

LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN LA SALUD

Ricardo Antonio Bucio Mújica

En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Convención sobre los Derechos del Niño (art. 3o., párr. 1)

INTRODUCCIÓN

“Si yo quiero te atiendo, si no, no te atiendo”, fue la respuesta de una doctora a una mujer, cuando le pidió que revisara a su hijo que había recibido un golpe en la cabeza en la guardería, quien fue canalizado de urgencias a medicina familiar para que se le atendiera. La doctora se limitó a llenar la hoja de incidencia sin revisar a Diego, nombre del chico, mientras la madre pedía que lo hiciera: “Doctora, si su prioridad fuera atender a los pacientes...”. La respuesta fue: “No, la prioridad de usted es salir de aquí rapidito”. A lo que la angustiada madre contestó: “No, mi prioridad es que revise a mi hijo; si no, no hubiera venido”.¹

¹ Basado en “#LadyDoctora del IMSS niega atención a niño y la exhiben en redes”, en *Proceso*, 26 de junio de 2015.

¿Cuál es la prioridad?, ¿conocer el estado de salud del niño o seguir el proceso administrativo?, ¿cómo definir la prioridad?, ¿a través de imponerse como autoridad sanitaria u otros criterios?, ¿quién debería ser el beneficiado principal?

Desde el punto de vista del **interés superior de la niñez** (ISN), Diego debe ser atendido de inmediato por un médico; esto como una de las respuestas del Estado al mandato de su derecho a la salud, el cual establece que todas las niñas, los niños y los adolescentes cuenten con las oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.² Todo ello bajo el entendimiento compartido y de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud de que *salud* es el estado de completo bienestar físico, mental y social.³

En el caso de Diego, debido a que el ISN es la máxima realización del ejercicio pleno de todos sus derechos, bastaba con traer este principio y utilizarlo como criterio para determinar que el derecho a la salud de Diego es de interés superior. En este sentido, poner a Diego al centro es la guía para establecer prioridades.

La historia de Diego permite observar dos aspectos clave sobre el ISN: 1) ejemplifica la narrativa tradicional de priorizar otros temas sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes; 2) en consecuencia, demuestra la importancia de aplicar criterios o elementos que determinen el ISN en las políticas públicas. Dichos aspectos son la columna vertebral de este artículo, cuyo propósito es contribuir a la aplicación del ISN en las políticas públicas que garantizan el derecho a la protección de la salud.

El primer apartado describe un panorama general de la salud de niñas, niños y adolescentes en México para comprender sus brechas y así alcanzar el derecho a la salud en su totalidad, a través de las políticas públicas encaminadas a resarcirlas.

² Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observación General núm. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, artículo 3, párrafo 1, 2013.

³ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2o. párrafo, 1946.

El segundo apartado del artículo analiza el concepto del ISN, con la intención de explicar las problemáticas a las que se enfrenta el intento de armonizar la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) en un país que presenta brechas enormes, desafíos por subsanar, cuestiones en donde los derechos de este grupo poblacional se ven afectados. Asimismo, que visibilizar la perspectiva preventiva de conflictos inherentes a este grupo ayudaría a cerrar las mencionadas brechas y mejorar su presente, evitando con ello que en un futuro se deban diseñar, construir, presupuestar e implementar políticas públicas encaminadas a la corrección más que a la prevención; aspectos que generarían mayor inversión y presupuesto por parte del Estado.

La tercera parte da a conocer el papel que niñas, niños y adolescentes han desempeñado en el proceso de su reconocimiento como sujetos de derechos, considerando que antes de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, este grupo poblacional fue prácticamente ignorado y excluido de muchos de los espacios —tanto públicos como privados— de sus derechos fundamentales.

En este sentido, el intermediario entre el Estado y niñas, niños y adolescentes fue la familia, y se consideraba que ésta era la institución encargada de velar por que se les proporcionaran los elementos necesarios para su desarrollo y educación. Es en este contexto que el ISN toma importancia como el elemento fundamental para transformar la situación de desventaja histórica de estas personas en las naciones y en la legislación a nivel mundial, y se expondrá brevemente la importancia de dichas modificaciones plasmadas en la LGDNNA en México.

Finalmente, en la cuarta parte se comparten guías basadas en la normatividad internacional de derechos de la niñez para la aplicación del ISN en políticas públicas, en especial del derecho a la salud. Con base en estas guías, se analiza un caso para orientar la aplicación del ISN como criterio para la toma de decisiones en la formulación de política pública, así como el posterior desarrollo de instrumentos que contengan elementos que lo involucren en la toma de decisiones sobre políticas de salud para niñas, niños y adolescentes.

PANORAMA DE LA SALUD DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO

El derecho a la protección de la salud ha sido concebido como parte fundamental de los derechos humanos y sociales, lo que ha dado pauta a compromisos nacionales e internacionales para ampliar la cobertura de servicios de salud y garantizar el acceso universal a todas y todos los mexicanos, independientemente de sus características sociodemográficas, condición social o estatus laboral.

Según la Encuesta Intercensal, en 2015, 84.7 por ciento de niñas, niños y adolescentes estaban afiliados a algún servicio de salud, lo que significa que entre 2010 y 2015 hubo un incremento de 17.7 puntos porcentuales. Destaca que no hay diferencias por sexo, pero sí por grupos de edad, pues en promedio 85 por ciento de las personas entre 6 a 17 años cuentan con afiliación, a diferencia del 78.7 por ciento para los menores de un año de edad. Las instituciones de salud a las que están afiliados se diferencian según los servicios que proporcionan y los esquemas de padecimientos que atienden. Las instituciones con esquemas completos de atención son las de los sistemas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa y Marina), los cuales tienen afiliados a 40.2 por ciento de niñas, niños y adolescentes; más de la mitad de ellos (57.5 por ciento) están afiliados al Seguro Popular o para una nueva generación (ahora conocido como Seguro Siglo XXI), 2.6 por ciento a una institución privada y 1.4 a otra institución.

En el caso de atención a la salud de niñas, niños y adolescentes que no están afiliados a un sistema institucional de salud, los servicios de primer y segundo nivel que se les otorgan están descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Sistema de Protección Social en Salud.

El CAUSES está dividido en seis conglomerados: salud pública, atención ambulatoria, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía general. El número de unidades de salud acreditadas para otorgar los servicios ofertados por el CAUSES a noviembre de 2015 es de 11,987 (60.6 por ciento) de un universo susceptible de acreditación de 19,769 integrado por unidades médicas de la Secretaría de Salud, IMSS Prospera, Servicios médicos estatales y privados (véase Tabla 1).

TABLA 1.
CANTIDAD DE UNIDADES DE SALUD
ACREDITADAS EN CAUSES.

<i>Institución</i>	<i>Total</i>	<i>Acreditada en CAUSES</i>
Secretaría de Salud	12,489	11,253/90.1%
IMSS Prospera	3,666	670/18.3%
Servicios Médicos Estatales	395	10/2.5%
Servicios Médicos Privados	3,219	54/1.7%
Total	19,769	11,987/60.6%

Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, “Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero a diciembre de 2015”, 2016.

El derecho a la salud de niñas y niños empieza desde la gestación, por lo que la atención previa al nacimiento es muy importante. La atención durante el embarazo, parto y puerperio en México se rige por diferentes reglas y modelos de operación según la institución de salud en cuestión. No obstante, el acceso a servicios de salud y la atención prenatal se han extendido en el país, de manera que en nueve de cada diez embarazos el bebé sobrevive, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.⁴

De acuerdo con la Enadid, entre 2009 y 2014, en los embarazos de mujeres entre 15 y 54 años, hay menos situaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres, pues 95.3 por ciento son atendidas por un médico, enfermera, auxiliar o promotora de salud durante el parto. No obstante, hay retos que enfrentar, como los riesgos de embarazos que terminaron en aborto o fallecimiento (10.7 por ciento), en especial en entidades donde se supera este promedio como Ciudad de México (12.8 por ciento), Durango (12.4 por ciento) y Sonora (12.4 por ciento). Por otro lado, el promedio de revisiones prenatales o durante la gestación en general es bajo (2.3 revisiones), ya que la Norma Oficial Mexicana para la atención

⁴ UNICEF México, *Documento de apoyo para la elaboración del diagnóstico del Programa Nacional de protección de derechos de la infancia y la adolescencia en México*, 2016, en prensa.

de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), establece que las embarazadas de bajo riesgo deben recibir al menos cinco consultas prenatales. Por otro lado, sobresale que 18.6 por ciento de mujeres no tuvieron revisión postnatal en el último embarazo, en especial en Puebla (12.0 por ciento), Tlaxcala (12.2 por ciento) y la Ciudad de México (12.5 por ciento), según la ENADID 2014.

