que de 20%, en 2003, pasó a 58.2%, en 2008, en el estado de Tlaxcala y de 18% a 35% en el estado de Puebla, en el mismo periodo²⁷⁹.

Sin embargo, toda el agua tratada corresponde a localidades urbanas. Este problema deriva en que sólo las dos terceras partes de estas plantas se encuentran operando, debido a situaciones de incapacidad financiera y operativa de comunidades y municipios²⁸⁰. Dentro de la evaluación de riesgos, esto genera la persistencia de riesgos a la salud tradicionales como son las enfermedades gastrointestinales²⁸¹ ante la presencia de sustancias tóxicas producto de la actividad industrial–urbana.

Además de los datos oficiales de Comisión Nacional de Agua, existen estudios paralelos realizados por la Coordinación General de Ecología, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales del estado de Puebla e instituciones académicas, cuyos resultados agravan el panorama. En ellos se demuestra la existencia de sustancias tóxicas: Cianuro 0.022 mg/l, fenoles 0.023 mg/l, arsénico 1.85 mg/l y plomo 0.28 mg/²⁸², grasas y aceites, sólidos suspendidos totales, sólidos sedimentables y demanda bioquímica de oxígeno que presentan valores mayores a los límites máximos permisibles en la NOM-001-ECOL-1996²⁸³.

279 Comisión Nacional del Agua. Comunicado de Prensa No. 056-09 con fecha 01 de abril de 2009 en <http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/NotaP/BOLETIN%20056-09.pdf>, informe público de Blas Villegas Martínez, director de la Comisión Estatal de Agua y Saneamiento ([CEASPIUE](http://www.poblanerias.com/despliegue-noticia.php?id_noticia=14745)) con fecha 8 de julio de 2008 en http://www.poblanerias.com/despliegue-noticia.php?id_noticia=14745 y Comisión Nacional del Agua, *Op. Cit.* 2003

280 Un ejemplo de ello es el planteado por Carlos Morales Badillo, quien reconoció en 2008 que si bien el estado de Tlaxcala tenía una capacidad instalada para dar tratamiento al 58% de las aguas residuales, a través de 21 plantas de tratamiento, sólo 8 de ellas funcionan, además de considerar un problema los parámetros estimados y el no tener atribuciones sobre las descargas industriales en el alcantarillado municipal. Márquez Barragán Miriam. Reconoce Conagua, de 21 plantas de tratamiento solo ocho funcionan en 100% http://www.e-consulta.com/tlaxcala/index.php?option=com_content&task=view&id=5681&Itemid=28

281 Niklas Luhmann considera como “sociedad del riesgo” la referencia a una sociedad en donde la toma de decisiones se da en condiciones de incertidumbre y que es caracterizada por dos procesos simultáneos: a) el impacto provocado por los sistemas industriales y de reproducción de la población han generado daños catastróficos e irreversibles tanto en el sistema natural y en el sistema social, principalmente en la biosfera y en la salud de la población, en donde el establecimiento de posibles reparaciones de daño carece de sentido, b) la degradación del ambiente y los daños a la salud producto de esta degradación aparecen como consecuencias secundarias no deseadas ante una acción realizada de manera consciente con la presencia de sustancias tóxicas múltiples y de origen diverso y, c), el estado no se encuentra preparado para enfrentar las condiciones de incertidumbre y de riesgo generadas, lo cual deviene en condiciones de vulnerabilidad de amplios sectores de la población que viven las condiciones de riesgo generadas por toma de decisiones ajenas a ellos. Luhmann Niklas. *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana – Universidad de Guadalajara (Ed.), Colección Laberinto de Cristal, México, 1992, 285 páginas.

282 Datos de la muestra de agua residual, en aguas del río Atoyac realizada por Hernández H. O., citada por Castrejón P. F., de acuerdo a la norma NOM-001-ECOL-1996, sin fecha

283 Estos parámetros se encuentran principalmente relacionados con las descargas de aguas residuales domésticas, con excepción de la demanda bioquímica de oxígeno que en su valor máximo se encontró en un 540% mayor en el Corredor Industrial Quetzalcóatl. En su conjunto los valores encontrados en estos parámetros hacen imposible la presencia de vida en los ríos. Navarro y cols, *Op. cit.* 2004, páginas 27 – 60 y Navarro, Lucario y Montes Evolución de los riesgos potenciales en agua potable (thms) en comunidades en el entorno del río Atoyac (2^a. etapa), Instituto de Ingeniería UNAM (Ed.), México, 2009

Cloroformo²⁸⁴, cloruro de metileno²⁸⁵ y tolueno²⁸⁶ en las descargas de maquila de la mezclilla, en las zonas de San Martín Texmelucan, la zona conurbada de Puebla-Tlaxcala y la ciudad de Tehuacán, Puebla,²⁸⁷ y aminas con un alto nivel de toxicidad.²⁸⁸

Es la población urbana cuyo acceso a los servicios de agua potable, saneamiento y tratamiento de aguas residuales ha incrementado. Sin embargo, no se cuenta con información suficiente sobre los avances de estos aspectos en la población desagregada por edad y género.

El indicador establecido por el Estado mexicano se encuentra referido hacia la población que cuenta con el servicio de agua, es decir, de aquella a la cual le llega el agua entubada hasta su domicilio. Sin embargo, esto es un indicador parcial si no se considera la disponibilidad de agua, que implica la cantidad de agua por habitante.

Respecto a la calidad del agua por las descargas de aguas residuales domésticas como industriales, los indicadores de medición sólo se encuentran establecidos por parámetros físicos y algunos metales pesados, por lo que la mayoría de la contaminación biológica como química no se encuentra contemplada. Lo que da como resultado la existencia de sustancias tóxicas en las descargas de aguas residuales y de ríos cuando éstas aún se encuentren contempladas en otras normas como sustancias peligrosas o de alto riesgo o en las sustancias a eliminar en la legislación internacional.

7.3.3 Daños a la salud

En este apartado se presentan algunas evidencias, principalmente a través de investigaciones académicas que se han desarrollado desde el año 2003, de la relación que existe entre la presencia de contaminantes ambientales y de daños a la salud en la entidad. La información que se presenta se refiere principalmente a la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla, en el territorio que comprende entre las ciudades de Puebla, San Martín Texmelucan y Tlaxcala. Esta información

284 El cloroformo y otros trihalometanos muestran que son cancerígenos en animales de laboratorio y que el clorodibromometano tiene efectos adversos en el sistema reproductivo y en el desarrollo identificaron que los trihalometanos afectaban en roedores de laboratorio el hígado, los riñones y los intestinos. Mazari Hiriart, Mariza, Hernández Eugenio, Cristina, Rojas Callejas, Francisco y Rivera Pazos, Clara. *Trihalometanos y Haloclorados en agua de la zona sur de la ciudad de México*. Instituto Nacional de Ecología – Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenida el 16 de septiembre de 2004 en <http://ine.gob.mx/publicaciones> y Dunnick y Melnick, citados por Mazari et al, Op cit

285 Es un solvente industrial que no se encuentra en forma natural, si se respira en grandes cantidades puede dañar el sistema nervioso central, causa mareos, náuseas y se dice que puede ser cancerígeno en humanos. Ver ATSDR : <http://www.atsdr.cdc.gov>

286 Es un componente natural del petróleo, no es cancerígeno, sin embargo es tóxico para el sistema nervioso central, puede causar depresión, pérdida de habilidad, adicción y en altas concentraciones puede provocar daño a los riñones. Ver ATSDR : <http://www.atsdr.cdc.gov>

287 Navarro y cols, Op. cit, 2004, páginas 27–60

288 Estudios del Dr. Alfredo Delgado Rodríguez, director académico del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

requiere de su documentación y estudios especializados de pruebas biológicas o de análisis de sitios contaminados, por lo que sólo se ofrecen las aplicadas en estos sitios²⁸⁹. Ello no implica que no existan problemas similares en otros sitios de estos estados o del país, sino que se presentan como un ejemplo de documentación del daño existente en la salud y el ambiente.

En un estudio de daño ocupacional, realizado en 2006 por la doctora Regina Montero Montoya, del Departamento de Toxicología Ambiental del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, se presentó evidencia de una multiplicidad de sustancias tóxicas en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla²⁹⁰: Y si bien no fueron medidas sus concentraciones, sí existen hallazgos sobre la cantidad de sustancias tóxicas a las que de manera simultánea los trabajadores y la población se encuentran expuestos²⁹¹.

La doctora Regina Montero, del Departamento de Toxicología Ambiental, en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, describe la región en su aspecto laboral y productivo respecto a estas sustancias de la siguiente forma:

Es continua la existencia de quejas en las comunidades sobre los olores y el aire irritante que causa afectaciones en ojos, garganta y dolores de cabeza. Simultáneamente, algunas de las pertenecientes a estas comunidades trabajan en las industrias de la región, quedando expuestas a condiciones riesgosas de trabajo como son el polvo de algodón, calor y vapores de numerosos agentes tóxicos sin equipo protector, así como la falta de ventilación. Con ello, es muy probable que las condiciones de trabajo también contribuyan a deteriorar las condiciones de salud de la población.

En la planta petroquímica, los trabajadores cuentan con equipo protector y asistencia médica; sin embargo, las sustancias químicas tóxicas son manejadas en la planta y los trabajadores se quejan de los vapores que causan malestares ocasionales. Finalmente, los campesinos utilizan agroquímicos. Presumiblemente, las sustancias mencionadas son los agentes causantes de daños a la salud a través de enfermedades y, particularmente, provocando daños genotóxicos.

289 Se cita de manera de ejemplo la ciudad de Tehuacán, en el estado de Puebla, en donde Huberto Juárez Nuñez en su libro “Allá donde viven los más pobres”, editado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en 2005 y el Centro de Derechos Humanos y Laborales del Valle de Tehuacán han evidenciado las mismas industrias, sustancias tóxicas y enfermedades que se presentan en este trabajo.

290 Montero Montoya Regina, Serrano Luis, Méndez Alejandra y Morales Eduardo, *Op Cit.*, México, 2006.

291 Montero Montoya, Regina, Serrano, Luis, Méndez Alejandra y Morales Eduardo, *Op Cit.*, México, 2006 y el Documento de trabajo Montero Montoya Regina *Determinación de riesgo de daño genotóxico debido a los poliflorismos metabólicos cyp1A1, cyp2E1, gstm1 y gstt1, en individuos expuestos a la contaminación ambiental causada por tres corredores industriales y una planta petroquímica en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla*, México, 2006 (mimeo).

