

Reporte sobre la discriminación en México 2012

Salud y alimentación

COORDINADO POR RICARDO RAPHAEL DE LA MADRID





CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN

Reporte sobre la discriminación en México 2012 Salud y alimentación



COORDINADO POR RICARDO RAPHAEL DE LA MADRID

Coordinación editorial: Carlos Sánchez Gutiérrez

Cuidado editorial: Armando Rodríguez Briseño y Carlos Martínez Gordillo

Diseño y formación: Paula Montenegro

Primera edición: octubre de 2012

© 2012. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Dante 14, col. Anzures,

del. Miguel Hidalgo,

11590, México, D. F.

www.conapred.org.mx

ISBN 978-607-7514-64-0 (Colección)

ISBN en trámite (Salud y alimentación)

ISBN en trámite (CIDE)

Se permite la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra, previa autorización por escrito de la institución.

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta.

Impreso en México. *Printed in Mexico.*

ÍNDICE

Presentación	11
Salud	15
Introducción	17
Breve historia y transiciones del sector salud	21
Comportamiento del presupuesto de los sistemas de salud	27
Transición demográfica y epidemiológica	30
<i>Transición demográfica</i>	30
<i>Transición epidemiológica</i>	34
Obesidad	38
Fragmentación: La realidad del sistema de salud	41
Fragmentación vertical	41
<i>Informalidad</i>	46
Fragmentación horizontal	47
Calidad y cobertura	52
Afectación a grupos discriminados	55
Mujeres	55
Niños, niñas y adolescentes	59
Jóvenes	62
Personas adultas mayores	65
Población indígena	67

Población de la diversidad sexual [LGBTTTI]	71
Personas migrantes	74
Personas con VIH/sida	76
Personas con discapacidad	77
Recomendaciones	81
Ámbito legislativo	81
Acciones en materia de política pública de salud	82
<i>Políticas de salud específicas para mujeres y grupos en situación de discriminación</i>	86
Acciones encaminadas a un cambio cultural a favor de la igualdad y no discriminación	92
Alimentación	95
Introducción	97
Marco normativo del derecho a la alimentación	103
Marco normativo internacional	103
Marco normativo nacional	113
Diagnóstico: Barreras de acceso al consumo alimentario	119
La desigualdad como primera barrera de entrada al mercado	119
Pobreza y alimentación	124
Desnutrición, anemia y obesidad	129
La infraestructura como segunda barrera de entrada al mercado	133
Marginación regional	134

Infraestructura y discriminación	136
La concentración de mercado como tercera barrera de acceso al consumo alimentario	142
Personas discriminadas en el consumo alimentario	147
Discriminación hacia las mujeres	147
Discriminación hacia las y los indígenas	148
Discriminación etaria	152
Recomendaciones	157
Acciones en el ámbito legislativo	158
Acciones de política pública	158
Acciones para un cambio cultural	162
Bibliografía	163
Salud	163
Alimentación	170
Agradecimientos	175

PRESENTACIÓN

EL DESAFÍO DE PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE LA DISCRIMINACIÓN PARA ATACAR SUS RAÍCES

LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA ES CLAVE para enfrentar de manera efectiva el fenómeno de la discriminación en México, porque permite profundizar en su estudio con conocimientos, dimensiones y abordajes interdisciplinarios, así como con más y mejores datos, debido a que amplía y actualiza la información periódicamente.

Éste ha sido y sigue siendo el gran desafío a lo largo de la última década, en la que gracias a las diversas perspectivas y niveles de investigación hemos ido aumentando nuestra comprensión de las múltiples caras que tiene la discriminación, sus distintas y complementarias formas de operar y sus complejas tramas en la vida cotidiana, especialmente la de personas y grupos en situación de vulnerabilidad.

En nuestra cultura persiste la desigualdad de trato, constituida sobre un pasado autoritario. En un primer momento se asumió que el problema de la discriminación radicaba precisamente en las desigualdades y el maltrato que afectaban en particular a las minorías, pues ambos agravios se producen en las relaciones políticas de dominio entre personas y grupos sociales, estableciendo relaciones desiguales, inequitativas y negadoras de derechos; en un entorno semejante no se reconocen los mismos derechos debido a prejuicios, estereotipos y estigmas que unas personas tienen de otras. Más tarde se reconocieron los derechos al trabajo, la salud, la educación, la seguridad, etc. No obstante, por entonces, ciertos grupos no podían ejercer de igual modo esos mismos derechos generales. Por ejemplo, no se reconocían las necesidades de las niñas y los niños con discapacidad, quienes carecían

de la infraestructura adecuada en las escuelas, maestros especializados que hablaran lenguaje de señas mexicano, entre otras barreras.