Además, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se redujo de 22.3 por ciento a 14.4 por ciento entre 2006 y 2012; en las áreas rurales es mayor (18.5 por ciento) que en las urbanas (12.7 por ciento). Asimismo, el tiempo promedio de lactancia fue de 10 meses, aunque en zonas urbanas sólo alcanzó 4.9 meses. Una de cada tres niñas y niños de un año (35.5 por ciento) y una de cada siete menores de dos años (14.1 por ciento) recibían lactancia materna. La Ensanut 2012 identificó que las principales razones que dieron las madres para no dar pecho fue la sensación de no tener leche (37.4 por ciento), enfermedad de la madre (13.7 por ciento) o que la hija o hijo no quiso el pecho (11.4 por ciento).⁵

Sobre la vacunación, de acuerdo con el Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), la cobertura del esquema para 2014 fue de 89 por ciento en menores de un año y de 91.8 por ciento para niñas y niños de un año. Las entidades que tienen prácticamente completa la cobertura en ambas edades son San Luis Potosí, Guanajuato, Nuevo León y Tabasco. Aproximadamente 15 por ciento de la población menor de un año en 2014 no había sido vacunada en Colima, Hidalgo, Jalisco, Quintana Roo y Yucatán.⁶

También la alimentación es un tema importante. ENSANUT 2012 refleja que aún se registran prevalencias elevadas de baja talla o desnutrición crónica (13.6 por ciento), lo cual representa aproximadamente 1.5 millones de niñas(os) en esta condición. A nivel nacional, la prevalencia de baja talla en menores de cinco años en las áreas rurales (21 por ciento)

⁵ *Ibidem*, p. 13.

⁶ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, *Coberturas de vacunación*, 2014.

es casi el doble de las áreas urbanas (11.1 por ciento). También existen brechas por regiones; en los estados del sur de México, donde la prevalencia de talla baja (19.2 por ciento) es el doble de la de los estados del norte del país (8.9 por ciento).⁷

Por otro lado, la elevada prevalencia de anemia es uno de los principales problemas nutricionales en la primera infancia en México. Según la ENSANUT 2012, alcanza 23.3 por ciento en el grupo de 1 a 4 años de edad, es decir, más de dos millones de niñas y niños. La anemia en menores de cinco años también es más frecuente en las áreas rurales, puesto que aqueja a 25.2 por ciento, frente a 22.6 por ciento en las áreas urbanas; lo que puede estar relacionado con la falta de lactancia materna.

Sin embargo, los elevados niveles de sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de nutrición en la niñez de 5 a 11 años de edad. La ENSANUT 2012 reporta que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad afecta a una de cada tres niñas y niños (34.4 por ciento) entre los 5 y los 11 años de edad, es decir, 5.6 millones. Las entidades con mayor porcentaje de niñez de 5 a 11 años con obesidad son Campeche (23.2 por ciento) y Baja California Sur (23.2 por ciento), mientras que las de menor porcentaje son Oaxaca (10.3 por ciento) y Zacatecas (10.5 por ciento).

Estos datos son reflejo de la mala alimentación que existe en los hogares con niñas, niños y adolescentes. Según la Encuesta Intercensal 2015, en 19.3 por ciento de dichos hogares, esta población no tiene una alimentación equilibrada.

La desnutrición, la malnutrición y la falta de lactancia materna pueden ser causa de enfermedades que padecen niñas, niños y adolescentes. Los registros de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (2014) destacan que las principales causas de atención a niñas, niños y adolescentes en hospitales fueron afecciones originadas en la etapa perinatal (18.8 por ciento). Por su parte, destacan otras que pueden ser prevenibles, tales como accidentes (14.5 por ciento), enfermedades del sistema respiratorio (12.5 por ciento) y enfermedades del sistema digestivo (9.1 por ciento). Todas estas acumulan 55 por ciento de los padecimientos de niñas, niños y adolescentes atendidos en unidades de salud.

⁷ UNICEF México, pp. 13-14.

Además, entre 2010 y 2014, la tasa de mortalidad infantil para menores de un año pasó de 14.1 a 12.5 defunciones por cada mil nacidos vivos, y para menores de 5 años pasó de 17.2 a 15.1, lo que representa un decremento de 1.6 y 2.1 defunciones respectivamente. En comparación con la tasa que había en 1990, de 41.0 defunciones, hay un avance de 63 por ciento, cercano a la Meta del Milenio de reducir la tasa en dos terceras partes en el periodo 1990-2015. Sin embargo, algunas de estas defunciones podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud o con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales.

En el caso de los menores de un año las principales causas de mortalidad fueron, en 2014, afecciones originadas en el periodo perinatal (49.6 por ciento) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (25.5 por ciento). Por otra parte, de conformidad con la estadística de mortalidad general del INEGI, en el año 2014 se registraron 41 mil 661 muertes de personas entre 0 y 17 años de edad, de las cuales 6 mil 708 (16.1 por ciento) correspondieron a muertes accidentales o violentas altamente prevenibles, lo que representa una tasa de 19.13 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Desde la perspectiva planteada, y derivado de las diferencias regionales que se perciben en los datos mostrados, tiene sentido revisar la situación de la pobreza multidimensional de niñas, niños y adolescentes.

De acuerdo con UNICEF México-CONEVAL,⁸ en México, en 2014, había 21.4 millones de niñas, niños y adolescentes en pobreza (53.9 por ciento, es decir, 5 de cada 10). En pobreza moderada vive 42.4 por ciento y en pobreza extrema 11.5 por ciento. Esto significa que esta población carece de las condiciones mínimas para garantizar el ejercicio de uno o más de sus derechos sociales, pues 8.0 por ciento presentaban rezago educativo, 16.2 por ciento tenían carencia por acceso a servicios de salud, 62.6 por ciento carencia por acceso a la seguridad social, 16.7 por ciento presentaba carencia por calidad y espacios de la vivienda, 24.8 por ciento carencia por servicios básicos en la vivienda y 27.6 por

⁸ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México 2012, 2014*, México, 2016.

ciento carencia por acceso a la alimentación. Las entidades con mayor porcentaje de niñas, niños y adolescentes pobres son Chiapas (82.3 por ciento), Oaxaca (72.6 por ciento) y Guerrero (72.0 por ciento); aquéllas con menor porcentaje son Nuevo León (24.9 por ciento), Baja California (34.9 por ciento) y Coahuila (34.9 por ciento).

Los datos presentados en este apartado permiten verificar que si bien ha habido avances importantes en la situación de la salud de niñas, niños y adolescentes, como el incremento de la cobertura de los servicios de salud y la acreditación de unidades de salud en la oferta de servicios de salud CAUSES, así como la atención en los partos de profesionales de la salud, incremento en la cobertura de los esquemas de vacunación y el descenso de la tasa de mortalidad a niveles cercanos a las metas establecidas; las estadísticas nacionales esconden brechas importantes entre regiones y grupos de población que aún no tienen acceso a la salud.