Estos hallazgos permiten concluir que la existencia de estas sustancias en el agua no sólo son obstáculos para la realización del derecho a la salud y medio ambiente sano, sino que también son transgredidos los derechos laborales.

Ante este panorama, la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala, a través de la COEPRIST, no ha reconocido como un problema público la presencia de enfermedades producto de la contaminación ambiental en el estado y asegura que no hay un problema real de presencia de sustancias tóxicas en la entidad. Sin embargo, a las evidencias del estudio de la Dra. Montero, se suman las del Hospital Infantil de Tlaxcala, que ha detectado el desarrollo de casos por insuficiencia renal, posiblemente producto de la contaminación en los municipios de Tlaxcala y Calpulalpan. También se han recibido 20 casos de leucemia infantil durante el año 2007²⁹².

La documentación sobre los casos de leucemia linfoblástica, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica –en donde la contaminación es considerada como un factor condicionante–, inició en el año 2003 con la finalidad de establecer una relación entre la polución del río Atoyac y la presencia de estas enfermedades²⁹³. Debe mencionarse que durante este proceso se encontró que el primero de los casos registrados se presentó en 1987. Después aparecieron más de forma irregular hasta 1994, y luego un pico en el 2000 con 11 casos, año a partir del cual inició un decremento²⁹⁴. Sin embargo, la presencia de los casos no coincide necesariamente con el momento de la exposición a las sustancias tóxicas. El doctor Alfredo Delgado Rodríguez considera que estos padecimientos se pueden presentar en diez años, en promedio, posterior al momento de la exposición, por lo que lo anterior no quiere decir, de ninguna manera, que haya habido una disminución real en la presencia de enfermedades.

Como se muestra en la siguiente tabla, se han registrado y documentado 48 casos de daños a la salud, posiblemente atribuibles a la contaminación ambiental en los municipios de Tepetitla de Lardizábal, Nativitas, Huejotzingo y San Martín Texmelucan.

²⁹² Dato obtenido de la reunión de trabajo con la Dra. Isabel Castillo del Hospital Nacional de Pediatría, la Dra. Regina Montero Montoya del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Dra. Alicia Lara Vázquez de la comunidad de Santiago Michac y miembro de la Coordinadora por un Atoyac con Vida y la Dra. Carolina Soto Portas del Hospital Infantil de Tlaxcala, el 15 de abril de 2008.

²⁹³ El método de registro que se utilizó fue a partir de los casos médicos recibidos y a través de personas clave que hacían la labor de enlace o de contacto con los habitantes afectados en las comunidades o en centros de trabajo, lo cual permitía contactar a las personas para establecer un registro y una posterior documentación. Las personas afectadas realizaban a su vez un nuevo enlace con otras afectadas.

²⁹⁴ Lara Vázquez et al, *Op cit*, 75 – 76 y Registro de casos del Centro Fray Julián Garcés, Derechos Humanos y Desarrollo Local A. C.

Tabla 4
Tlaxcala: Casos de daños a la salud por comunidad 2003-2005.

Estado	Municipio	Comunidad	Número de casos
Tlaxcala	Tepetitla de Lardizábal	Villa Alta	5
		San Mateo Ayecac	7
		San Mateo Tepetitla	8
	Nativitas	San Rafael Tenanyecac	1
Puebla	San Martín Texmelucan	San Lucas Atoyatenco	2
		Santa María Moyotzingo	4
		San Baltasar Temacalac	16
	Huejotzingo	Santa Ana Xalmimilulco	5
Total			48

Fuente: Centro Fray Julián Garcés, base de datos presentado al Tribunal Latinoamericano del Agua en marzo de 2006. Elaboración propia

Si bien la preocupación inicial se centró en la presencia de las enfermedades de leucemia linfoblástica, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica, en total se registraron 8 enfermedades distintas que posiblemente tienen como uno de sus factores causales la contaminación ambiental, entre las que se encuentran asma, epistaxis (sangrado nasal), leucopenia, hidrocefalia y otros tipos de cáncer.

Tabla 5
Número de casos de daños a la salud por tipo de enfermedad.

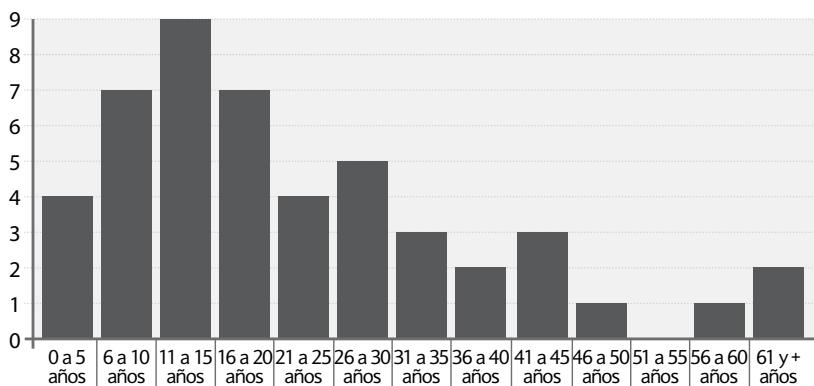
Enfermedad	Número de casos	Municipios / Comunidades
Asma	4	Huejotzingo/ Santa Ana Xalmimilulco
Anemia hemolítica	13	San Martín Texmelucan / San Baltasar Temacalac Tepetitla de Lardizábal / VillaAlta Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Ayecac
Púrpura trombocitopénica	6	San Martín Texmelucan / San Baltasar Temacalac Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Ayecac Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Tepetitla

Leucemia linfoblástica	18	San Martín Texmelucan / San Baltasar Temascalac San Martín Texmelucan / Complejo Petroquímico Independencia Tepetitla de Lardizábal / Villa Alta Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Ayecac Nativitas / San Rafael Tenanyecac
Epistaxis (sangrado nasal)	1	San Martín Texmelucan / San Lucas Atoyatenco
Leucopenia	2	San Martín Texmelucan / San Baltasar Temascalac Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Ayecac
Hidrocefalia	1	Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Ayecac
Otros tipos de cáncer	3	Tepetitla de Lardizábal / San Mateo Tepetitla Huejotzingo/ Santa Ana Xalmimilulco San Martín Texmelucan / San Lucas Atoyatenco
Total	48	

Fuente: Centro Fray Julián Garcés, base de datos presentado al Tribunal Latinoamericano del Agua en marzo de 2006 Elaboración propia

De los 48 casos registrados, 27 corresponden a personas menores de 20 años, la mayor frecuencia de ellos, presentándose entre los 11 y los 15 años al momento de su registro. En este grupo de edad se registraron 12 de 17 casos de leucemia (70.59%), el 100% de los casos de leucopenia, así como el 50% de los de anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica y asma. Finalmente, vale mencionar que la composición sexual de este grupo es de 28 mujeres y 20 hombres.

Gráfico 2
Daños a la salud en el poniente del estado por grupos de edad.



Fuente: Lara et al. 2004, página 74

La principal razón por la que las afectaciones a la salud se dan en población menor a los 15 años, según la doctora Montero Montoya, es que esta población presenta un mayor intercambio celular. Lo que denotan estos datos es la especial vulnerabilidad particular en la que se encuentra la salud de niños y adolescentes de la zona, sin que los gobiernos responsables hayan actuado en consecuencia.

Existe también información oficial respecto de estas enfermedades, cuyos datos disponibles son de los años 2003 a 2007, en el caso de Tlaxcala, y de 2005 a 2007, para el estado de Puebla. Es importante señalar que únicamente la insuficiencia renal aparece dentro de los datos oficiales, invisibilizándose el resto de las enfermedades causadas por contaminantes de las que se ha hecho mención en este estudio.

Para Tlaxcala, la insuficiencia renal en la población femenina aparece como una enfermedad relevante en el estado, ocupando el sexto lugar como causa de mortalidad, con una tasa que se ha incrementado hasta alcanzar 15.3 por cada cien mil mujeres en el año 2007.

Tabla 6
Índice de mortalidad en mujeres 2003–2007 en el estado de Tlaxcala.

No.	Padecimiento	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	Tasa 2006	Tasa 2007
1	Diabetes mellitus	62.1	69.2	68.5	68.4	74.6
2	Enfermedad cerebrovascular	23.7	25.8	24.6	28.8	21.7
3	Enfermedades isquémicas del corazón	20.1	22.6	21.9	26.5	21.9
4	Otras enfermedades cardiovasculares	20.8	20.1	20.7	17.2	16.2
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	15.7	20.7	18.0	16.1	13.9
6	Nefritis y nefrosis	14.9	18.8	12.6	15.8	15.3
7	Enfermedades hipertensivas	14.1	15.0	13.3	15.8	15.3
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	16.8	15.8	18.5	12.7	12.0
9	Otras enfermedades digestivas	13.6	12.2	15.2	13.3	13.4
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13.2	13.2	14.8	15.6	11.5

Fuente: Secretaría de Salud y o. p. d. Salud de Tlaxcala

En hombres la insuficiencia renal no aparece como un problema de salud pública relevante. Sin embargo, para este grupo la leucemia aparece como la sexta causa de muerte entre los 1 y 4 años con una tasa de 11.3 en el año 2003, hasta 2.1 en el año 2006, para finalmente ya no figurar en los datos correspondientes a 2007.

Tabla 7

Tasas de mortalidad por leucemia en hombres por grupos de edad 2003–2007.

Grupo de edad	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	Tasa 2006	Tasa 2007
Infantil (< 1 año)	n/d ¹	n/d	n/d	n/d	n/d
Edad preescolar 1 a 4 años	11.8	2.4	7.4	2.1	0.0
Edad escolar 5 a 14 años	5.1	3.4	3.4	6.6	0.8
Adolescentes y jóvenes 15 a 24 años	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Adultos jóvenes 25 a 44 años	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Adultos maduros 45 a 59 años	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Adultos mayores 60 años y más	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

Fuente: Secretaría de Salud y o. p. d. Salud de Tlaxcala

Es posible establecer que los datos oficiales, respecto a la leucemia, están en concordancia con el registro y documentación de los casos realizados por la población de las comunidades del poniente del estado de Tlaxcala, como una enfermedad que se encuentra entre las principales causas de muerte, particularmente en mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Hasta el 25 de abril de 2008, el secretario de Salud, Julián Velázquez, de Tlaxcala, reconocía un total de 68 casos de leucemia en la entidad, de los cuales 36 correspondían al año 2004 y 32 al 2005, afectando principalmente a mujeres y niños en rangos de edad que iban de los 8 a los 18 años de edad²⁹⁵. Sin embargo, en junio de ese mismo año este secretario de Salud reconoció no contar con cifras reales en los casos de insuficiencia renal crónica en los niños y niñas de Tlaxcala, por lo que consideró necesaria una investigación especializada en el tema²⁹⁶.