Actualmente, la igualdad de trato entre las personas sólo es posible sobre la base de un Estado democrático, social y de derecho, cuyo marco jurídico y políticas públicas ayuden a prevenir, combatir y erradicar las persistentes asimetrías e injusticias institucionalizadas. Hoy tenemos instituciones públicas que atienden a grupos vulnerables y sus problemáticas: la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali), el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), el Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve), el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Conadis), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), entre otras.

Sin embargo, la discriminación en México tiene múltiples y complejos orígenes y expresiones que es necesario conocer a fondo para enfrentarla más eficazmente. Si persiste la discriminación es porque está muy enraizada en las estructuras sociales, políticas, económicas, culturales, jurídicas, estéticas, etc., y esto exige conocer, visibilizar, mapear, graficar y relacionar esas estructuras, para dimensionar la magnitud de los problemas alrededor de la discriminación, desentrañar la trama de sus interrelaciones y así poder contar con herramientas idóneas para diseñar y definir políticas públicas incluyentes que atajen efectivamente las injusticias de la exclusión.

Este esfuerzo de investigación, estudio, análisis y producción de conocimiento en esta materia tiene valiosos antecedentes, como la Comisión Ciudadana de Estudios contra la Discriminación y la creación del Conapred. El primer diagnóstico sobre discriminación y las encuestas nacionales sobre el tema lograron tener algún nivel de impacto en las presentes y futuras agendas. De allí su importancia.

Insistimos. Enfrentar la discriminación implica la tarea estratégica de investigarla para profundizar en su conocimiento y proponer soluciones concretas al problema. En virtud de ello, el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) elaboró esta aproximación

diagnóstica que presentamos ahora, denominada *Reporte sobre la discriminación en México 2012*, cuyos hallazgos nos hablan de la aún desafiante realidad nacional en esta materia. Sin duda, un reporte que, como dice Ricardo Raphael, “logra romper silencios y construye campos de estudios, coordenadas de dónde valdría la pena profundizar y dónde medir y buscar indicadores”.

El reporte busca responder algunas preguntas sobre la discriminación, valiéndose del análisis de procesos que suelen afectar los derechos de ciertos grupos sociales. En tal sentido, el reporte explora la materia de que está hecho este candado social que coloca privilegios de un lado y exclusión del otro; asimismo, orienta sobre el alcance de la futura agenda por la igualdad de trato que el país y nuestra sociedad requieren.

Deseamos que los resultados de este reporte sean muy útiles para afianzar el combate frontal a la discriminación en México, así como para ampliarlo y fortalecerlo entre la ciudadanía. Que sus volúmenes, escritos por expertos y expertas, logren contribuir a un entendimiento más completo de aquellos procesos y problemáticas relacionados con la libertad de conciencia, la libertad religiosa, la libertad de expresión, el acceso a la información y provisión de datos personales, el proceso penal, el proceso civil; los derechos a la salud, al trabajo, a la alimentación y a la educación; el acceso al consumo, al crédito, a la movilidad y a los espacios públicos.

En todos los casos, el combate a la discriminación debe ser uno de los ejes principales de la política y la economía en nuestro país, abarcando, de manera integral, todas las dimensiones de los territorios del Estado, la sociedad civil y las empresas; todas las aristas de los ámbitos público y privado.

Ricardo Bucio Mújica

Presidente del Consejo Nacional
para Prevenir la Discriminación

SALUD

INTRODUCCIÓN

NO HAY GASTO QUE IGUALE EN DEPREDACIÓN ECONÓMICA al que se hace para curarse o para sanar a un familiar, ni catástrofe patrimonial más predecible que la provocada por la ausencia de un sistema público eficaz de seguridad social. Cuando las sociedades distribuyen de manera asimétrica e injusta el derecho a la salud, sólo algunas personas privilegiadas estarán a salvo de tal depredación. De ahí que los Estados democráticos se esfuercen por reconocer el derecho de todo ser humano al disfrute más elevado posible de su salud física y mental. Esta responsabilidad reúne como requisitos la cobertura y la calidad de los sistemas sanitarios que han de estar dispuestos para promover el desarrollo saludable de las niñas y los niños, y para reducir la tasa de mortalidad en la sociedad. El derecho a la salud incluye el enfoque preventivo, que debe imponerse en todos los ámbitos de la vida humana, especialmente en el hogar, la escuela, el espacio público, el centro de trabajo y el medio ambiente.