Por otro lado, existen aún problemas importantes que no han sido del todo atacados y que afectan la salud de niñas, niños y adolescentes, tales como la falta de revisiones postnatales según la norma mexicana, las pocas niñas y niños que reciben lactancia materna aún con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los problemas de alimentación, desnutrición y malnutrición que afectan a un buen porcentaje de personas menores de 18 años y los efectos de las enfermedades respiratorias y del sistema digestivo que podrían ser prevenidas.

Podemos pensar que la situación de la salud está relacionada con un acceso inequitativo a los servicios de atención de la salud, pero también con factores ambientales, sociales y territoriales relacionados con la pobreza y las carencias, lo que significa una alarma importante hacia la necesidad de poner a niñas, niños y adolescentes en el centro, para garantizar su derecho a la salud.

EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

Concepto general

De acuerdo con la Observación 14 “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”,⁹ el objetivo de

⁹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 3.

este concepto es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes en los ámbitos físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social. En este sentido, cada vez que se invoca este concepto significa que la guía será la protección y cumplimiento¹⁰ de los derechos de la niñez y adolescencia para su libre desarrollo como persona, que para el caso de nuestro país se encuentran plasmados en los veinte derechos de la LGDNNA de 2014.

Para tal efecto deben considerarse los parámetros siguientes:¹¹

- a) El carácter universal, indivisible, interdependiente e interrelacionado de los derechos de niñas, niños y adolescentes;
- b) El reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos;
- c) La naturaleza y el alcance globales de la Convención;
- d) La obligación de los Estados Partes de respetar, proteger y llevar a efecto derechos de la Convención;
- e) Los efectos a corto, medio y largo plazo de las medidas relacionadas con el desarrollo de niñas, niños y adolescentes a lo largo del tiempo.

La Observación General núm. 14 del Comité de los Derechos del Niño, en particular sobre su derecho a que su interés superior sea una consideración primordial, determina que este concepto tenga tres dimensiones; es tanto un derecho, como un principio y una norma de procedimiento. A continuación la conceptualización de cada uno, acompañado de un cuadro con un ejemplo.

Derecho sustantivo: El principio de ISN trasciende los ámbitos legislativos o judiciales: se extiende a todas las autoridades e instituciones públicas y privadas, además del entorno familiar de las niñas y niños. Por lo tanto, garantiza que se pondrá en práctica siempre que se tenga

¹⁰ Rony Eulalio López Contreras, “Interés Superior de los niños y niñas: Definición y contenido”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 2015.

¹¹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 6.

que adoptar una decisión que afecte a una niña, niño o adolescente, o grupo de niñas, niños y adolescentes.

Un restaurante familiar decide abrir una terraza para poner mesas para sus comensales y un espacio con algunos juegos para niñas y niños. Los dueños consideran que es una buena oportunidad para que las y los clientes que fuman puedan hacerlo sin salir del establecimiento. Con esta decisión, los clientes estarían más satisfechos con el servicio pues cuentan con un área abierta para comer, fumar y tener cerca a sus hijos quienes juegan. En este ejemplo, todo parece indicar que es una decisión donde dueños y clientes ganan, sin embargo, es un espacio donde cohabitarían fumadores con niñas y niños. ¿Se deben quitar o conservar los juegos y el área para fumar?, ¿ambas o sólo una de ellas?, ¿con base en cuál criterio se determina esta decisión?, ¿tener fumadores y niñas o niños es buena idea si sólo es por un rato?, ¿a quién se privilegia, al cliente o a las niñas y niños?, ¿niñas y niños son clientes?

Desde el punto de vista del isn, más allá de clientes, niñas, niños y adolescentes son personas y tienen su derecho a espacios libres de humo que contribuyen a garantizar su derecho a la salud.

Principio jurídico: Toda decisión que concierna a niñas, niños y adolescentes, debe ser prioritaria para garantizar la satisfacción integral de sus derechos. Si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el ISN.

Un padre y una madre están en proceso de divorcio y deben resolver a quién se asigna la patria potestad de sus dos hijas, una de cinco años y otra de ocho. El padre es un conductor de taxi con ingresos irregulares y la madre es comerciante en un mercado. Uno de los argumentos del divorcio es que la madre incrementó su alcoholismo y en ocasiones ha sido violenta con sus hijas; asimismo el padre no se encuentra en el hogar durante todo el día. A las niñas por separado se

les preguntó con quién preferirían vivir y su opinión sobre la vida de su familia, una de las hijas dijo que con su madre y otra con su padre. ¿Cuál sería el interés superior de las dos niñas?, ¿debería asignarse con la madre la patria potestad como casi tradicionalmente se ha hecho?, ¿con quién de ambos progenitores se aseguraría una familia que garantice la mayoría de sus derechos?, ¿debería ir una niña a vivir con su madre y la otra con su padre?

No hay respuestas correctas en términos de que el ISN observa que deben garantizarse todos sus derechos, pero como en este caso, entran en conflicto: derecho a vivir en una familia, la no violencia, a participar y expresar sobre los temas que les afectan, la salud mental como parte del derecho a la vida y supervivencia. ¿Cuál se privilegia?

Norma de procedimiento: Toda decisión gubernamental es resultado de un proceso en que el ISN es la consideración primordial para sopesar distintos intereses en pugna y en el que se valoran los efectos que esas decisiones tendrán en el bienestar y desarrollo de niñas, niños y adolescentes. Por lo tanto, todo proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión a niñas, niños y adolescentes interesados.

Existe el proyecto de una obra pública de carreteras que van a conectar a varias comunidades que se encuentran aisladas entre sí. Sin duda será benéfico pues existirán canales comerciales que permitirán intercambios de toda índole. No obstante, en esta lógica que nuestra normatividad trae, antes de construir la carretera hay que preguntarse: ¿en qué va a beneficiar a niñas, niños y adolescentes?, ¿garantizará su derecho a la alimentación si se traen víveres?, ¿en qué los podría afectar?, ¿estamos vulnerando algunos de sus derechos y la Ley General?, ¿podríamos consultarles para integrar su opinión a la decisión?

El ISN diría si la decisión vulnera uno o más derechos en lugar de contribuir a garantizarlos. Si la medida va a repercutir en su derecho a la alimentación por el abasto de víveres o al acceso en telecomunicaciones y, además, tiene base en la opinión de niñas, niños y adolescentes, muy bienvenida. Si la medida limita el acceso a las escuelas, por ejemplo, vulnera el derecho a la educación. Para tomar estas decisiones, hace falta mucha más información y reflexión.

Como puede pensarse, la solución de las situaciones presentadas en los ejemplos y las respuestas a las preguntas ahí planteadas no es sencilla y no existe una receta o serie de pasos precisos que permitan resolverlas fácilmente, ya que implican la determinación del ISN así como la participación de niñas, niños y adolescentes. En general, el ISN es un concepto que debe aplicarse en todas las decisiones, actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas que afectan directa o indirectamente a niñas, niños y adolescentes en lo individual y lo colectivo.

DEBATE SOBRE EL CONCEPTO

No obstante, la propia Observación General núm. 14 del Comité de los Derechos del Niño señala que ISN es un concepto flexible y adaptable¹² y ello contribuye al debate sobre la ambigüedad del concepto, por lo que generar criterios ayuda a orientar el rumbo de las decisiones. El debate se centra en que, al hablar del ISN e intentar conformar un concepto que pueda ser universalmente aceptado, nos encontramos con diversas críticas que ha recibido: desde su alto grado de abstracción y vaguedad hasta lo complejo de su definición teórico-jurídica si lo consideramos desde la perspectiva del debate entre liberales y comunitarios.¹³

¹² *Ibidem*, p. 9.