295 Morales Moisés. "La insuficiencia renal, grave problema de salud en Tlaxcala: Velázquez" en Sol de Tlaxcala, 25 de abril de 2008, página 1.

296 "Debido a que las autoridades del sector salud no cuentan con cifras reales de los casos de insuficiencia renal crónica entre los niños tlaxcaltecas, la Secretaría de Salud, presentará un proyecto al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), para que investigue las causas que provocan las enfermedades en los diversos municipios de la entidad. Y es que tan sólo en lo que va del año el Hospital Infantil de Tlaxcala (HIT), ha registrado 37 casos de menores con insuficiencia renal en fase terminal, de tal forma que el problema es grave y de prioritaria atención, admitió el secretario de Salud, Julián Velázquez Llorente. Durante la inauguración del Cuarto Curso Nacional de Nefrología Pediátrica, el funcionario indicó que es urgente implementar acciones que solucionen el problema considerado como prioritario por el gobernador del estado, Héctor Ortiz Ortiz" en http://www.e-consulta.com/tlaxcala/index.php?option=com_content&task=view&id=5733&Itemid=28

Si bien el gobierno del estado de Tlaxcala aceptaba desde el año 2008, que la insuficiencia renal se estaba convirtiendo en un grave problema de salud, no reconocía el número de casos y las posibles causas que lo originaban, por lo que se consideró que era importante que se realizara una investigación a cargo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Un año más tarde, se reconoció el número de casos de manera pública, sin embargo se argumentó que las principales causas de la enfermedad son la diabetes, la hipertensión arterial y la mala alimentación²⁹⁷.

Ante esto, el investigador del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Jorge Arturo de León, ha establecido que en los estados de Veracruz, Puebla, Oaxaca y Puebla, el incremento de casos de insuficiencia renal se ha convertido en una epidemia ambiental de suma gravedad, pero que las autoridades del sector salud tratan de ocultarlo al argüir que se trata de casos relacionados con la diabetes y la hipertensión²⁹⁸.

Esta idea es compartida por la investigadora de la Universidad de El Salvador, Olga Girón de Vázquez, quien tiene más de tres años de trabajar con la problemática de la insuficiencia renal en nuestro país, al afirmar que las causantes principales en México se deben a contaminantes ambientales y no a diabetes e hipertensión arterial.²⁹⁹

La argumentación anterior permite concluir que tanto en los casos de insuficiencia renal como en los casos de leucemia en Tlaxcala y Puebla no se garantiza la protección del derecho a la salud, ya que no se atienden las causas que le dan origen, al plantear, en el primero de los casos, que sólo se debe a factores como la hipertensión y la diabetes, desestimando otras investigaciones que la relacionan con la contaminación ambiental. En los casos de leucemia, al considerar que éstos tienen su origen exclusivamente en factores hereditarios y multifactoriales, desechar las investigaciones que prueban la existencia de sustancias tóxicas carcinogénicas en sitios de trabajo y descargas de aguas residuales en el río Atoyac³⁰⁰.

7.3.3.1 Daños genotóxicos. Estudio del Instituto de Investigaciones Biomédicas
Uno de los indicadores que muestra evidencia para el nexo entre las enfermedades y la contaminación ambiental es la existencia de casos de personas con daños genotóxicos. Al respecto, también la doctora Regina Montero Montoya realizó en el año 2004 un estudio biológico en los municipios de Huejotzingo y San Martín

297 Morales Moisés. "Grave insuficiencia renal en la entidad". Sol de Tlaxcala, 13 de marzo de 2009, páginas 1 y 22

298 Ver nota 5

299 <http://zapateando.wordpress.com/2008/12/11/unam-registra-200-mil-casos-de-insuficiencia-renal-en-la-cuenca-del-papaloapan/>

300 No se desestima el trabajo realizado por el gobierno del estado de Tlaxcala en la creación del Hospital Infantil de Tlaxcala que se encuentra orientado entre otras cosas a la atención de casos de insuficiencia renal en este estado. Sin embargo si se considera que es una visión parcial sólo considerar la atención de los casos sin dar solución a los problemas estructurales que la pueden causar afectando el derecho a la salud de la población.

Texmelucan en el estado de Puebla y en los municipios de Tepetitla de Lardizábal, Nativitas e Ixtacuixtla de Mariano Matamoros en el estado de Tlaxcala,³⁰¹ que consistió en el levantamiento de una encuesta para conocer el estado de salud de la población. Entre otros aspectos, la encuesta inquiría sobre hábitos nocivos como el fumar o el ingerir alcohol (para descartar aspectos que pudieran alterar los resultados), el índice de masa corporal que es una relación entre el peso y la estatura, y la actividad principal de las personas. Posteriormente se realizaron muestras de sangre para conocer si había un efecto tóxico en las células atribuible a la presencia de sustancias tóxicas e indicar cuántas de las personas son susceptibles a las sustancias presentes en el ambiente.

Una limitante para este estudio es que no existen otros de este tipo en la región, por lo que no se pueden comparar los resultados más que con otros considerados como control en la ciudad de México. Además, el estudio no se centró en la aplicación de análisis individuales, sino en cómo las sustancias tóxicas afectan a un grupo de personas que forman parte de una población o comunidad que se encuentra inmersa en un ambiente contaminado.

Los resultados de las muestras de sangre mostraron que el 71% de las personas que fueron analizadas³⁰² presentaban alteraciones por arriba de los parámetros normales³⁰³. Particularmente, se comprobó en 20% de ellos la presencia de componentes que no se encuentran normalmente en la sangre,³⁰⁴ como es el de los normoblastos, y cuya manifestación en el cuerpo es atribuible a la exposición a sustancias tóxicas. Los normoblastos en la sangre revelan la pérdida de glóbulos rojos, ya sea por hemorragias intensas o repetidas, lo cual puede ser causado por la exposición a sustancias como el benceno y agroquímicos que provocan este efecto³⁰⁵.

Otro hallazgo de este estudio, fue la presencia de micronúcleos,³⁰⁶ en promedio cinco veces más altos que en grupos analizados de la ciudad de México, esto sin importar las condiciones laborales y de edad³⁰⁷. Estudios epidemiológicos, observan

301 Montero Montoya Regina, *Op cit*, México, 2004, páginas 61 – 65

302 En las comunidades de Villa Alta, San Mateo Ayecac, San Mateo Tepetitla, San Rafael Tenanyecac, Santa Justina Ecatepec del estado de Tlaxcala y de Santa Ana Xalmimilulco y San Francisco Tepayecac en el estado de Puebla

303 La alteración presentada fue la de un incremento de neutrofílos en banda. Estos se encuentran en la médula ósea, y es donde el núcleo de la célula termina su formación. Montero, *Op cit*, México, 2006 (b)

304 La presencia de esta alteración se encontró en las comunidades de Villa Alta, San Mateo Ayecac, San Mateo Tepetitla, San Rafael Tenanyecac y Santiago Michac en el estado de Tlaxcala, así como en las comunidades de Santa Ana Xalmimilulco, San Francisco Tepayecac y Santa María Moyotzingo en el estado de Puebla.

305 Montero, *Op cit*, México, 2006 (b)

306 Los micronúcleos son formaciones celulares que conservan la apariencia del núcleo celular, aunque muy pequeños, y están constituidos por fragmentos de cromosomas o por cromosomas enteros que se quedaron atrás durante su división celular y no pudieron integrarse en el núcleo. Montero, *Op Cit.* México, 2004, página 61.

307 Se observó una mayor frecuencia de este daño en tres de las comunidades, Villa Alta, en el estado de Tlaxcala, y las comunidades de Santa Ana Xalmimilulco y Santa María Moyotzingo en el estado de Puebla. Montero, *Op Cit.* México, 2004, página 63–64 y Montero Regina, Serrano Luís, Méndez Alejandra y Morales Eduardo, *Op cit*, 2006, páginas 338–339.

que un aumento de ellos hace necesaria la adopción de medidas preventivas en el trabajo o la comunidad, ya que un aumento en su frecuencia es predictivo de mayor riesgo de contraer cáncer¹.

La última de las alteraciones encontradas en los análisis de sangre fue un daño complejo que incluye la ruptura de cromosomas con la presencia de rearreglos celulares. Esta alteración se ha observado en células que han sido tratadas con peróxido de hidrógeno. Sin embargo, este estudio es el primer reporte de la Dra. Regina Montero en vivo, con muestras de sangre periférica en individuos aparentemente sanos.³⁰⁸

Gráfico 3
Daños genotóxicos encontrados en la población

R.Montero et al.

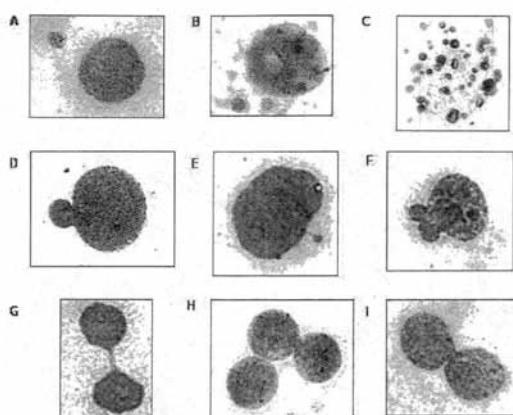


Fig. 2. Genotoxic damage found in the MN test. (A) MN; (B) cell with two MN; (C) apoptotic figure; (D and E) CHB; (F) cell with multiple CHB; (G) NPB; (H) NPB in a trimucleated cell; (I) NPB (anti-RnU DAB stain; brightfield microscopy, $\times 1000$).

Si bien no se puede precisar con absoluta certeza el nexo causal entre estas enfermedades y las sustancias tóxicas, el aumento considerable en los marcadores biológicos, como los anteriormente descritos (micronúcleos, puentes nucleoplásmicos, neutrófilos y normoblastos), en comparación con otro territorio en el país, como es la ciudad de México, permite aportar una evidencia más que visibiliza el vínculo entre la contaminación ambiental y los daños a la salud de las comunidades asentadas en la cuenca del río Atoyac.