En este capítulo del *Reporte sobre la discriminación en México 2012* se reconoce que el Estado mexicano ha dado pasos importantísimos para extender los servicios de salud, sobre todo a partir de la creación del Seguro Popular. Sin embargo, también se advierte sobre la emblemática desarticulación entre los distintos componentes del sistema que atiende la salud y que es causa fundamental de la desigualdad. Es tesis de este capítulo que, en México, el cierre social excluyente y discriminatorio opera en dicho ámbito por la falta de una visión racional e integral de la política dispuesta para proteger a las poblaciones más vulnerables. Para reparar tal desarticulación, se requiere mayor coherencia y ésta sólo puede lograrse si se impone el objetivo de la igualdad de trato en el ejercicio de los derechos. Hoy en México, la salud es un bien que todavía se obtiene de manera desigual, pues varía

si la persona que lo requiere es mujer, joven, persona con discapacidad, transexual, adulto mayor o posee cualquiera de las características que suelen detonar la discriminación.

A la hora de revisar las mecánicas o procesos que reproducen desigualdad de trato en el campo de la salud fue necesario considerar las transiciones demográficas y epidemiológicas por las que está atravesando el país. Ambos hechos tienen derivaciones que no han sido suficientemente estudiadas para prevenir un futuro riesgoso e inequitativo. Por un lado, la transición demográfica anuncia un crecimiento de la población joven que, en la actualidad, por carecer en su mayoría de un empleo formal, se encuentra en circunstancias indeseables de vulnerabilidad. También se incorpora la preocupación que significará en las décadas por venir la desprotección de un número creciente de adultos mayores, quienes se verán en una circunstancia precaria si el sistema de salud pública no ofrece una amplia gama de protecciones, sobre todo en relación con los riesgos que implican los gastos catastróficos.

Por otro lado, debe atenderse la transición epidemiológica, ya que las enfermedades serán distintas a las del pasado y ello implica una adaptación acelerada de los servicios sanitarios. Cabe destacar de nuevo que la política de prevención se convertirá en un instrumento tanto o más importante que la política de atención. La transición epidemiológica está dejando atrás a las enfermedades transmisibles para colocar en su lugar a las enfermedades no transmisibles. Esto requerirá una mayor especialización, cabe insistir, en la prevención dirigida a grupos poblacionales específicos; lo mismo ocurrirá en el terreno de la atención y los tratamientos, que ciertamente pueden implicar mayores gastos. Solo un sistema de salud coherente y bien organizado –con capacidad de planear y adaptarse en el mediano y largo plazo– podrá asegurar un trato igualitario para las y los mexicanos.

Desde 1983, año en que se incluyó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la salud como prerrogativa para todas y todos los mexicanos, ha sido grande el esfuerzo del Estado para construir un sistema que disminuya al mínimo los riesgos sanitarios y económicos que se originan en la enfermedad. Sobre todo a partir de 2004, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud, el gasto gubernamental en este rubro comenzó a elevarse significativamente. Sin lugar a dudas, ésta ha sido la apuesta más impor-

tante del Estado mexicano en la lucha contra la desigualdad de trato en el presente siglo.

Sin embargo, como ya se advirtió, la fragmentación y la desarticulación del sistema –tanto nacional como local– muestran que aún hay una tarea grande por realizar. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, analizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), al menos 37 millones de mexicanas y mexicanos manifiestan aún no tener acceso a ninguno de los sistemas existentes de salud.

Para comprender mejor esta circunstancia y, sobre todo, para desarrollar una política pública coherente y eficaz, es indispensable analizar cuáles son los grupos de población más discriminados en materia de salud y cómo opera esta discriminación en la práctica. En el presente, crece el consenso entre especialistas y gestores de la política sanitaria sobre la necesidad de crear un sistema universal de salud pública, financiado con recursos fiscales, capaz de resolver las grandes deficiencias generadas por la mencionada fragmentación del sistema de salud y también por las características del mercado laboral mexicano. Es premisa principal de este texto la urgente desvinculación entre el ejercicio del derecho a la salud y la posesión de un puesto formal de trabajo. Esto tiene que ver con el crecimiento notable de la población trabajadora que se encuentra ocupada dentro del sector informal.