¹³ Ha sido indispensable el debate en el discurso sobre los derechos fundamentales, y muy específicamente en la “universalidad” y “perspectiva occidental” de los mismos, percibidos de forma crítica por los teóricos ubicados en las teorías comunitaristas o multiculturalistas, en donde se contraponen las visiones sobre cuál sería la mejor forma de organización social, considerando la diversidad de culturas en las que vivimos las so-

El debate es un discurso dirigido a concebir el principio del ISN, desde el ámbito de los derechos fundamentales, y percibir que la niñez y la adolescencia deberán ser sujetos de derechos universales más allá de cualquier perspectiva relativista, cultural o comunitaria, en donde muchos de estos derechos no puedan garantizarse porque su normativa está regida por los usos y costumbres que no se encuentran armonizadas con la perspectiva universalista y liberal. En el caso mexicano implicaría un conflicto con aquellas comunidades indígenas que tienen aún la idea de que este grupo poblacional no tendría derecho a la toma de decisiones, a participar en foros públicos, a la salvaguarda de sus derechos a la salud, la alimentación, la igualdad, a la no discriminación, a entornos seguros y saludables libres de violencia, a la vivienda y necesidades básicas, a la identidad, a la protección especial, a ambientes lúdicos y culturales de esparcimiento y juego, a no trabajar, a un sistema de justicia pleno, así como a entornos familiares e institucionales.

Lo anterior deriva de la postura de Miguel Cillero¹⁴ quien expresa que a pesar de las ideas o perspectivas culturales tan diversas y a la dificultad del tema que se analiza, es necesario en situaciones como las expresadas con anterioridad afirmar que:

La Convención representa el consenso de diferentes culturas y sistemas jurídicos de la humanidad en aspectos tan esenciales como los derechos y deberes de los padres y del Estado frente al desarrollo de los niños; las políticas públicas dirigidas a la infancia; los límites de la intervención del Estado y la protección del niño de toda forma de amenaza o vulneración de sus derechos fundamentales; y finalmente, la obligación de los padres, los órganos del Estado, y la sociedad en general de adoptar todas las medidas para dar efectividad a sus derechos.

ciudades modernas. En este sentido, la vertiente liberal considera que en lo único en lo que no puede relativizarse, es en los derechos fundamentales de las personas, y que este discurso se traduce en la búsqueda de un acuerdo universal sobre la perspectiva ética y política, lo cual se manifiesta en la creación de los derechos humanos. Sin embargo, esta temática obedece a un tema que requiere otro espacio de análisis.

¹⁴ Miguel Cillero Bruñol, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, en *Justicia y Derechos del Niño*, 1998.

Lo anterior son elementos que no pueden ser pasados por alto, ya sea por la decisión del Estado, de aquellas ideas o perspectivas adultocéntricas y excluyentes derivadas de las diferencias culturales, que impiden y han impedido que puedan diseñarse herramientas jurídicas comunes a todas las personas y que tienen que ver con los derechos fundamentales de éstas.

En este sentido, es necesario que el andamiaje jurídico e institucional en favor de los derechos de la niñez y la adolescencia supere estos retos que parten del ámbito de lo teórico, y de un nivel de abstracción derivado de las argumentaciones jurídicas al respecto, y puedan aterrizar en la legislación en todos los países así como en la mexicana, en la redacción de normas no sólo a nivel federal, sino también a nivel estatal y municipal, así como en todas las políticas, programas y proyectos que tengan pertinencia para las niñas y niños y los afecten.¹⁵

Una cuestión que destaca Cillero, y que resulta apremiante en el caso mexicano, es que los aspectos culturales específicos en que viven niñas, niños y adolescentes deberán ceder, poco a poco, en aceptar el reconocimiento y tránsito por parte de los protagonistas de las diversas culturas en las que conviven —las cuales están fundamentadas desde una idea adultocéntrica— a una cultura en la que la niñez y la adolescencia tengan garantizados todos sus derechos; por encima de los distintos pensamientos que favorecen el relativismo que forma parte de las legislaciones que han fomentado la invisibilidad y la discriminación de 40 millones de personas, que permiten que este grupo de la población se encuentre en situaciones de alta vulnerabilidad.

Por ello, como afirma Cillero es necesario que “en la aplicación de este principio la protección de los derechos del niño, prime por sobre cualquier consideración cultural que pueda afectarlos, así como sobre cualquier otro cálculo de beneficio colectivo. El principio del Interés Superior, entonces, no puede ser una vía para introducir el debate sobre el relativismo cultural que ha pretendido afectar la expansión de la protección universal de los derechos humanos”.

¹⁵ Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, 2015, p. 6.

Por ello, más allá de cualquier postura al respecto es necesario que el ISN no se perciba como bien lo dice López Contreras como:¹⁶

Una frase trillada que se utiliza para resolver procesos de niñez; empero, no precisamente para resolverlos del modo que más convenga a los niños o niñas, sino que se resuelvan con fundamento en criterios personalísimos, vagos e indeterminados, o con fundamentación en prácticas rutinarias, sin tomar en cuenta criterios científicos y académicos que explique los elementos del ISN.

De acuerdo con Cillero, el hecho de que no haya una conceptualización específica lo remite a tener una definición que se presta a interpretaciones que conllevan a que se realicen resoluciones jurídicas que no satisfacen en términos fácticos la seguridad de niñas, niños y adolescentes. Una de las principales críticas es el hecho de que la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño la recogiera “porque amparado en el ‘interés superior’ se permitiría un amplio margen a la discrecionalidad de la autoridad y se debilitaría la tutela efectiva de los derechos que la propia Convención consagra”.

Lo que es fundamental rescatar es que, con independencia de las diversas lecturas que puedan darse sobre el ISN, es necesario entenderlo como el eje fundamental en cada uno de los procesos donde interviene algún tipo de derecho de niñas, niños y adolescentes, en virtud de que dicho principio forma parte del sistema de protección de la niñez. En este sentido, la evaluación y determinación del ISN se hace indispensable.

Como ya se ha comentado, el término se encuentra establecido en el artículo 3 de la Convención Sobre los Derechos del Niño, y podría entenderse como la potenciación de los derechos a la integridad física y psíquica de este grupo poblacional en donde debe garantizarse los derechos dirigidos a la evolución y desarrollo de su personalidad en un ambiente sano y agradable, que apremie como fin primordial su bienestar general; lo cual implica que deba prevalecer sobre cualquier situación o circunstancia paralela, lo que sea de mayor conveniencia a la niña, niño y adolescente en concreto.

¹⁶ López, *op. cit.*, p. 53.

Un aspecto de difícil solución, pero que debe ser tratado como elemento indispensable en el ISN, está planteado en la Convención como la regulación entre niñez y familia, reconociendo por un lado, el derecho de los padres a la crianza y a la educación, y al mismo tiempo el derecho de la niñez a ejercer sus derechos por sí mismos de forma progresiva y de acuerdo a la evolución de sus facultades, como puede percibirse en el derecho a la participación. Es necesario interpretar esto como la obligación del Estado de apoyar a los padres en este proceso, dirigiendo a ambos a la construcción de una autonomía en el ejercicio de sus derechos, en virtud de que los roles parentales no son derechos absolutos, y deben tener la vigilancia del Estado considerando que lo público también es privado, y que finalmente los derechos deben estar guiados por el interés superior de la niñez y adolescencia.

En este tenor, López Contreras¹⁷ considera que debe permearse al interior de todos aquellos ámbitos en donde se tomen decisiones que incumban a la salvaguarda de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia, que desde su visión permita que la perspectiva adulta pueda ser modificada bajo el eje rector del ISN.

CONCEPTOS SOBRE EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN LA SALUD

De acuerdo con la Observación General núm. 14,¹⁸ el ISN también radica en que los Estados deben crear un entorno que respete la dignidad humana y asegure el desarrollo holístico de niñas, niños y adolescentes al garantizar el pleno respeto de su derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo. En este grupo de derechos intrínseco se encuentra el de la salud, entendido como el derecho del niño, niña o adolescente “a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible

¹⁷ *Ibidem*, p. 56.

¹⁸ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 11.

de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud”.¹⁹

En general, el ISN en la salud de las personas que tienen entre 0 y 17 años de edad se sugiere (Observación General 15) que pueda guiarse a partir de las siguientes premisas:

En síntesis, las 10 premisas anteriores buscan establecer que el ISN en materia de salud tiene el alto mandato de que cada niña, niño y adolescente acceda a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Con el logro del derecho de la salud, será posible contribuir a un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.