7.4 Conclusiones y recomendaciones

Como consecuencia de la urbanización e industrialización, la cuenca del río Atoyac ha sufrido en las últimas seis décadas una severa crisis que ha repercutido de forma

308 La alteración encontrada fue la de puentes nucleoplásmicos

importante en el medio ambiente y la salud de las personas. Ante esta crisis, la disponibilidad y calidad del agua se han visto afectadas, principalmente por las emisiones industriales y descargas municipales que culminan en la presencia de sustancias tóxicas en el agua.

Además del desequilibrio ambiental, también se ha observado un cambio en la morbilidad de los habitantes de la zona en el que se han presentado casos de leucemia linfoblástica, púrpura trombocitopénica y anemia hemolítica. Sin embargo, a más de cuatro años de haberse encontrado las primeras pruebas de mutaciones de las enfermedades en las y los lugareños, persiste a la fecha una situación de continua exposición a un medio ambiente contaminado, en particular del agua, que evidencia que los gobiernos han desatendido su obligación a proteger los derechos a la salud y a un medio ambiente sano.

Los gobiernos estatales de Puebla y Tlaxcala han reaccionando de manera desarticulada ante esta situación, al soslayar la puesta en marcha de políticas que resuelvan de manera integral este problema que tiene varias aristas. Un ejemplo de ello, es que hasta el momento las políticas públicas existentes se encuentran determinadas exclusivamente por el modelo de evaluación de riesgos ambientales. Este modelo permite, dentro de ciertos límites, la descarga de sustancias tóxicas que son consideradas como medidas tolerables, bajo el supuesto de que dentro de ciertos parámetros no ocurren daños significativos a la salud. Además, existe el caso de recombinación de descargas industriales y municipales que no están contempladas en la ley y que por lo tanto no son consideradas como ilegales. La permisión de liberar contaminantes nocivos y la falta de voluntad política para regular estos vacíos, ponen al descubierto que los gobiernos locales están faltando a su obligación de proteger ante terceros los derechos a los que se alude en el presente estudio.

Por otro lado, los gobiernos locales se han deslindado de su responsabilidad en el caso, al insistir en vincular las enfermedades de la población a factores distintos a la contaminación. Tal es el caso de la insuficiencia renal, a la que el gobierno tlaxcalteca ha relacionado exclusivamente a la diabetes, la hipertensión y la leucemia a factores hereditarios. Ante esto, no ha habido ninguna iniciativa oficial que permita establecer el vínculo entre la presencia de sustancias tóxicas y las enfermedades, por lo que la información que existe proviene más bien de estudios académicos independientes que, por ejemplo, han arrojado resultados que evidencian daños genotóxicos en promedio cinco veces mayor a las personas de otros territorios en condiciones normales³⁰⁹. Sin embargo, el que no se ubique un

309 La diferencia entre los controles de la ciudad de México y los de las localidades es el resultado más importante, pues aunque no padecen una enfermedad grave, la mayoría de los controles reportaron padecimientos frecuentes. Y aunque la ciudad de México se considera la zona más contaminada del país, estos resultados, cinco veces más altos, nos sugieren que la limpieza ambiental no está garantizada, en otras palabras no se puede hablar de no exposición. Montero Op. cit., página 64.

nexo causal directo no exime a las instituciones públicas para la generación de una política pública con fines preventivos y precautorios ante situaciones de daños graves e irreversibles.

Otro de los problemas que agravan el panorama es la falta de disponibilidad de agua en cantidad y calidad suficiente, principalmente en comunidades rurales de ambos estados, en donde la cobertura de saneamiento puede llegar a ser hasta del 6%.

En este sentido, las políticas públicas no se encuentran orientadas hacia una solución integral, persistiendo, por un lado la evidencia de enfermedades, particularmente entre adolescentes y niños, además de una amplia gama de sustancias tóxicas -resultado de las actividades productivas de la región-, sin que exista un control de ellas ni los mecanismos adecuados de salud laboral. A la fecha, continúan las quejas sobre los olores y el aire irritante que causa afectaciones en ojos, garganta y dolores de cabeza. Simultáneamente, algunas de las personas que viven en las comunidades trabajan en las industrias de la región, por lo que se considera que las condiciones de trabajo también podrían contribuir a los riesgos de salud en la población, situación que vuelve a poner al descubierto a los gobiernos que faltan a su obligación de proteger los derechos de salud.

Ante esta situación, no existen dispositivos legales que permitan la justiciabilidad del derecho a la salud. Los mecanismos legales de regulación parcial de sustancias tóxicas, admiten la existencia de vacíos legales como la determinación de la carga de prueba en las personas afectadas, el no incorporar a las personas morales agentes responsables y la no reparación de daños. Todo ello provoca que los afectados no utilicen las vías legales, optando por los mecanismos de presión política para conseguir una solución.

Finalmente, otra de las limitantes en la realización de los derechos, a los que nos referimos en este estudio, es el acceso a la información por parte de las personas afectadas. Las instituciones públicas ocultan información a partir de cláusulas de confidencialidad no justificables, y que obliga a los afectados a generar su propia información para poder entablar una relación con las instituciones públicas.

Ejemplo de ello, son las investigaciones encargadas a instituciones académicas por parte de organizaciones oficiales, en donde se firman cláusulas de confidencialidad para que ninguna de ellas pueda entregar la información sin el consentimiento de las otras partes. Esto, aunado a leyes de acceso a la información, como la del estado de Tlaxcala, que dejan al albedrío de las autoridades si ésta es entregada o no, hacen imposible la obtención de información pública.

Por todo lo anterior, consideramos pertinente que los gobiernos de los estados de Puebla y Tlaxcala atiendan a las siguientes recomendaciones:

- Retomar los objetivos sobre la reducción de riesgos del Plan de Acción Mundial³¹⁰ en el enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional (SAICM), que contempla reducir al mínimo los riesgos para la salud humana, incluida la de los trabajadores durante todo el ciclo de vida de los productos químicos.
- Asimismo, se propone generar mecanismos ciudadanos de monitoreo, vigilancia y denuncia, para que de manera progresiva dejen de producirse y utilizarse los productos químicos que conlleven un riesgo para la salud humana y el medio ambiente considerados en el SAICM.³¹¹ Implica también aquellas emisiones no intencionales o que no se puedan controlar, incluyendo en la región los compuestos orgánicos volátiles, los compuestos orgánicos persistentes y el benceno, ya que cumplen con los criterios de toxicidad, persistencia y bioacumulación, considerados en la Conferencia de Dubai.
- Retomar la propuesta de la Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (RAPAM), que establece el derecho de las y los ciudadanos a conocer los riesgos y las propiedades tóxicas de las sustancias químicas. Esto contribuiría de manera sustancial a que informados podamos actuar mejor en la defensa de nuestros derechos fundamentales a la salud y a vivir en un medio ambiente limpio³¹².
- La propuesta anterior implica que la información sobre sustancias químicas utilizadas en los sitios de trabajo o emitidas a través de los procesos de producción, ya sea de manera intencional o no, sea clara, oportuna y amplia para que las comunidades puedan evaluar y gestionar los productos químicos durante todo su ciclo de vida.
- Las instituciones encargadas de la salud ambiental como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y los órganos estatales correspondientes, deben generar mecanismos de justiciabilidad que no se encuentren

³¹⁰ En el año 2006, más de cien gobiernos y las partes interesadas adoptaron una nueva política y estratégica mundial que fue nombrada como Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a nivel Internacional (SAICM), por sus siglas en inglés, y que tiene como objetivo cambiar la forma en que se utilizan las sustancias químicas para minimizar los efectos dañinos para la salud humana y el ambiente.

Sus acuerdos realizados en la Conferencia de Dubai, en el mes de febrero de 2006, contaron con el consenso de los ministros de gobierno de medio ambiente y salud de estos países. Esta fue organizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Mundial de la Salud (oms).

El SAICM no es un tratado jurídicamente vinculante, pero al ser adoptado por México se constituyó en un acuerdo político mundial, en donde se comprometieron a lograr el manejo correcto de las sustancias a lo largo de todo su ciclo de vida. Los textos completos del SAICM se encuentran en <http://www.chem.unep.ch/SAICM/SAICM%texts/SAICM%documents.htm>, y en Weinberg Jack. Una Guía del SAICM para las ONG. Red Internacional de Eliminación de los Contaminantes Orgánicos Persistentes (IPEN) Traducción de Gabriela Carboneto, México, 2008.

³¹¹ Los productos químicos que entran dentro de la prioridad para su evaluación y estudios conexos para su erradicación son aquellas, persistentes, bioacumulables y tóxicas (PBT); sustancias muy persistentes y bioacumulables, productos químicos que sean carcinogénicos o mutágenos y que afecten de manera adversa los sistemas reproductivo, endocrino o inmunitario, contaminantes orgánicos persistentes (cops); mercurio y otros elementos químicos motivo de preocupación mundial, productos químicos producidos o utilizados en grandes cantidades, productos químicos objeto de usos dispersivos. Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, “Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional” SAICM – PNUMA – Organización Mundial de la Salud (Ed.), Ginebra, 2007, página 17.

³¹² Bejarano, *Op. Cit.* México, 2004.

basados exclusivamente en la metodología de evaluación de riesgos ambientales, ya que son limitativos sobre las sustancias tóxicas que evalúan, en particular en lo concerniente al impacto de múltiples sustancias en la salud humana.

- Asimismo, deben realizarse, como iniciativa de los gobiernos locales, estudios epidemiológicos confiables e independientes que sean preventivos o precautorios, ya que la forma de actuar hasta el momento ha sido la de promover dichos estudios una vez que se han presentado las enfermedades.
- Establecer metodologías basadas en el principio precautorio en ambiente y salud, estableciendo modelos de prevención del daño y protección de los derechos de las comunidades y los trabajadores. En este sentido, se propone adoptar las medidas de enfoque precautorio para la salud pública, tal como es establecida en la Declaración de Wingspread³¹³, de enero de 1998, que señala: “Cuando una actividad se plantea como una amenaza para la salud humana o el medio ambiente, deben de tomarse medidas precautorias, aun cuando las relaciones de causa-efecto no se hayan establecido de manera científica en su totalidad”³¹⁴.
- Consideramos que un elemento esencial dentro de las medidas, es la adopción de estudios de marcadores biológicos en grupos poblacionales, como una prueba que permita conocer cuándo la población se encuentra en una situación de vulnerabilidad antes de que se presente una enfermedad.
- La realización de políticas de saneamiento ambiental deben de tener, como referentes esenciales, tres derechos que se complementan entre sí: el derecho a la salud, a vivir en un ambiente sano y al agua. Ello implica que los programas de saneamiento no deberán estar basados exclusivamente en condiciones volumétricas y/o tecnológicas, sino que deben considerarse otros elementos de igual importancia como son la disponibilidad de agua en cantidad y calidad suficiente, garantizar el acceso de estos derechos en las zonas rurales, así como generar mecanismos de protección ante terceros (en este caso industrias) que menoscaben el derecho a la salud y a los demás derechos implicados.