Este capítulo se basa en los argumentos que se presentaron en la ponencia “Salud y discriminación en México”, realizada *ex profeso* por el investigador Ciro Murayama Rendón para los propósitos del *Reporte sobre la discriminación en México 2012*. Asimismo, reúne los principales hallazgos en materia de salud de la *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010* (Conapred, 2010) y utiliza la propuesta del Centro de Estudios Espinosa Yglesias, *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, para mostrar que es posible contar con un paquete universal de derechos sociales que incluya un seguro general de salud. Se enriqueció el análisis con las entrevistas realizadas, entre otras personas, a Salomón Chertorivski, Secretario de Salud, y a Salvador Beltrán del Río Madrid, titular del Instituto Nacional de Migración. También se recogieron las opiniones de expertos durante las mesas de trabajo celebradas por el Conapred, específicamente para la elaboración de este reporte.

El contenido de este capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se ofrece una breve historia y algunas consideraciones sobre las transiciones demográfica y epidemiológica en el campo de la salud, así como sobre el gasto público en el sector. Posteriormente, se muestran las fragmentaciones vertical y horizontal del sistema, la situación de la informalidad y la calidad y cobertura de los servicios. En un tercer momento se describe cómo estos elementos afectan a las mujeres y a grupos discriminados. Finalmente, se plantean las conclusiones y recomendaciones en la materia.

Ricardo Raphael de la Madrid

BREVE HISTORIA Y TRANSICIONES DEL SECTOR SALUD

LOS DERECHOS SOCIALES SON HERRAMIENTAS NECESARIAS para dar contenido a la libertad y para asegurar las condiciones materiales que posibilitan su ejercicio, tanto en la esfera privada como en los procedimientos públicos de toma de decisiones. Garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud es una condición para el ejercicio de la autonomía individual y, por ende, para una vida digna. Este acceso debe erigirse sobre una base de igualdad sustantiva en la manera y el tipo de servicios de salud.

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), toda persona tiene derecho a la salud, y ésta debe ser entendida como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Además, en este ordenamiento se precisa que son los Estados y sus gobiernos partes los que se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y a adoptar las medidas necesarias para garantizarla a toda la población sin discriminación alguna, creando condiciones que le aseguren asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

A pesar de que la Constitución de 1917 fue pionera al consagrar un conjunto de derechos sociales, el acceso a los servicios de salud para todas las personas en México no quedó plasmado en la Carta Magna sino hasta 1983, y sería en 2004 cuando, a través de modificaciones a la Ley General de Salud, se fijaron las disposiciones para extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población. El rezago de más de 80 años indudablemente impactó en la realidad de varias generaciones y de millones de personas en México.

El andamiaje institucional de los servicios de salud se comenzó a construir en 1943 con la fundación del Instituto Mexicano del Se-

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolló, en la Observación General 14, una serie de elementos esenciales e interrelacionados que dan contenido al derecho a la salud:

- a) **Disponibilidad.** En cuanto a establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, sin discriminación alguna, en sus cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) *No discriminación:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) *Accesibilidad física:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al *alcance geográfico* de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, niñas y niños, adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
 - iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad):* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de toda la población. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán *basarse en* el principio de la equidad, a fin de *asegurar* que esos servicios, sean públicos o privados, y estén al alcance de todas y todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los ho-

gares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

- iv) *Acceso a la información*: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) **Aceptabilidad**. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) **Calidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

guro Social (IMSS) para los y las trabajadoras en general, sostenido por las cuotas obrero-patronales; luego, en 1959, se amplió el espectro de cobertura con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a fin de beneficiar a los y las funcionarias públicas. Ambos sistemas entregan el ejercicio del derecho a la salud a aquellas personas que por contar con un empleo formal o por ser familiar de una persona beneficiaria tienen acceso a la seguridad social.

En esos años, se crearon también instituciones que, como parte de sus prestaciones, incorporaron servicios de salud específicamente para sus trabajadores y familiares, tales como el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) –coordinado por la Secretaría de la Defensa Nacional y que incluye a la Marina– y los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex).