MARCO JURÍDICO SOBRE EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

El término del ISN se encuentra establecido en el artículo 3 de la Convención Sobre los Derechos del Niño (1989), y se entiende como la potenciación de los derechos a la integridad física y psíquica de este grupo poblacional en donde deben garantizarse los derechos dirigidos a la evolución y desarrollo de su personalidad en un ambiente sano y agradable, que apremie como fin primordial su bienestar general; lo cual implica que deba prevalecer sobre cualquier situación o circunstancia paralela lo que sea de mayor conveniencia a la niña, niño y adolescente en concreto.

Su reconocimiento universal parte desde la Declaración de Ginebra sobre los Derechos de los niños, aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924, hasta la Convención sobre los Derechos de los niños adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, la cual se caracteriza por ser el Tratado Internacional que más Estados han ratificado, lo cual denota el reconocimiento y aceptación que tiene a nivel mundial.

¹⁹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 15*, p. 279.

En nuestro país, pese a que el Estado había firmado diversos tratados que lo comprometían a crear un marco legal que reconociera específicamente el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser sujetos de derecho, como lo fue la ratificación del Senado de la República el 21 de septiembre de 1990 sobre la mencionada Convención, en donde se adquirió el compromiso de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier índole para dar efectividad a dichos derechos, éste no había logrado concretarse en un instrumento normativo que garantizara de forma fehaciente sus derechos.

Puede destacarse en este proceso también la reforma del 2011 a los artículos 4o. y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el DOF el 12 de octubre de 2011, en la cual se incorpora el ISN y cómo ésta deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la infancia.

En un segundo momento, se le atribuyó al Congreso la facultad de expedir leyes que permitieran la concurrencia de la Federación, los estados, el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) y los municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias en dicha materia, a velar en todo momento por dicho interés.

Después de un largo camino andado por parte de distintos organismos internacionales como UNICEF y diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales, el 4 de diciembre de 2014 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto que expide la LGDNN, con lo cual deben reformarse también diversas leyes en los tres órdenes de gobierno, en los tres poderes de la unión, así como en los organismos públicos autónomos, además de algunos aspectos previstos en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

La LGDNN reconoce a estas personas como titulares plenos de un conjunto de derechos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, de acuerdo a los términos expresados en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política.

CUADRO I
DIEZ PREMISAS PARA ORIENTAR
EL ISN EN EL DERECHO A LA SALUD

-
1. Asegurar la salud significa asegurar el disfrute de todos los demás derechos.
 2. Predecir escenarios que mitiguen las disparidades sociales en toda decisión que se tome en el ámbito de la salud.
 3. Asegurar que la salud de niñas, niños y adolescentes no sea obstaculizada por la discriminación de toda índole.
 4. Privilegiar a niñas, niños y adolescentes con derechos vulnerados en lo individual y colectivo, así como los que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas.
 5. Favorecer mecanismos para que niñas, niños y adolescentes expresen sus opiniones, se tengan debidamente en cuenta, en función de su edad y madurez en temas relativos a la salud, entre ellos: los servicios que se necesitan, el lugar más indicado para su prestación, los obstáculos al acceso a los servicios, la calidad de los servicios y las actitudes de los profesionales de la salud, entre otros.
 6. Fundamentar con el ISN criterios que contribuyan a las decisiones para la asignación de recursos.
 7. Construir políticas orientadas a proteger los entornos físicos y sociales en los que la niñez y adolescencia viven, crecen y se desarrollan; así como aquellas que favorezcan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.
 8. Establecer procedimientos y criterios para orientar a los trabajadores de la salud en la determinación del ISN en ese ámbito.
 9. Contar con la información desagregada en edad, sexo, estado de discapacidad relativo, condición socioeconómica, aspectos socioculturales y ubicación geográfica en materia de salud.
 10. Fundamentar a través del ISN todas las decisiones que se adopten con respecto a tratamientos.
-

Elaboración propia con base en la Observación General 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Además, se establece la obligación de fomentar una cultura de respeto, promoción y protección integral y especial, misma que deberá formar parte fundamental de los proyectos, programas y acciones de los órganos jurisdiccionales, las autoridades administrativas así como los órganos legislativos; específicamente también señala que el ISN tendrá consideración primordial en las cuestiones en donde se encuentre involucrado algún conflicto en la garantía de sus derechos.

Por ello, al presentarse distintas interpretaciones en términos legales, se elegirá la que satisfaga de mejor forma la salvaguardia de niñas, niños y adolescentes, evaluando y ponderando las posibles repercusiones en aquellas decisiones que les afecten en lo individual o en lo colectivo en donde debe recalcarse que el ISN, como ha sido descrito, es un concepto tridimensional, en virtud de que 1) es un derecho sustantivo, 2) es un principio interpretativo fundamental y 3) cuenta con una norma de procedimiento, lo cual implica que deba realizarse una evaluación y determinación de dicho principio en los términos de procesos administrativos, presupuestales, en el diseño de políticas públicas y en aquellas situaciones en las que se involucren a niñas, niños y adolescentes.

No obstante, aún hay camino por avanzar. El Comité de los Derechos del Niño, en sus informes Cuarto y Quinto²⁰ destaca el reconocimiento constitucional al derecho de niñas y niños de que su interés superior sea tenido en cuenta como consideración primordial, pero también insta a nuestro Estado a aplicar este derecho en la práctica de manera consistente a través de:

- Procedimientos y decisiones de carácter legislativo, administrativo y judicial.
- Todas aquellas políticas, programas y proyectos que afecten directa e indirectamente a niñas, niños y adolescentes.
- Elaborar criterios que orienten a todas las autoridades competentes a determinar el ISN en todas las esferas.
- Otorgar su debida importancia como consideración primordial.

Un aspecto relevante de la LGDNNA es que, en virtud de que sustenta su argumentación en el principio del ISN, convierte a esta norma en un instrumento que orienta positivamente las distintas acciones que el Estado deberá de realizar en cada uno de los derechos que establece.

²⁰ Comité de los Derechos..., *Observaciones finales...*, pp. 5-6.

En cuanto a lo que dicha ley establece en términos del tema que nos compete, presenta en el título segundo, artículo 13, fracción IX que el derecho a la salud y a la seguridad social, forma parte del grupo de veinte derechos específicos para este grupo poblacional.

En los artículos 50, 51 y 52, se ubica lo concerniente al derecho a la protección de la salud y seguridad social; en donde se establece que, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible y a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad. Adicionalmente, versa sobre la educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, sobre la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la atención médica en un marco de respeto y afectividad en el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como la garantía en el acceso a métodos anticonceptivos; en esta temática es importante resaltar la prohibición de esterilización forzada.

La Ley destaca de manera clara que los sistemas de salud deberán cumplir con el derecho a la salud a través de acciones afirmativas atendiendo al derecho de prioridad, la igualdad sustantiva, la no discriminación y el ISN.²¹

En relación con el tema de nutrición, cabe mencionar, que la LGDNNA lo retoma considerando el grave problema de salud pública que aqueja a la población mexicana, específicamente al sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes; se señala que se trabajará en ello mediante la promoción de una alimentación equilibrada, consumo de agua potable, ejercicio físico y programas de prevención.

Los artículos 53 al 56 versan sobre el derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en donde consideran algunas de las temáticas más importantes en materia de derechos de este grupo de la población, pues se mandata el establecimiento de mecanismos para recopilar información y estadísticas sobre niñas, niños y adolescentes con discapacidad para hacer una adecuada formulación de las políticas públicas.

²¹ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 4 de diciembre de 2014, p. 37.