313 En lo general el enfoque precautorio se relaciona con evitar la contaminación, por lo que se encuentra relacionado con aspectos de prevención, mientras que las estrategias de control de riesgos se encuentran vinculadas con el control de la contaminación.

La declaración de Wingspread parte de que la utilización de sustancias tóxicas, su emisión y las alteraciones físicas al medio ambiente han tenido consecuencias importantes e involuntarias a la salud humana y el ambiente. Considera que la legislación ambiental existente, como las decisiones basadas en la evaluación de riesgos no han logrado proteger de manera adecuada la salud humana.

Por lo que es necesario generar mecanismos con base en el principio de precaución, cuando una actividad se establece como una amenaza para la salud humana o el ambiente, aun cuando algunas relaciones de causa-efecto no se hayan establecido de manera científica en su *totalidad*.

Si bien el principio precautorio considera una diversidad de acciones que van desde el estudio intensivo de una situación de riesgo hasta la eliminación de una actividad, los principales instrumentos entre los que se encuentran son: a) las prohibiciones y eliminaciones graduales, b) la instrumentación de producción limpia, c) la evaluación obligatoria de alternativas, d) la generación de límites de exposición laboral basados en la salud y no en la sustancia, e) la generación de un listado de productos químicos de comprobación obligatoria inversa y, f), las evaluaciones obligatorias previas a la comercialización. Riechmann y Tickner, *Op, cit*, España, 2002.

314 Riechmann y Tickner, *Op, cit*, España, 2002, página 40

- Es indispensable crear en la regulación ambiental, mecanismos públicos y ciudadanos de vigilancia, lo que en términos del principio de precaución permitiría invertir el sentido de presunción de la política medioambiental, que considera que una actividad es segura mientras que no se demuestre que es perjudicial una vez instalada.
- Esto obligaría a la puesta en marcha de cargas de prueba, tanto para actividades nuevas como hacia las ya existentes (principalmente de sustancias no consideradas por la normatividad), en donde el proponente deberá de demostrar que no se producirá daño y que no existe ninguna otra alternativa más segura para esa actividad.

Fuentes de información

Bibliografía

Alfie Cohen, Miriam, *Maquila y movimientos ambientalistas. Examen de un riesgo comparativo*. Editorial, Eón. México, 2000.

Angeles Hernández Marisol, *Instrumentos de Política Ambiental sobre residuos peligrosos*. Editorial Porrúa. México, 2004.

Barreda Marín Andrés, *El Colapso ambiental*, México, 2008, mimeo, páginas 63.

Bejarano González, Fernando. *Guía Ciudadana para la aplicación del Convenio de Estocolmo*. Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (Ed.) México, 2004.

Castro Soto, Oscar, *Seguimiento de programas sociales*. Serie guías de formación en Derechos Humanos, Centro Fray Julián Garcés, México 2003.

CEJIL, *Construyendo una agenda para la justiciabilidad de los Derechos Sociales*, CEJIL (Ed.). Costa Rica, 2004.

Comisión Nacional del Agua, *Plan Nacional Hídrico 2007 – 2012*, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Ed.), México, 2007, páginas 164.

Comisión Nacional del Agua, *Programa Hidráulico Regional 2002 – 2006*, México, Comisión Nacional del Agua (Ed.), México, 2003, páginas 185.

García Heredia Irma y Guarín Martínez Lydia. “La incidencia: Un mecanismo eficaz de exigencia en los DESC”. En Plataforma Interamericana de Derechos Humanos. *Para Exigir Nuestros Derechos. Manual de Exigibilidad en DESC*, Colombia, 2004, páginas 59 – 92.

Gómez Rábago, Francisco. *Regiones de riesgo y movimientos de protesta: un problema para la disposición de residuos peligrosos*, Tesis de Maestría, CIISDER-MAR- UAT, Marzo de 2004.

Gutiérrez Rivas, Rodrigo et al., *Diagnóstico de casos para defensa jurídica del derecho humano al agua en México*. Abril de 2008 (mimeo) s/p.

INEGI. Base de Datos y Tabulados de la Muestra Censal. xii Censo General de Población y Vivienda, México 2000.

INEGI. Base de Datos y Tabulados de II Conteo General de Población y Vivienda 2005, México 2005.

John Evans, Adrián Fernández Bremauntz, Arturo Gavilán García, Irina Ize Lema, Miguel Angel Martínez Cordero, Patricia Ramírez Romero y Miriam Zuk.

Introducción al análisis de riesgos ambientales, México, 2003, Instituto Nacional de Ecología – Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (INE – SEMARNAT Eds.), páginas 118.

Lara Vázquez Alicia, Aguilar Ramírez Alejo y García Aguilar Elías. “Casos médicos y estudios biológicos” en Morales Sierra, Eduardo (Coord.) *Ambiente y Derechos Humanos*, Centro Fray Julián Garcés, México, 2004, páginas 67 – 78.

Luhmann Niklas *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana – Universidad de Guadalajara (Ed.), Colección Laberinto de Cristal, México, 1992, 285 páginas.

Mendieta Herrera, Rosario Adriana, *La contaminación del río Zahuapan como factor de riesgo para la salud*. Tesis de Maestría, CIISDER-MAR-UAT, Abril de 2008.

Montero Montoya Regina, “Estudios biológicos” en Morales Sierra, Eduardo (Coord.) *Ambiente y Derechos Humanos*, Centro Fray Julián Garcés, México, 2004, páginas 61–65.

Navarro Inés, Flores, Erasmo y Valladares, Rita. (2004) “Estudio ambiental” en Morales Sierra, Eduardo (Coord.) *Ambiente y Derechos Humanos*, Centro Fray Julián Garcés, México, 2004, páginas 27–59.

Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, “Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional” SAICM – PNUMA – Organización Mundial de la Salud (Ed.), Ginebra, 2007, páginas 140.

Oswald Spring, Úrsula y María De Lourdes Hernández Rodríguez. *El Valor del agua: Una visión socioeconómica de un conflicto ambiental*, Colegio de Tlaxcala, Fomix, Gobierno del estado de Tlaxcala y Secretaría de Fomento Agropecuario, México, 2005.

Riechmann, Jorge y Tickner, Joel (Coords.), *El principio de precaución*, Barcelona. España. Editorial Icaria, Colección Más Madera.

Rodríguez Arnaiz, Rosario. *Las toxinas ambientales y sus efectos genéticos*. Fondo de Cultura Económica. México. 1998.

Salamanca, Rosa Emilia. “Política Pública y Derechos Económicos, Sociales y Culturales” en Plataforma Interamericana de Derechos Humanos. *Para Exigir Nuestros Derechos. Manual de Exigibilidad en DESC*, Colombia, 2004, páginas 257-280.

Saldaña Fabela, Pilar. “Calidad del Agua en la Cuenca Alta del Río Balsas en Tlaxcala y Puebla” en Oswald Spring Ursula (comp.). El Recurso Agua en el Alto Balsas, UNAM (CRIM e Instituto de Geofísica), Colegio de Tlaxcala, Coordinación General de Ecología del estado de Tlaxcala y Fundación Heinrich Böll, México, 2003, pp. 255-265.

Sandoval, Areli. *Manual de exigibilidad en DESC en Los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales*. DECA Equipo Pueblo A. C (Ed.), México, 2001.

Weinberg, Jack. Una Guía del SAICM para las ONG. Red Internacional de Eliminación de los Contaminantes Orgánicos Persistentes (IPEN) Traducción de Gabriela Carboneto, México, 2008.

Hemerográficas

Barreda Andrés “La privatización del agua y sus servicios en México” en Defensa del agua” Barreda Marín Andrés (Coord), Efraín León Hernández, Octavio Rosas landa y Casifop A. C. (Editores), México, 2006.

Cardozo Brum, Myriam (2003). “Evaluación de políticas de desarrollo social” en *Política y Cultura*, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, número 20, Otoño de 2003, páginas 279 a 285.

Curiel Molina Yazmín, “Se han invertido \$130 millones en saneamiento del Zahuapan” en *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, 4 de agosto de 2008.

Flores Díaz. Adriana y Castillo Argüero Silvia. “Problemas ambientales en el país” en *Revista Phronesis*, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos CAM, número I-1996, año II, México, páginas 21 a 32.

INE, SEMARNAT, “Programa de gestión ambiental de sustancias tóxicas de atención prioritaria”, en *Gaceta Ecológica*, Número 45, México, 1997, páginas. 58-65.

Juárez Galindo, Ignacio “El saneamiento de Valsequillo concluirá en 2011: SDUOP; necesarios 3 mil 450 millones de pesos”. *Jornada de Oriente*, jueves 19 de enero de 2006. Sección Puebla Municipio.

León Efraín y Rosas Landa Octavio “Leyes para la privatización del agua en México” en Defensa del agua” Barreda Marín Andrés (Coord), Efraín León Hernández, Octavio Rosas landa y Casifop A. C. (Editores), México, 2006.

Lumbreras Corichi, Laura “Denuncia la Universidad Nacional Autónoma de México daños a la salud en el río Atoyac” *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, página 1, 6 de febrero del 2007.

Montero Montoya, Regina, Serrano, Luis, Méndez Alejandra y Morales Eduardo “Increased cytogenetic damage in a zone in transition from agricultural to industrial use: comprehensive analysis of the micronucleus test in peripheral blood lymphocytes” en *Revista Mutagénesis*, Volumen 21, número 5, páginas 335 – 342, 13 de septiembre de 2006.

Montero Montoya Regina *Determinación de riesgo de daño genotóxico debido a los poliformismos metabólicos cyp1A1, cyp2E1, GSTM1 Y GSTT1, en individuos expuestos a la contaminación ambiental causada por tres corredores industriales y una planta petroquímica en la zona limítrofe de los estados de Tlaxcala y Puebla*, México, 2006 (b) (mimeo).

Morales Moisés “Serviría agua del Zahuapan para consumo en cinco años” en *Síntesis. Periódico Regional de Puebla, Tlaxcala e Hidalgo*, 21 de agosto de 2008.

Morales Moisés “La insuficiencia renal, grave problema de salud pública en Tlaxcala: Velázquez” *Sol de Tlaxcala*, 25 de abril de 2008.