Con esta formulación que liga empleo formal y derecho a la salud, se crearon dos segmentos poblacionales diferenciados: “mexicanos de primera y mexicanos de segunda. Aquellas personas que tienen un trabajo formal y pueden acceder a los servicios de salud y familias enteras que no tienen garantizado el servicio por no estar relacionados laboralmente” (Chertorivski, 2012).

En la última década muchos han sido los esfuerzos para lograr el acceso de todas las personas al ejercicio de este derecho. En 2000, durante la administración de Vicente Fox, se diseñó e implementó el Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. Tenía como objetivos mejorar las condiciones de salud, abatir las desigualdades en la materia, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento, así como fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

En 2004, con el objetivo de fortalecer el sistema público de salud y para superar la brecha entre las personas derechohabientes de la seguridad social y aquellas que no lo son, se hizo un nuevo intento por lograr la cobertura universal del acceso a la salud a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Se creó con base en la reforma constitucional de 1983, que consagra el derecho de todas las personas, sin importar su condición social, a la cobertura de servicios de salud.

Como parte de este esfuerzo se implementó el Seguro Popular de Salud (SPS) que tiene el objetivo de “otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social” (Seguro Popular, 2012a). De acuerdo con el secretario de salud, Salomón Chertorivski, es a partir de este programa “cuando se va dando la igualdad práctica a cada uno de los mexicanos que necesitan una intervención médica”. Si bien con el SPS se amplió la afiliación a los servicios de salud –y tal hecho es de celebrarse– al mismo tiempo se sumó una pieza más al ya fragmentado sistema de salud mexicano.

De acuerdo con cifras oficiales, en el primer semestre de 2004 se afiliaron al SPS 799 902 familias, con lo que se logró 100 por ciento de cobertura en Colima, 65.2 por ciento en Tabasco, 46.2 por ciento en Sinaloa, 38.3 por ciento en Baja California Sur y 36.9 por ciento en Tamau-

lipas, en relación con las familias no derechohabientes (CESOP, 2005, p. 3). Para finales de 2004, 29 estados ya eran parte del acuerdo y, en los primeros dos meses de 2005, se unieron Durango, Chihuahua y Distrito Federal, con lo que se logró la implementación del plan a escala nacional (Tamez y Eibenschutz, 2008, p. 139).

Es importante mencionar que el Seguro Popular no cubre todas las enfermedades y no todos los tratamientos. Los datos oficiales refieren que las familias aseguradas –en abril de 2012 correspondían a 52.6 millones de personas– pueden acceder a 284 intervenciones de primer y segundo niveles de atención que se encuentran incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), a atención médica de más de 1 400 enfermedades, así como a los medicamentos correspondientes a los tratamientos prescritos (Seguro Popular, 2012b).

El SPS también ofrece un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en salud (FPGC), que paga por servicio un número limitado de intervenciones consideradas, en efecto, como catastróficas por los gastos que implica para las personas y familias. En 2004 este Fondo cubría intervenciones por casos de leucemia linfoblástica, cáncer cervicouterino, cuidados neonatales y tratamientos ambulatorios de VIH/sida. Para 2007 se agregaron intervenciones por cáncer de mama, tratamiento antirretroviral de VIH/sida, cataratas y los 10 principales tipos de cáncer en niñas y niños.

SEGURO POPULAR

El Seguro Popular es considerado uno de los mayores avances de la última década. Representa un paso fundamental para lograr la universalización de los servicios de salud en México. De acuerdo con sus datos, en 2011 ya estaban afiliadas 4 millones de personas que pueden acceder a 275 intervenciones de primer y segundo niveles de atención que se encuentran incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), a la atención médica de más de 1 400 enfermedades, así como a los medicamentos correspondientes a los tratamientos prescritos.

Como complemento al Seguro Popular se creó la estrategia de Embarazo Saludable, a fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud de las mujeres embarazadas mediante atención prenatal en el embarazo, atención de parto y puerperio fisiológico, la atención de cesárea y puerperio quirúrgico (Seguro Popular, 2012b). En 2006 se incorporó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) dentro del Sistema de Protección Social en Salud. Este seguro ofrece atención médica a niñas y niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad. Además, garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

Tabla 1. Principales modificaciones en materia de salud (1917-2006)