En cuanto al tema de asistencia social, que en muchos de los casos está vinculado en la misma ley, a la salud, se encuentra plasmado en los artículos 107, 108, 109, 110 y 111. Fundamentalmente se estipula que los Centros de Asistencia Social están regulados en el título cuarto “De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes”. Además indica que las instalaciones de los Centros de Asistencia Social observarán los requisitos que señale la Ley General de Salud, y éstos deberán cumplir con una serie de requisitos entre los que destacan el que deban ser administradas por una institución pública o privada, o por una asociación que brinde el servicio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar.

DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

Elementos generales y específicos

De acuerdo con la Observación 14, el ISN debe determinarse en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social, y tras haberse escuchado su opinión y haberla tomado debidamente en cuenta. Con base en esta conceptualización sobre cómo determinar el ISN, fue construido el cuadro 2 que muestra una selección de criterios para determinar el ISN en general y en la salud en particular, los cuales surgen de las observaciones generales núm. 4, núm. 5, núm. 12, núm. 14 y núm. 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Los elementos siguientes serán sustanciales para que el Estado, las instituciones públicas y privadas, así como la sociedad, puedan garantizar el desarrollo integral de la niñez y adolescencia percibidas como personas humanas, donde ellas y ellos puedan crear relaciones basadas en la dignidad humana, donde su autonomía y voluntad no sea restringida o coaccionada en aras de lograr un mejor entorno familiar, en su salud, en su educación, en su relación con la sociedad y con una mejora sustantiva en su desarrollo integral.

CUADRO 2
CRITERIOS PARA DETERMINAR EL ISN EN LA SALUD

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
General	Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Las decisiones tienen en cuenta el punto de vista de niñas, niños y adolescentes. Concede a su opinión la importancia que merece de acuerdo con su edad y madurez. De esta forma se respeta que niñas, niños y adolescentes participen en la determinación de su interés superior.
General	Identidad y contexto	La diversidad es parte de la niñez y adolescencia y debe considerarse en la evaluación a través de: sexo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión y las creencias, la identidad cultura y la personalidad. Preservar los valores y las tradiciones religiosas y culturales son parte de la identidad de niñas, niños y adolescentes, excepto aquellas prácticas que sean incompatibles o estén reñidas con los derechos contenidos en la LGDNNA.
General	Entorno familiar y social	Su objetivo es privilegiar, en la medida de lo posible, un ambiente familiar y social acorde con su etapa de vida y con sus necesidades y conveniencias, para asegurar el pleno desarrollo de su personalidad. En donde pueda tener acceso a salud, educación, adecuada alimentación, a que sea respetado en su dignidad humana, y pueda desarrollarse en un ambiente alegre, con espacios para juego y recreación, considerando los valores humanos y con una formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, ética, espiritual, y afectiva.

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
General	Predictibilidad	Creación de los mejores escenarios posibles para niñas, niños y adolescentes; considerando cada caso en concreto, lo cual será esencial en su desarrollo a lo largo de su vida, considerando desde su contexto, lo que objetivamente convenga más para el desarrollo de la niñez y adolescencia en todos los sentidos. Con visión a largo plazo que construya un proyecto de vida alentador, lo cual posibilite que las decisiones que tome sean las adecuadas en el presente y en el futuro para su desarrollo integral.
General	Situación de vulnerabilidad	Un aspecto de suma importancia es privilegiar las situaciones de vulnerabilidad, como tener alguna discapacidad, pertenecer a un grupo minoritario, ser refugiado o solicitante de asilo, ser víctima de malos tratos, vivir en la calle, etcétera. Considerando siempre que hay diferentes tipos y grados de vulnerabilidad.
General	Derecho a la salud	Privilegiar el acceso a la salud individual y colectiva de niñas, niños y adolescentes es clave para tomar las decisiones pertinentes.
General	Derecho a la educación	Privilegiar el acceso a la educación: estar matriculado, asistir a un espacio educativo, participar de las actividades, calidad en la educación, instalaciones, profesorado, etcétera.
Salud	Disponibilidad	Funcionamiento en cantidad suficiente de instalaciones, bienes, servicios, personal, equipos, medicamentos y programas de salud infantil. Se considera como suficiencia cuando las necesidades han sido cubiertas, en especial a las poblaciones insuficientemente dotadas de servicios y las de acceso difícil.

340 • LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
Salud	Accesibilidad	<p>Se reconocen cuatro aspectos clave para reconocer accesibilidad:</p> <p>Al alcance de niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas y madres.</p> <p>Físicamente accesibles a radios considerables de donde se encuentran niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas y madres.</p> <p>Financiación de la salud para todas y todos. La falta de pago de servicios, medicamentos, tratamientos no debe ser sinónimo de denegación.</p> <p>Proporcionar a niñas, niños y adolescentes información adecuada y esencial para su salud y desarrollo a fin de que puedan elegir comportamientos de salud que les beneficie, así como sobre promoción de la salud, su estado de salud y opciones de tratamiento. Todo en un formato que sea accesible y comprensible.</p>
Salud	Aceptabilidad	<p>Obligación de que todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud se diseñen y usen de una forma que tenga plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de niñas, niños y adolescentes. Debe prestarse especial atención a determinados grupos.</p>
Salud	Calidad	<p>Las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y de calidad. Significa, entre otros aspectos, que se cuente con evaluaciones disponibles, personal sanitario capacitado en derechos y salud infantil, así como en participación y determinación del ISN, equipos aprobados y adecuados para niñas, niños y adolescentes</p>

Elaboración propia con base en las Observaciones Generales núm. 4, núm. 5, núm. 12, núm. 14 y núm. 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Como puede apreciarse en el cuadro 2, se proponen dos ámbitos clave: por un lado, el general que contiene 7 elementos que deben considerarse como criterios generales para determinar el ISN y 4 elementos específicos para el ámbito de salud. Las 10 premisas o principios son aquellas que orientarán los elementos prácticos arriba expuestos. En este sentido, para determinar el ISN se puede sintetizar en el cuadro 3, el cual puede funcionar como guía que oriente la mejor evaluación para determinar el ISN:

CUADRO 3
GUÍA PARA ORIENTAR LA DETERMINACIÓN
DEL ISN EN EL DERECHO A LA SALUD

<i>Elementos generales ISN</i>		<i>Elementos específicos ISN salud</i>	
Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Identidad y contexto	Disponibilidad	Accesibilidad
Entorno familiar y social	Predictibilidad		
Situación de vulnerabilidad	Derechos a la salud y a la educación	Aceptabilidad	Calidad
Premisas para orientar el ISN en el derecho a la salud			

Elaboración propia.

Para la determinación debe considerarse que cada uno de los elementos generales anteriores son integrales entre sí en función de que todos tienen relación con el ISN, por lo que no hay uno que sea más importante que otro y que varían de un caso a otro, si es individual o colectivo. No obstante, al determinar un tema exclusivo para la salud, los cuatro elementos específicos deben considerarse junto con los generales como complemento que ayuda a esclarecer casos cuando del derecho a la salud se trata.

CASO DE ORIENTACIÓN PARA DETERMINAR EL ISN

Génova Nuevo Progreso, municipio de San José Tenango, se encuentra ubicada en la Sierra Mazateca en Oaxaca, en un cerro al que para llegar se requiere subir durante una o hasta dos horas caminando pues no hay caminos o carreteras trazadas. Esta localidad está catalogada con un grado muy alto de marginación y de rezago social. Al llegar a Génova, se ven cerca de 30 viviendas en las que viven 149 personas de todas las edades, también se aprecian unas canchas con una escuela primaria, una iglesia, una sola tienda que es la que cuenta con el único refrigerador de la localidad y un centro de salud abandonado.

Cleotilde tiene 15 años y vive en Génova. Desde que era niña acompaña a su mamá a diario por leña para el fogón, la cual trae de regreso cargada en su espalda. Hace un año, durante la madrugada, mientras regresaba a su casa con la leña, Cleotilde tropezó y se descalabró. Llegó a su casa y junto con su madre tuvieron que bajar a Sitio Iglesia, la comunidad más cercana que cuenta con un centro de salud y un enfermero para ser atendida. Casi dos horas después, en Sitio Iglesia fue canalizada para revisión y posibles estudios por un médico en la cabecera municipal de San José Tenango, que está a 45 minutos en camioneta. El médico determinó que eran necesarios estudios neurológicos urgentes que no podían hacerse sino hasta Tehuacán, Puebla, a más de cuatro horas en autobús.