Morales Moisés. “Grave insuficiencia renal en la entidad”, *Sol de Tlaxcala*, 13 de marzo de 2009, páginas 1 y 22.

Ojeda Ramírez Teresa “Descarta CGE recurrir a la floculación iónica para sanear el cauce del río Zahuapan” en *Jornada de Oriente, Sección Tlaxcala*, página 3, 13 de agosto de 2008.

Ramírez Romero, José Luís “La contaminación del río Zahuapan – Atoyac es problema de dos estados: Héctor Ortiz”. *ABC noticias de Tlaxcala*, viernes 29 de junio de 2007, página 6. Sección municipios.

Ramírez Romero, José Luís, “El Zahuapan–Atoyac el más contaminado del país”. *ABC noticias de Tlaxcala*, viernes 28 de marzo de 2008, página 7.

Ramírez Romero, José Luís, “Satisfactorios los resultados de la floculación iónica para descontaminar el Zahuapan”, *ABC noticias de Tlaxcala*, jueves 21 de agosto de 2008, página 1.

Revista Matria Nuestro Territorio, *Agua Profanada. Privatizar o no Valsequillo*
Suplemento de la Jornada de Oriente, año I, número 3, abril de 2007.

Electrónicas

Acosta Barba, Abraham “Vive México las Enfermedades de Primer Mundo: Salomón Santibáñez” <http://www.argonomexico.com/salud/vive-mexico-las-enfermedades-de-primer-mundo-salomon-santibanez.html>

Acosta Barba, Abraham “Inician curso de nefrología en Tlaxcala” <http://www.argonomexico.com/ultimas/inician-curso-de-nefrologia-en-tlaxcala.html>

ATSDR: <http://www.atsdr.cdc.gov>

Bejarano González, Fernando. *Conocer las sustancias para prevenir y actuar. Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México*, Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (RAPAM), México, 2003 en www.laneta.apc.org/esris

Comisión Nacional del Agua – Organismo de Cuenca del río Balsas. Síntesis para el sector Agua del Programa Nacional de Infraestructura en http://www.ccbalsas.org.mx/images/PN_Infraestructura_2007_2012_SINTESIS.pdf

Gobierno del Estado de Puebla (2006) Presentación del proyecto de rescate ecológico de los ríos Zahuapan, Atoyac, Alseseca y Presa de Valsequillo en el IV Foro Mundial del Agua. Presentación en Power Point.

Google Earth <http://www.earth.google.es/outreach.html>

Instituto Nacional de Ecología, La cuenca del río Balsas, México, 2005 en: <http://www.ine.gob.mx/ueajei/publicaciones/libros/402/cuencabalsas.html>

Juárez Galindo, Ignacio “Obtiene el Gobierno del estado 1600 millones para el rescate del lago de Valsequillo”, *e-consulta Periódico Digital de Puebla, Tlaxcala y Oaxaca*. <http://e-consulta.com>

Mazari Hiriart, Mariza, Hernández Eugenio, Cristina, Rojas Callejas, Francisco y Rivera Pazos, Clara (2004) Trihalometanos y Haloácidos en agua de la zona sur de la ciudad de México. Instituto Nacional de Ecología – Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenida el 16 de septiembre de 2004 en <http://ine.gob.mx/publicaciones>

Medciclopedia. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos, Instituto de Investigación y Desarrollo Químico–Biológico en <http://www.iqb.es/institut/home.htm>

NIOSH: <http://www.cdc.gov/niosh/npg/npgd0397.html>

Puerto Aura – Puebla. Proyecto de Rescate de la presa de Valsequillo: <http://forum/skyscraperpage.com/archive/index.php/t-131941.html>

Periódico Tlaxcala en el Norte, Publicación mensual. Agosto de 2008, página 16. Tribunal Latinoamericano del Agua en <http://tragua.org.cr>

Trujillo Báez Norma UNAM registra 200 mil casos de insuficiencia renal en la cuenca del Papaloapan <http://zapateando.wordpress.com/2008/12/11/unam-registra-200-mil-casos-de-insuficiencia-renal-en-la-cuenca-del-papaloapan/>

<http://www.alcalorpolitico.com/notas/notas.php?nota=081209renalol.htm>
Sistema Nacional de Información del Agua en <http://www.conagua.gob.mx/Espaniol/TmpContenido.aspx?id=91b62c94-787c-4006-bc90-de5b1692ce07|Infraestructura Hidráulica|0|0|274|0|0>

Legislativas

- NOM-001-ECOL-1996. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- NOM-002-ECOL-1996. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- NOM-127-SSA1-1994. Secretaría de Salud.
- NOM-052-SEMARNAT-2005. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- cicoplafest. Catálogo Oficial de Plaguicidas. Comisión Intersecretarial para el Control, Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas, México.
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y Pesca, Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, Secretaría de Salud (1998).
- Observación General número 14. Derecho a la Salud. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C./12/2000/4:3)
- Observación General número 15. Derecho al Agua. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C./12/2000/4)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Protocolo de San Salvador
- Constitución Política del estado libre y soberano del estado de Puebla
- Constitución Política del estado de Tlaxcala
- Ley Estatal de Salud del estado de Puebla
- Ley de Salud del estado de Tlaxcala
- Decreto de creación de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del estado de Tlaxcala
- Código Penal del estado de Tlaxcala

Anexo Mapas y tablas

Mapa 5

Industrialización en la cuenca del Zahuapan 2003.



Fuente: Mendieta Herrera Rosario Adriana, *Op. cit*, México 2008.

Mapa 6



Fuente elaboración propia con base en un mapa satelital del programa Google Earth.
<http://www.earth.google.es/outreach.html>

Tabla 8

Movimientos sociales en la cuenca del Alto Atoyac, 2000 a 2007.

Número	Movimiento social	Tipo de demanda
1	Grupos Ambientalistas de Tlaxcala – Red de Acción en Contra de los Plaguicidas en México (RAPAM) - comunidad del Carmen Tequexquitla.	Derecho a la salud y a vivir en un ambiente sano. En contra de una incineradora de plasma y una empresa productora de pastillas para baño que importaba insumos con dioxinas ³¹⁴ .
2	Comunidad de Tepeaca, Puebla y Grupos Ambientalistas de Tlaxcala.	Derecho a vivir en un ambiente sano. en contra de la construcción de un depósito de residuos peligrosos industriales
3	Coordinadora por un Atoyac con Vida – comunidad de Villa Alta – Centro Fray Julián Garcés.	Derecho a la salud, al agua, a un ambiente sano y la procuración de la justicia. Presencia de sustancias tóxicas producto de tres corredores industriales, llevando el caso ante el Tribunal Latinoamericano del agua en 2006.
4	Colonia Joaquín Colombres en la ciudad de Puebla.	Derecho a salud y procuración de la justicia. Una empresa recuperadora de plata por medio de incineración y las descargas industriales, generando enfermedades respiratorias y de la piel.
5	Ejidatarios de Santa María Texcalac.	Derecho a vivir en un ambiente sano. En julio de 2005: alertaron que por lo menos 40 hectáreas de hortalizas y maíz son regadas con aguas contaminadas de la Ciudad Industrial Xicohténcatl-I y que llegan a la laguna de la comunidad.

³¹⁴ Forman parte de los compuestos orgánicos persistentes que se plantea su erradicación por parte del Programa de Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas por su peligrosidad, persistencia y bioacumulación (permanecen en el ser vivo en donde se acumulan sin desaparecer), se ha demostrado que es un potencial carcinogénico. Las dioxinas son absorbidas por los seres humanos a través de la inhalación, ingestión, por contacto directo o indirecto, o por el consumo de alimentos contaminados de origen animal.

6	Consejo Unico de Representantes de la Laguna de Acuitlapilco	Derecho al agua y a la salud. Defensa de los pozos de agua en contra de su privatización y rescate de la laguna de Acuitlapilco, aseguran que su contaminación ha provocado afectaciones en piel e insuficiencia renal.
7	Movimiento de Defensa de Derechos Humanos y Laborales del Valle de Tehuacán.	Defensa de derechos laborales y de salud de obreros que trabajan en maquiladoras de mezclilla en la ciudad de Tehuacán, Puebla
8	Valsequillo–San Andrés Azumiatla, Puebla.	Derecho a la salud y procuración de justicia. Presencia de malformaciones congénitas en la comunidad según investigaciones de la Universidad Autónoma de Puebla y la defensa de la comunidad de desalojos forzados ante la propuesta del gobierno de Puebla del saneamiento de la Presa Manuel Avila Camacho y el Proyecto Aura
9	Movimiento de colonos de la Unidad Habitacional de la Virgen en el municipio de Panotla, Tlaxcala	Derecho a la salud y al agua. Presencia de arsénico y manganeso por arriba de los límites máximos permisibles de la NOM-127-SSA1-1994, en el pozo de agua potable de la comunidad.
10	Santa Ana Xalmimilulco, Huejotzingo, Puebla	Derecho a la salud y procuración de la justicia. La comunidad clausuró una empresa incineradora de desechos biológico-infecciosos en el corredor industrial Huejotzingo, atribuyéndole que provocaba casos de leucemia en la comunidad. El gobierno del estado reprimió violentamente una marcha y desalojó a la población de las instalaciones de la empresa, como producto de la negociación, la Secretaría de Salud realizó un estudio epidemiológico en donde los resultados establecían que la población no presenta daños.

11	Ocotlán, Puebla	Derecho al Agua. Se organizó en el año 2007 con el fin de impedir que el Gobierno Municipal de Puebla a través de su sistema operador de agua realizara la apertura de nuevos pozos en su comunidad para su distribución en las empresas de la región, en tanto ellos no contaban con condiciones de abastecimiento de agua en cantidad y calidad suficientes que permitieran mejorar sus condiciones de vida y salud.
12	Santa Ursula, Yauhquemecan, Tlaxcala	Derecho a la salud. Organización comunitaria en contra de la empresa Procter & Gamble por la construcción de una planta cogeneradora de energía eléctrica de 45 MVA sin manifestación de impacto ambiental y con las torres de energía eléctrica pasando por una zona habitada.
13	UPADI. Apizaco, Tlaxcala	Derecho al agua. Movimiento de colonos de la ciudad de Apizaco en contra de la empresa FEMSA por la extracción de agua para su embotellado, lo cual ha provocado cortes en el servicio en colonias populares.
14	Santa Rita Tlahuapan, Puebla	Derecho al agua. Movimiento en contra de una embotelladora de agua y Comisión Nacional del Agua. Ya que establecen que la Comisión Nacional del Agua modificó los estudios del Consejo Técnico de Agua Subterránea (COTAS), con el fin de permitir la extracción.