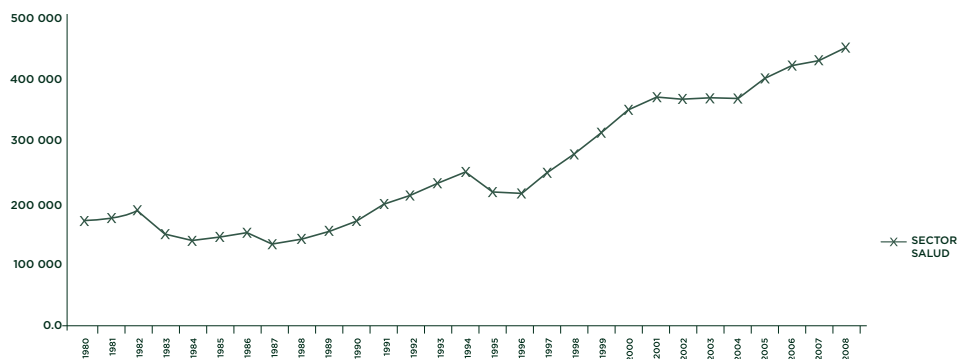
AÑO	MODIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
1917	Constitución mexicana de 1917	Consagró un conjunto de derechos sociales.
1943	Fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social	Representó el primer paso para la construcción del andamiaje institucional que pretende garantizar el acceso a los servicios de salud en el país.
1959	Fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Otorgó beneficios sociales a las y los trabajadores del gobierno federal.
1983	Reforma constitucional de 1983	El derecho a la salud fue elevado a rango constitucional: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.
2004	Modificaciones a la Ley General de Salud	Se fijaron las disposiciones para extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población del país. Se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que incluye al Seguro Popular.
2006	Seguro Médico para una Nueva Generación	Ofrece atención médica a niñas y niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad. Además, garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

FUENTE: Elaboración propia.

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El aumento en gasto en materia de salud ha sido una tendencia en los últimos años, tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

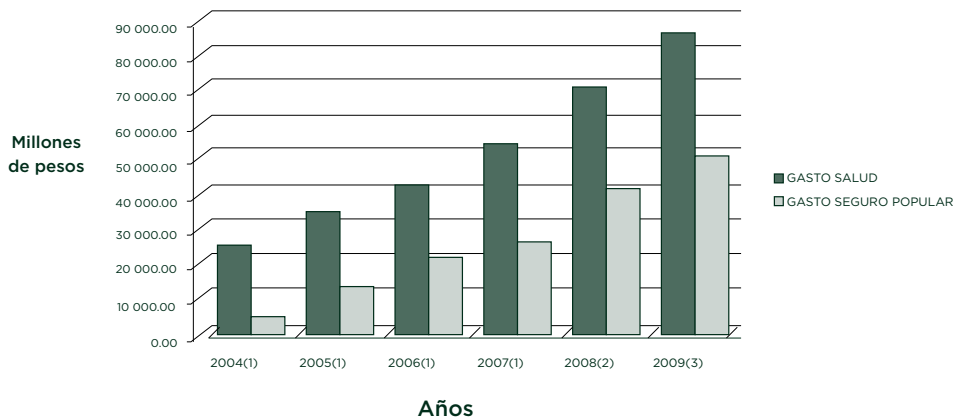
Gráfico 1. Tendencia del gasto en salud (1980-2008)
[Millones de pesos de 2008]



FUENTE: Elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, con cifras de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El aumento en el gasto de salud en la última década, se debe, en gran medida, al Seguro Popular, como se observa a continuación (Durán, 2009, p. 427).

Gráfico 2. Crecimiento del gasto en salud en pesos mexicanos constantes (2004-2009)



FUENTE: Cuentas Públicas de la Federación (2004-2007); Presupuesto de Egresos de la Federación, Gasto Programable (2008-2009). Pesos constantes (utilizando 3% de inflación con el año de base de 2004).

Sin embargo, este crecimiento está lejos de ser el que demanda la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a México en el lugar 144, en una lista de 189 países, en equidad en la contribución financiera a la salud (2010). Nuestro país canaliza sólo 5.9 por ciento del producto interno bruto (PIB) a la salud, mientras que Canadá destina 10.1 por ciento y Estados Unidos 15.7 por ciento. En América Latina, Costa Rica destina 8.1 por ciento de su PIB en salud, Brasil, 8.4 por ciento, y Uruguay, 8 por ciento. Mientras los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) gastan en promedio 2 894 dólares per cápita en salud, en México se gastan 823 dólares.