La historia de Cleotilde se repite constantemente si se considera que en 31,753 localidades de menos de 5 mil habitantes no hay clínica ni consultorio médico, así como ha sido estimado que en 10,327 localidades a las personas les toma más de una hora llegar a la cabecera municipal.

Para contribuir con esta historia, la tabla 2 muestra los tiempos de traslado a hospitales: a menor cantidad de habitantes se amplía el tiempo de traslado, debido a diversas variables como marginación de las comunidades, tipo de emergencia, disponibilidad del transporte, disponibilidad y accesibilidad del servicio por institución, entre otras.

TABLA 2
 TIEMPOS DE TRASLADO A HOSPITAL
 DE ACUERDO CON INSTITUCIÓN, 2010 (MINUTOS).

	No afiliado	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Otro	Seguro Popular	Promedio
Tiempo de traslado a hospital para atender las más recientes emergencias	55.5	35.7	37.3	35	32.6	58.8	42.5
Tiempo estimado de llegar al hospital en caso de emergencia	46.8	38.2	33.1	31.9	27.4	57.9	39.2
Tiempo promedio de traslado al hospital de acuerdo a tamaño de localidad							
Menor a 2,500 habitantes	91	50.5	52.8	49.4	63.3	82.4	64.9
De 2,500 a 14,999 habitantes	61.2	53.9	48	49.8	32.7	50.2	49.3
De 15,000 a 99,000 habitantes	34.6	38.2	27.6	52.9	44.6	36.4	39.1
De 100,000 y más habitantes	41.6	30.8	34.7	26.3	25.9	38.7	33.0

Fuente: UNICEF. Análisis de la situación del cumplimiento de los derechos de la niñez en México.

Para las localidades del tipo donde Cleotilde vive, 64 minutos es el promedio de traslado hacia un hospital, el cual se incrementa si la afiliación es en el Seguro Popular y se potencia hasta hora y media si no se cuenta con afiliación. Estos datos significan que la disponibilidad de los servicios varía de acuerdo a la institución, pero que si no se es afiliado es más complejo buscar un espacio de salud disponible. En comunidades de menos de 2,500 habitantes el tiempo es muy valioso en casos cuando el derecho a vivir se pone en juego.

Partiendo de que el ISN debe formar parte del diseño de políticas públicas, ¿cómo determinar los elementos del ISN para generar información que contribuya a la toma de decisiones de una medida o en la construcción de una política pública? El cuadro 4 explora los elementos antes mencionados a partir de preguntas que derivan en resultados que ayuden a determinar el ISN, los cuales pueden orientar a la construcción de instrumentos que contribuyan a determinar el ISN en este ámbito.

Los resultados expuestos surgen de datos recabados de la localidad²² y de un ejercicio participativo hipotético realizado tanto con personas adultas como con niñas, niños y adolescentes para descubrir en colectivo las necesidades y visión que tienen de la comunidad sus habitantes.

La información, como se muestra, fue organizada de acuerdo a las preguntas orientadoras: a) de manera breve, b) se refiere siempre a niñas, niños y adolescentes, c) destaca factores de riesgo y de protección, d) destaca la opinión y expresión de niñas, niños y adolescentes, y e) trata de predecir escenarios. Al final del cuadro se hace un resumen que destaca los principales puntos para determinar el ISN en virtud del caso de que se trate.

²² Secretaría de Desarrollo Social, “Catálogo de localidades”, en *Unidad de microrregiones*, 2016.

CUADRO 4
 FICHA INTEGRADORA DE ELEMENTOS DE ISN

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Preguntas orientadoras</i>	<i>Resultados</i>
General	Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Derivado de procesos con- sultivos con niñas, niños y adolescentes, ¿cuáles son las propuestas, ideas y deseos que expresan?	Niñas, niños y adolescentes expresaron que los visiten doctores “que vayan y vengan” o que hayan doctores en Río Sapo, la comunidad más cercana. Proponen que haya jóvenes mazatecos que estudien como doctor y vivan en Génova para dar atención, “pues nadie querrá irse a vivir allá”. Les gustaría caminos en sus cerros para conocer San José y llegar pronto al “doctor”. Les preocupan las “mamá embarazadas” que se enferman y que la partera no puede atender, así como ser atendidos cuando existen accidentes.
General	Identidad y contexto	¿Cuáles son las características de niñas, niños y adolescentes que viven ahí?	Son del grupo mazateco, de religión católica. Hay niñas y niños en edad escolar principalmente y recién nacidos.
General	Entorno familiar y social	¿Existe un entorno protector, ¿cuentan con una unidad familiar?, ¿Hay una estructura social que se preocupe por ellos y ellas? ¿Nuestras acciones separarían a niñas, niños y adolescentes de estos entornos?	No hay casos de migración por el momento en la localidad, por lo que las unidades familiares están aseguradas de no ser separadas. Existe un problema de la comunidad por las adscripciones a partidos políticos de los habitantes. Ello ha contribuido a que la comunidad se divida en dos, por lo que no participan en las actividades.

<i>Continuación</i>	<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Preguntas orientadoras</i>	<i>Resultados</i>
General	Predictibilidad	¿Cuál sería el escenario a mediano y largo plazo de niñez y adolescencia con una decisión u otra?	Si se reactiva el centro de salud el escenario es que el médico vuelva a irse, por lo que este sector pierde la oportunidad de atención inmediata. Si se dejan las cosas como están, habrá niñas, niños y adolescentes que tengan accidentes o se enfermen de gravedad que serán atendidos hasta casi dos horas posteriores. Construir caminos podría acercar grupos violentos, pero también acceso a rutas comerciales, bienes y servicios, como los de salud.	
General	Situación de vulnerabilidad	¿Hay grupos de niñez y adolescencia vulnerables?	Son grupos indígenas mazatecas, en pobreza extrema, cuyas comunidades tienen altos grados de marginación y rezago social.	
General	Derecho a la salud	¿Se garantiza la salud de este grupo de población con la decisión o diseño?	En este caso, se debe privilegiar la salud de niñas, niños y adolescentes en la comunidad como elemento clave para las decisiones.	
General	Derecho a la educación	¿Se garantiza la educación con esta decisión o diseño?	Niñas y niños tienen una escuela con un profesor rural en Génova. Los más grandes bajan a Río Sapo o Sitio Iglesia a la Telesecundaria. La educación podría verse mermada si los más grandes que bajan a la escuela se accidentan. En cualquier caso, el diseño no afectaría este derecho.	
Salud	Disponibilidad	¿Las necesidades en materia de salud han sido cubiertas? ¿Son suficientes?	No existe suficiencia para la comunidad, ni dentro de ella ni fuera de la misma. Contribuye a incrementar la falta de disponibilidad de servicios de salud, debido a la lejanía entre las poblaciones.	