Fuente: Elaboración propia con base en notas periodísticas y la sistematización de la primera caravana ambiental Puebla-Tlaxcala en marzo de 2006.

Tabla 9

Cuenca más contaminadas del país.

Número	Cuenca	Estados
1	Atoyac Zahuapan	Tlaxcala–Puebla
2	Lerma	Estado de México, Guanajuato, Michoacán y Jalisco
3	San Juan del Río	Estado de México, Querétaro e Hidalgo
4	Coatzacoalcos	Veracruz
5	Tula	Estado de México e Hidalgo
6	Pesquería	Nuevo León
7	Tijuana	Baja California
8	Blanco	Veracruz
9	La Laja	Guanajuato
10	Turbio	Guanajuato
11	Grande de Morelia	Michoacán
12	Cuautla	Morelos
13	Santiago	Jalisco
14	Apatlaco	Morelos

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan Nacional Hidráulico 2007–2012 y diario ABC de Tlaxcala, viernes 28 de marzo de 2008, Año 15, número 6434, nota de José Luis Ramírez Romero

Tabla 10

Promedio de índices de calidad del agua en la cuenca del Alto Atoyac.

Cuerpo de agua	Estado	Calidad de Agua de acuerdo al uso				Color (ICA)	ICA
		Fuente de abastecimiento	Recreación	Pesca y vida acuática	Industrial y Agrícola		
Río Nexapa (Los Molinos)	Puebla	Apto	Apto	No apto	Apto	Amarillo	59.5
Canal Presa Atlangatepec	Tlaxcala	Apto	Apto	No apto	Apto	Amarillo	58.1
Presa Manuel Avila Camacho	Puebla	No apto	Apto	No apto	Apto	Amarillo	57.2
Río Atoyac (Tlanalapan)	Puebla	No apto	No apto	No apto	Apto	Rojo	48.5
Río Nexapa (Fajanas)	Puebla	No apto	No apto	No apto	Apto	Rojo	38.2
Río Atoyac (Xicohtzinco)	Tlaxcala	No apto	No apto	No apto	Apto	Rojo	32.9
Río Zahuapan (Xicohtzinco)	Tlaxcala	No apto	No apto	No apto	No apto	Morado	29.8
Río Atoyac (La autopista)	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Morado	26.1
Río Atoyac (San Martín)	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Morado	24.1
Río Nexapa (Puctla)	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Negro	23.1
Río Atoyac (Echeverría)	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Morado	20.5
Río Alseseca (Totimihuacán)	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Negro	20.1
Río Alseseca	Puebla	No apto	No apto	No apto	No apto	Morado	18.5

Fuente: Elaboración propia con datos de CNA (2003) Plan Hidráulico de la Cuenca del río Balsas. Solicitud de acceso a la información No. 00210608 a la Comisión Nacional del Agua

Tabla 11

Sustancias tóxicas por origen de emisión encontradas en la cuenca.**Lavanderías de mezclilla**

Blanqueadores clorados. La exposición prolongada puede causar irritación en la piel y vías respiratorias, no está clasificado como carcinogénico en humanos, puede provocar aberraciones de cromosomas en linfocitos humanos.

Hidróxido de sodio. Puede irritar las vías respiratorias, altas dosis pueden producir inflamaciones, una exposición prolongada puede provocar ulceración en fosas nasales e irritación de la piel, no se cuenta con información sobre si es carcinogénico. La EPA lo ha regulado con un máximo permisible de 2 mg. /m³ en sitios de trabajo, 8 horas al día y un máximo de 40 horas a la semana.

Agua oxigenada. Su vapor en soluciones mayores al 10% de concentración puede producir severas irritaciones en pulmones y ulceraciones de los ojos, al contacto con la piel puede producir irritación y decoloración, genera rompimiento del ADN, provoca mutaciones genéticas y cambios en las cromátidas hermanas, la NOM-010-STPS ha establecido un nivel máximo de una parte por millón en sitios de trabajo, 8 horas al día y un máximo de 40 horas a la semana.

Indigo. Es un polvo irritante para la piel, ojos y membranas, no se cuenta con información de que sea carcinogénico.

Industria de autopartes y talleres mecánicos.

Gasolina. Exposiciones prolongadas pueden afectar las funciones de las neuronas, produce dermatitis en contacto prolongado, es un posible carcinogénico en humanos (IARC, grupo 2B), la ACGIH ha considerado una exposición máxima de 890mg/m³, 8 horas al día y un máximo de 40 horas a la semana.

Thinner. Causa aturdimiento y dolores de cabeza, provoca irritación en ojos, tráquea y garganta. No se ha considerado como un carcinogénico en humanos. La NIOSH ha establecido un nivel promedio de exposición máxima de 60 partes por millón en 10 horas al día por un máximo de 40 horas a la semana.

Kerosene. Durante una exposición en periodos cortos, aumenta la presión sanguínea, hay pérdida de apetito y dificultad para concentrarse. La expo-

sición por periodos largos causa daños en riñones y es considerado como un posible carcinogénico en humanos. (IARC, grupo 2A). NIOSH recomiendan niveles que no excedan los 350 mg/m³ en aire por 40 horas a la semana.

Acido sulfúrico. Su respiración produce la erosión de dientes y la irritación de las vías respiratorias, cuando se respiran ácidos inorgánicos que contienen ácido sulfúrico, éstos son considerados como cancerígenos en los seres humanos (IARC, grupo 1). La NOM -010-STPS-1993 establece un nivel de 1 mg/m³ en sitios de trabajo, 8 horas al día y 40 horas a la semana.

Agricultura. Agroquímicos usados en la región.

Cuproquat y gramoxone. Su inhalación produce envenenamiento, una exposición persistente puede producir daño en los pulmones y Mal de Parkinson. Puede producir cáncer en la piel (IARC, grupo 1), aberraciones cromosómicas, mutación de genes y cambios en las cromátidas hermanas. Sólo aplicable por personas autorizadas. La NOM-010-STPS-1993 establece una exposición máxima a 0.1 mg/m³ en los sitios de trabajo 8 horas por día y 40 horas a la semana.

Tamaron. Es considerado neurotóxico. Está ubicado en la lista de agroquímicos restringidos de 1995 a 1997 en el Catálogo Oficial de Pesticidas (CICOPLAFEST).

2,4 D. La exposición en altas concentraciones puede afectar el sistema nervioso, los riñones y la vida. Causa aberraciones en cromosomas, mutación de genes y cambios en cromátidas hermanas, se encuentra en revisión si es carcinogénico en humanos. La EPA regula su contenido en agua potable con un contenido máximo de 70 partes por billón.

Complejo Petroquímico

Acrilonitrilo. Dejó de producirse en el año 2000, es neurotóxico y afecta los pulmones. Es un probable carcinogénico en humanos (IARC, grupo 2) y causa mutación de genes, transformación de células y cambios en cromátidas hermanas. La NOM-010-STPS-1993 establece una exposición máxima de una parte por millón en sitios de trabajo, 8 horas al día y 40 horas a la semana.

Benceno. Una exposición prolongada causa anemia e inmunosupresión, induce la leucemia (IARC, grupo 1), provoca infertilidad femenina y mutaciones en la morfología de los genes del esperma, además causa aberraciones en

cromosomas y micronúcleos, cambios en cromátidas hermanas, mutación de genes. La NOM-010-STPS-1993 establece una exposición máxima de 200 partes por millón en sitios de trabajo, 8 horas al día y 40 horas a la semana.

Metanol. La exposición crónica genera acumulación en el cuerpo humano, y podría causar la ceguera y la muerte, se transforma en otras sustancias que también son tóxicas. La NOM-010-STPS-1993 establece una exposición máxima de 2 partes por millón en sitios de trabajo, 8 horas al día y 40 horas a la semana.

Fuente: Montero Montoya, Regina, Serrano, Luís, Méndez Alejandra y Morales Eduardo, *Op, Cit.*

Reflexiones finales

Los derechos humanos nos interpelan porque representan, en y para la cultura occidental, la concepción más acabada y completa de la dignidad humana. En América Latina la demanda por la realización de los derechos económicos y sociales recupera y actualiza la reivindicación histórica de movimientos sociales y grupos excluidos por un Estado que impulse la integración y justicia social, que son los grandes pendientes en nuestra región, la más desigual del mundo. Pero a diferencia de décadas anteriores, el enfoque de derechos humanos va asociado, explícitamente, a la promoción de la ciudadanía integral o sustantiva de las personas, concebida ésta como la *pertenencia* a una comunidad nacional y política y como *agencia*, o sea la capacidad de ejercer derechos y participar activamente en los ámbitos privados y políticos de esta comunidad.

La recopilación de estudios de caso que integran este libro, se inscribe en esta línea de reflexión y acción. Pero, ¿es posible obtener conclusiones comparativas a partir de realidades tan diversas como las que representan México, El Salvador y Nicaragua y con casos tan disímiles como los descritos en los capítulos anteriores? Como permiten observar los datos de la Tabla 1, México –en comparación con los otros dos países– resalta en todos los aspectos: tiene el PIB per cápita más alto (us\$ 7,102.7) y las proporciones más bajas de población pobre de los países estudiados (9.27%). Nicaragua, en cambio, es todo lo contrario: es el país más rezagado de los casos estudiados, con un PIB per habitante de us\$ 884.9 y 41.34% de población viviendo en pobreza. Siendo de la misma región, el PIB per habitante del segundo país centroamericano de esta compilación, El Salvador, casi triplica el de Nicaragua (us\$ 2,252.4).

Tabla 1

El Salvador, Nicaragua y México: Datos socioeconómicos básicos.

País	Población (miles de personas)		PIB/Cap. (us\$ del 2000)	Pobreza (% de la población que vive con menos de 2 us\$ por día)	Índice Gini	Distribución del Ingreso		Gasto público social (como % del PIB) 2005 2006
	Mujeres	Hombres				Quintil más pobre	Quintil más rico	
México	55,036	52,641	7,102.7	9.27	0.506	4.15	56.56	10.6
Nicaragua	2,851	2,826	884.9	41.34	0.532	3.48	58.3	11.1
El Salvador	3,669	3,555	2,252.4	26.77	0.493	3.43	53.61	11.6

PIB: Datos del 2007

Pobreza: Datos de 2006 para México, 2005 para Nicaragua y El Salvador

Índice Gini y distribución del Ingreso: Datos de 2006 para México, 2005 para Nicaragua y 2004 para El Salvador

Fuente: CEPALSTAT disponible en línea www.eclac.cl (consultado el 23 de julio de 2009).