Por otra parte, la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006) señala que es persistente el alto nivel del llamado “gasto de bolsillo” en salud (recursos que las familias destinan de su peculio para enfrentar enfermedades), lo que genera que con frecuencia se incurra en gastos catastróficos o empobrecedores, los cuales, por ejemplo, en 2004 alcanzaron a 15.9 por ciento de los hogares mexicanos.

MAYOR INVERSIÓN

De acuerdo con el secretario de salud, Salomón Chertorivski, “aunque ha habido mayores recursos invertidos, la afiliación no es nada más meter nombres en una lista; la afiliación representa recursos que se han invertido por cada una de las personas que están en esa lista y en ese sentido podemos ver un incremento natural de cerca de 1 por ciento del PIB de 2010 a 2011, y cerca de 2 puntos porcentuales de inversión pública, debido a que ha disminuido la inversión privada, el gasto de bolsillo, el gasto catastrófico de las familias. Esa inversión ha repercutido en mayor número de unidades médicas, de camas (crece en alrededor de 10 por ciento), de quirófanos, consultorios, 46 000 enfermeras más, 25 000 médicos adicionales, nada más en 5 años. Eso representa por supuesto una mayor igualdad en posibilidades de acceso a los servicios, representa verdaderamente que el dinero siguió a las personas en posibilidades de acceso”.

Entrevista a Salomón Chertorivski, secretario de salud (2012)

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

El mejoramiento de las condiciones generales de vida (saneamiento básico, acceso a servicios de salud y educación, entre otros), así como las transformaciones demográficas (reducción de la fecundidad y mortalidad) que se han experimentado en México durante los años recientes, han contribuido a la configuración de un nuevo panorama de salud, cuyo reflejo más claro es el aumento en la esperanza de vida. En 2010 se estimó en 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres, en promedio 75.5 años; para el año 2050 se prevé que alcance un nivel promedio de 82 años, lo que obliga a revisar y diseñar las estrategias de salud acordes con esta nueva panorámica demográfica de la sociedad mexicana.

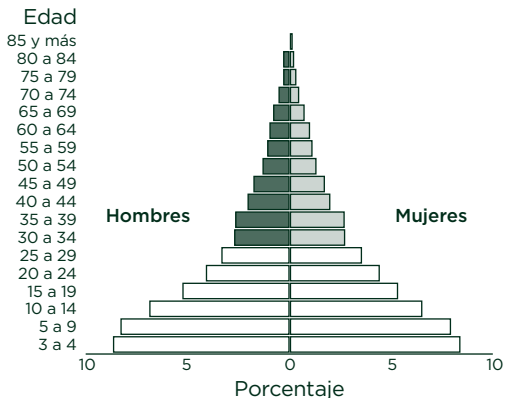
Por otra parte, reconocer los nuevos retos epidemiológicos asociados con los contextos de pobreza, e incluso con una mirada de género, implica prever una política de salud que impida el avance de la discriminación en este ámbito fundamental.

Transición demográfica

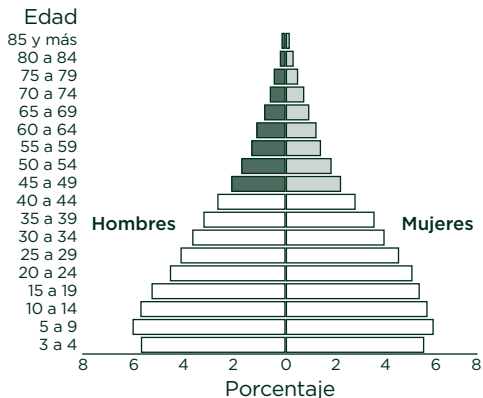
Al proceso de transformación en la estructura etaria (por edad) de la población contribuyen tanto la disminución de la natalidad o, más específicamente, la fecundidad, así como el incremento de la esperanza de vida, que es resultado de la reducción de la mortalidad. La evolución demográfica de la mortalidad y la fecundidad en una sociedad se produce como resultado del avance de la ciencia y la tecnología, así como de transformaciones institucionales que afectan conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. La caída de la fecundidad, sumada al aumento de la esperanza de vida, han producido un envejecimiento poblacional que cada vez será más amplio, en relación con el resto de la demografía.