<i>Continuación</i>	<i>Elemento</i>	<i>Preguntas orientadoras</i>	<i>Resultados</i>
Salud	Accesibilidad	¿Están a su alcance los servicios? Para todas y todos, cerca, con cobertura garantizada e información.	No hay accesibilidad en los servicios de salud pues no están a un radio cercano, ni tampoco hay información disponible, ni accesibilidad en medicamentos y tratamientos.
Salud	Aceptabilidad	¿Las instalaciones, bienes y servicios contemplan las necesidades, expectativas, cultura e idioma de niñas, niños y adolescentes?	Debido a que el centro de salud ya no opera y los demás están alejados, no se asegura que contemple las necesidades y expectativas. No obstante, los otros centros de salud hablan en mazateco y recurren a medicina tradicional de la zona también.
Salud	Calidad	¿Las instalaciones, bienes y servicios son adecuados desde el punto de vista científico y médico y de calidad?	No. El centro de salud no opera por lo que no tiene nada adecuado que asegure calidad. En las comunidades cercanas son adecuadas porque fueron habilitadas hace dos años.
<p>Determinación del ISN: El ISN es su derecho a la protección de la salud en términos de contar con la disponibilidad y accesibilidad suficiente en las instalaciones, bienes y servicios. Es prioritario debido a que niñas, niños y adolescentes pertenecen a un grupo vulnerable que vive en pobreza. Asimismo, es una necesidad expresada en los procesos consultivos contar con un servicio de salud accesible, para lo cual se propone formar a jóvenes mazatecos o un sistema médico ambulante que acerque a las familias a un medio de salud cercano. También es prioridad de los niños, niñas y adolescentes consultados que se construyan caminos para acercarse a medios y servicios.</p> <p>Destinar recursos para construir caminos para acceder rápidamente a médicos en caso de emergencia, capacitar a jóvenes en primeros auxilios y habilitar un centro de salud con enfermeros contribuiría a que sí se asegure la salud y, en consecuencia, niñas, niños y adolescentes disfrutarían de todos los demás derechos, cerrando las brechas para que este sector en Génova cuente con un estado de completo bienestar físico, mental y social.</p>			

Elaboración propia con base en datos de Sedesol *Microregiones*.

Como puede apreciarse, la guía propuesta pretende orientar con elementos, desde el punto de vista de niñas, niños y adolescentes, hasta su más alto interés, el ejercicio de sus derechos, en este caso al de la protección a su salud. La guía puede funcionar como una manera para recoger información directa y aplicarla en cualquier medida sobre el derecho a la protección de la salud de niñas, niños y adolescentes, tales como legislaciones y/o políticas públicas en cualquier fase del ciclo, para tomar decisiones sobre dichas medidas en un proceso de evaluación intermedia y para atender casos individuales.

Al lector se propone aplicar esta guía orientadora para casos individuales o colectivos donde el derecho a la vida, la supervivencia y al desarrollo se pongan en juego. En México, actualmente hay tres ejemplos preocupantes²³ en esta materia, que valdría la pena analizar desde el enfoque del ISN:

1. Existe 13.6 por ciento de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica, siendo casi el doble en áreas rurales que en áreas urbanas.
2. La prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta a 34.4 por ciento de niñas y niños de 5 a 11 años de edad.
3. Los nacimientos de hijos de madres de 9 a 17 años fueron 190 mil en 2010.

Para su análisis, se pueden construir herramientas donde cada elemento debe contar con criterios propios para determinarlo de acuerdo a la normatividad vigente y al ámbito de competencia de las instituciones de salud. Por ello, es necesario invertir recursos para contar con información para evaluar y determinar el ISN: procesos consultivos con niñas, niños y adolescentes, contar con información desagregada, generar escenarios y reuniones para discutir la información con diversos actores.

²³ Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 25 *al 25, Objetivos nacionales de derechos de niñas, niños y adolescentes*, 2016, p. 4.

CONCLUSIONES

De lo anterior se desprende que desde la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, se puede decir que México tuvo que recorrer un largo camino, el cual se ha dado pese a las disputas ideológicas, teóricas, políticas y culturales para concretar una herramienta jurídica, normativa, que proporcionara formalidad al trabajo avanzado por organismos nacionales e internacionales. La Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, puede considerarse como el punto de partida más completo en este ámbito, en virtud de la integralidad de derechos que considera.

Es un instrumento que recupera la perspectiva del ISN, en cada uno de los apartados, como lo es en el tema que nos compete, el Derecho a la Salud en México. Además de establecer la forma en que cada uno de los derechos deben garantizarse, considerando a todas aquellas instituciones que convergen en el trabajo cotidiano en favor de este grupo poblacional; así como la creación de sistemas estatales y municipales, la armonización de la ley, y la creación de procuradurías de protección, entre otras.

Se pone de manifiesto la relevancia de que las instituciones de salud cuenten con elementos prácticos que les permitan evaluar la determinación del ISN y que se ajusten a la normatividad internacional como a la mexicana. Se encuentran elementos generales que pueden orientar la construcción de herramientas de aplicabilidad: expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes, su identidad y contexto, el entorno familiar y social, la predictibilidad, la situación de vulnerabilidad y el cumplimiento de los derechos a la salud y a la educación. Asimismo, existen cuatro elementos que contribuyen en específico al derecho de la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Por lo tanto, aplicar el ISN en el derecho a la salud implica entenderla no como la carencia de enfermedades sino como la capacidad de crecer y desarrollar al máximo las posibilidades de niñas, niños y adolescentes para vivir en un contexto de bienestar físico, emocional y social. Lo que es posible, a través de la puesta en marcha de una política nacional como el “25 al 25: Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes a 2025”, que apuesta por la garantía de todos los dere-

chos de forma integral. Por lo tanto, reflexionar, planear, implementar y evaluar desde el ISN permitirá que cada vez más niñas, niños y adolescentes como Diego y Cleotilde cuenten con los servicios, atención, información, instalaciones, tratamientos, presupuesto, medicamentos y personal adecuados para el reto más grande de nuestra sociedad: poner en el centro a la niñez y adolescencia mexicana.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- Comité de los Derechos del Niño de la UNICEF, *Observación General núm. 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 2003.
- , *Observación General núm. 5. Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 2003.
- , *Observación General núm. 12 El derecho del niño a ser escuchado*, 2009.
- , *Observación General núm. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, 2013.
- , *Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, 2013.
- , *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, 2015.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México, *Documento de apoyo para la elaboración del diagnóstico del Programa Nacional de protección de derechos de la infancia y la adolescencia en México*, 2016, en prensa.
- y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México 2012, 2014*, México, 2016.
- Instituto Nacional de Salud Pública 2012, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados nacionales*, Morelos, México.
- Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, *25 al 25, Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, 2016.
- , *Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2016-2018*, 2016, en prensa.

Hemerográficas

- LÓPEZ CONTRERAS, Rony Eulalio, “Interés Superior de los niños y niñas: Definición y contenido”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 2015.
- PÉREZ, F. E., “Comentarios a la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, en *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 32 enero-junio de 2015, pp. 295-302.

Electrónicas

- “#LadyDoctora del IMSS niega atención a niño y la exhiben en redes”, en *Proceso*, 26 de junio de 2015, en línea, fecha de consulta: 14 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.proceso.com.mx/408780/ladydoctora-del-imss-niega-atencion-a-nino-y-la-exhiben-en-redes>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, *Coberturas de vacunación*, 2014, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/coberturas.html>, consultado el 17 de mayo de 2016
- CILLERO BRUÑOL, Miguel, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, en *Justicia y Derechos del Niño*, 1998, p. 125, en línea, fecha de consulta: 15 de octubre de 2016. Recuperado de: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/el_interes_superior.pdf y http://www.unicef.cl/archivos_documento/236/justicia%20y_derechos_9.pdf#page=125
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, en línea, fecha de consulta: 27 de abril de 2017. Recuperado de: <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OMS-CONST.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015a. *Encuesta Intercensal 2015*, base de datos, en línea, fecha de consulta: 13 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta nacional de la dinámica demográfica*, 2014, base de datos 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/default.aspx>
- , Sistema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>

Secretaría de Desarrollo Social, “Catálogo de localidades” en *Unidad de microrregiones*, en línea, fecha de consulta: 17 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.microrregiones.gob.mx/>

Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, 1994, en línea, fecha de consulta: 15 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

———, *Registros de Egresos Hospitalarios. Dirección General de Información en Salud*, 2014, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_index.html

———, *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero a diciembre de 2015*, 2016, en línea, fecha de consulta: 12 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2016/feb/Salud-20160203.pdf>

Leyes, códigos y reglamentos

Senado de la República, LXIII Legislatura, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en *Diario Oficial de la Federación*, 4 de diciembre de 2014.