Se podrían señalar más diferencias, pero hay coincidencias importantes: si observamos la concentración de ingresos y el Índice Gini –dos indicadores básicos para medir la desigualdad–, las divergencias entre los tres países no son tantas como se podría suponer comparando los niveles de ingreso y los porcentajes de pobreza. En los tres países el 25% de la población más pobre solamente concentra entre el 3 y 4% de los ingresos, mientras el 25% más rico cuenta con más de 50% de los ingresos. Estas cifras evidencian que –pese a la diversidad– la desigualdad socioeconómica es una constante, lo cual es uno de los obstáculos más grandes (si no el más grande) para la realización de los derechos económicos y sociales, en general, y el derecho a la salud, en particular.

La realización del derecho a la salud tiene implicaciones prácticas porque el nivel más alto posible de salud representa una condición indispensable para el ejercicio integral de la ciudadanía, particularmente de la dimensión social de la misma. Entendido así, el derecho a la salud se erige como un elemento esencial tanto para el desarrollo integral de los seres humanos, como para la construcción de regímenes democráticos sustentados en un piso mínimo de igualdad social. Considerando lo anterior, la noción de ciudadanía es otro componente para pensar en los desafíos de los países que se han analizado en este esfuerzo conjunto, pues se parte de un precepto de igualdad que concuerda con el propósito de modernización democrática,³¹⁵ por la que justamente transitan los tres países involucrados en este estudio. Tomando en consideración lo anterior, la *aproximación a la salud con enfoque de derechos*,

³¹⁵ Carlos Sojo, La noción de ciudadanía en el debate latinoamericano, Revista de la CEPAL 76, Abril 2002, p.p 32-33

que es el marco de referencia en el cual se circunscribe este estudio, ha permitido no sólo valorar los avances en la realización del derecho a la salud, sino también, de manera indirecta, el nivel y calidad de las democracias de Nicaragua, El Salvador y México.

Los hallazgos que se presentan a lo largo de este documento muestran, en general, que existe un desbalance en la realización del derecho, de forma que en los tres países se observa una tendencia más lenta en la integración socioeconómica y una más acelerada a nivel simbólico.³¹⁶ En otras palabras, se han dado pasos que apuntan hacia la realización de este derecho, pues los Estados analizados han incorporado –aunque en distintos niveles– en sus legislaciones locales los lineamientos de derecho a la salud de los principales instrumentos internacionales, que previamente han firmado y ratificado. No obstante, el monitoreo ciudadano que se condensa en este libro ha permitido generar información que evidencia que, más allá de los compromisos plasmados en la ley y de la existencia de un andamiaje programático, los tres estados incumplen varios aspectos de sus obligaciones adquiridas en la materia.

El esquema utilizado en este proyecto, para analizar varios contextos, permitió identificar fallas compartidas en la realización del derecho. Pese a la heterogeneidad social, económica, política y cultural de los países e incluso los contextos subnacionales participantes de este análisis, la utilización de los conceptos transversales de los derechos sociales, principalmente no discriminación, participación ciudadana y rendición de cuentas arroja algunos resultados generales, los cuales permiten formular una serie de reflexiones finales:

Igualdad y no discriminación— Un común denominador observado en los cinco estudios de caso es que, invariablemente, siguen siendo los grupos vulnerables los más afectados por las fallas en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud. En México, por ejemplo, son los indígenas y quienes viven en zonas rurales y no han tenido acceso a la afiliación del Seguro Popular. A nivel local, son los mismos sectores de la población quienes en Chiapas carecen de programas culturalmente adecuados para el tratamiento de TB o apoyo alimentario y, en el caso de Tlaxcala, son las comunidades marginadas asentadas a lo largo de la cuenca del río Atoyac quienes han tenido que enfrentar la contaminación ambiental. Por otro lado, en El Salvador y Nicaragua, los más impactados por programas sociales y de salud poco eficientes han sido niños y mujeres, respectivamente. Parte del problema sigue siendo que los programas de salud adolecen de una perspectiva de derechos que desde su diseño y efectiva implementación logren realmente producir resultados contundentes en estos grupos. Resulta contradictorio que mujeres, indígenas y niños continúen estando descuidados por los Estados, siendo que precisamente uno de

316 Ibídem

los propósitos primordiales de los derechos sociales es compensar a quienes se encuentran en circunstancias desfavorables.

Participación ciudadana– Otro aspecto primordial que se ha desatendido tanto en los estados mexicanos como a nivel nacional en los tres países, es el de involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones relacionadas con la política pública y la asignación de recursos. Si bien se dio cuenta de que, al menos en las tres legislaciones nacionales la participación de los ciudadanos está respaldada por las leyes, en los hechos la realidad sigue siendo que no existe la voluntad política ni las vías institucionales efectivas a través de las cuales se tome en cuenta la opinión de quienes son objetivo de las acciones de los Estados. Esto, en cada caso ha tenido diversas consecuencias. Por ejemplo, el hecho de que en Chiapas no se consideren las costumbres indígenas en la elaboración de los programas de ayuda alimentaria tiene repercusiones de gran impacto no sólo en la nutrición real de la gente, sino también se ha desalentado la producción local de alimentos. Asimismo, se observó que existen casos en que el concepto de participación ciudadana, atendiendo al esquema neoliberal, se ha pervertido en el sentido de que se concibe a la misma con corresponsabilidad financiera en la prestación de los servicios, como lo sugieren los requisitos de prepago para la afiliación al Seguro Popular en México.

Transparencia y rendición de cuentas– Si bien los niveles de apertura y rendición de cuentas difieren en El Salvador, Nicaragua y México, así como en los niveles subnacionales representados por Chiapas y Tlaxcala, el análisis muestra que en todos los casos persiste la falta de voluntad gubernamental para abrir al escrutinio público y control ciudadano temas relacionados con el estado de salud de las personas, los resultados e impacto de las políticas públicas y los recursos que las financian. En los países centroamericanos los problemas de este tipo son más profundos. En El Salvador fue un problema constante obtener información desagregada y relacionada con el presupuesto asignado a los programas de la niñez. De forma similar, en Nicaragua tampoco existe claridad sobre la parte del presupuesto de salud que es asignada a la salud reproductiva ni cómo se toman las decisiones, a pesar de ser una prioridad en salud tanto a nivel nacional como internacional. En México, está el respaldo de la Ley de Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental a través de la cual puede obtenerse información valiosa, sin embargo, existen también problemas que escapan a este marco jurídico y que repercuten en la rendición de cuentas. Tal es el caso de la subvaloración de los casos de TB en el estado de Chiapas.

Por otra parte, también es posible identificar casos paradigmáticos de incumplimiento de las obligaciones de los Estados. En este sentido son ilustrativas las experiencias de El Salvador y Tlaxcala para demostrar que los gobiernos han fallado en cumplir su deber de respetar el derecho a la salud, lo cual se refiere a que el Estado debe proteger a las personas ante terceros actores. En El Salvador, por ejemplo, resalta el hecho de que el Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Domi-

nicana y Estados Unidos (CAFTA-DR), da prioridad a las patentes de los medicamentos producidos por empresas estadounidenses por encima de los medicamentos genéricos. El CAFTA permite el control monopólico de las marcas por más de 20 años, permitiendo con ello que las empresas químico-farmacéuticas puedan fijar altos precios a sus medicamentos, en detrimento de la población que no tiene posibilidad de pagarlos. En otro sentido, el gobierno del estado mexicano de Tlaxcala también ha incumplido su obligación de proteger a las comunidades afectadas por la contaminación del río Atoyac, pues no ha desarrollado normas ni llevado a cabo acciones contundentes para impedir que las empresas asentadas, a lo largo del corredor industrial, dejen de desechar las sustancias tóxicas que causan graves daños a la salud de las personas.

También existen casos que evidencian acciones que implican claros retrocesos para la realización del derecho a la salud. En Nicaragua, a lo largo de los últimos años, el país se vio envuelto en una lucha ideológica y legal en la cual participaron partidos políticos, la jerarquía católica y la sociedad organizada que derivó, primero, en la derogación de la ley que autorizaba el aborto terapéutico y posteriormente en la penalización. En México, por otro lado, la reforma a la Ley General de Salud que creó el Seguro Popular también implicó una retrogradación. Con la puesta en marcha de este programa, empezaron a cobrarse intervenciones médicas que anteriormente se ofrecían de manera gratuita.

Teniendo en consideración el panorama anterior, es claro que en los tres países persisten tareas pendientes para la realización plena del derecho a la salud. Aunado a lo que ya se ha expuesto, también se encontró que en todos los casos se comparten problemas relacionados con la calidad, aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad de los bienes y servicios sanitarios, elementos indispensables para el ejercicio del derecho. De lo anterior se desprende que los Estados, al no proveer las condiciones y medidas necesarias para alcanzar el nivel más alto posible de salud, también se han quedado cortos en el desarrollo y promoción de democracias sustantivas, en las que el disfrute de una ciudadanía integral sea posible.

Cinco miradas al derecho a la salud.

Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua

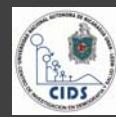
Se terminó de imprimir en febrero de 2010.

La edición consta de 400 ejemplares más sobrantes para reposición.

Edición a cargo de:

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Hace más de seis décadas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoció la atención de la salud como uno de los derechos fundamentales para el desarrollo social y económico de hombres y mujeres. A pesar de que desde entonces la mayoría de los Estados latinoamericanos se han comprometido a cumplir, proteger y respetar este derecho, el acceso *al nivel más alto posible de salud* sigue siendo una tarea pendiente en la región. A través de la exposición de cinco casos de estudio, el presente documento representa un ejercicio ciudadano conducido por organizaciones académicas y de la sociedad civil de México, El Salvador y Nicaragua; la intención es documentar y evaluar el nivel de cumplimiento de las obligaciones de estos Estados en la materia. Este libro es también un llamado urgente a fortalecer las condiciones que favorecen el acceso a la salud, así como una exigencia para la rendición de cuentas en este tema, fundamental para el desarrollo humano y la justicia social.



Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., es una institución plural, independiente, sin afiliación partidista y horizontal que busca avanzar hacia la democracia sustantiva. Fundar se dedica a la incidencia y monitoreo de políticas e instituciones públicas por medio de la investigación aplicada, la reflexión crítica y propositiva, la experimentación y la vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.