Gráfico 3. Pirámides de población de México (1970-2030)¹

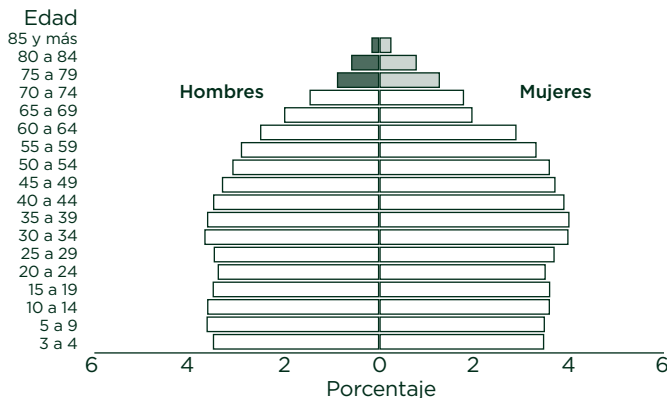
Distribución por edad, México, 1979



Distribución por edad, México, 2000



Distribución por edad, México, 2030



Con el paso del tiempo, la distribución por edad muestra el resultado del proceso de transición demográfica que, al llegar a su tercera fase –caracterizada por una combinación de baja fecundidad y baja mortalidad–, produce una reducción en la base de la pirámide poblacional. De esta manera, las niñas y niños menores de 14 años reducen su pre-

¹ Consejo Nacional de Población (Conapo).

sencia en el total de la población y la incrementan las personas adultas mayores. Dicho de otra forma, en 1970 había 48.2 millones de habitantes en México, de los cuales sólo 1.8 millones tenían 65 años o más, lo que representaba 4 por ciento de la población. En 2010, esta proporción aumentó a 6.3 por ciento y, para 2050, se estima que habrá más de 25.8 millones de personas de 65 años o más, lo que representará 21 por ciento de la población total (INEGI, 2011).

La dinámica del cambio demográfico se observa no sólo por el incremento en la participación porcentual de los grupos de edad avanzada sino a través de la modificación en las tasas de crecimiento medio anual de cada grupo etario. Lo más relevante es la significativa disminución de las tasas de crecimiento de los grupos más jóvenes que, incluso, llegan a ser negativas para los menores de 30 años en el periodo más reciente.

Es necesario considerar la dimensión demográfica de la sociedad mexicana para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. El esperado aumento de personas adultas mayores en la pirámide poblacional implica pensar en una reestructuración de la inversión y en la planeación de los programas sanitarios necesarios que soporten este crecimiento (Salgado de Synder, 2005, p. 295), y que prevengan y no reproduzcan la discriminación.

El envejecimiento de la población hará crecer de forma drástica la necesidad de atención médica especializada en las próximas décadas, en medio de una sociedad polarizada económicamente y con altos índices de pobreza, en donde además a las personas de 60 años y más no se les contrata o se les despide de sus trabajos por estigmas y discriminación.²

² En abril de 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se adoptó la Declaración Política de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. En la Declaración se instituyó un Plan de Acción Internacional para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI; en el Plan se promueve el desarrollo de una sociedad para todas las edades, y se compromete a los Estados Partes a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, aquella por motivos de edad. A partir del Plan, la actuación de los Estados debe ir en tres direcciones prioritarias: a) las personas de edad y el desarrollo; b) la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y c) el logro de entornos emancipadores y propicios.

Según la Enadis 2010, 37.3 por ciento de las personas mayores de 60 años describe como uno de sus problemas principales lo relacionado con las enfermedades, el acceso a servicios de salud y los medicamentos; consideran los problemas de salud y de discapacidad como los más importantes luego de los problemas laborales para su grupo etario.

Para observar el efecto de los cambios en la estructura por edad, puede subdividirse en la relación de dependencia infantil y la relación de dependencia de la vejez. Hasta ahora, las modificaciones en la relación de dependencia se han producido como resultado de las disminuciones en la proporción de la población infantil; sin embargo, a pesar de que esta reducción se mantenga, hasta llegar a 48.3 para el año 2030, se incrementará en la parte que corresponde a la población de 65 años o más, que representará 17.5 individuos en este grupo, por cada 100 entre 15 y 64 años de edad, según las proyecciones de población.

En otras palabras, el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva irá disminuyendo con el tiempo. Como se aprecia en la tabla siguiente, la curva de dependencia de las personas adultas mayores se incrementará sustancialmente a partir de 2020, mismo año en el que comenzará la disminución de la dependencia infantil.

Tabla 2. Tasas de dependencia en México (1950-2100)

TASA DE DEPENDENCIA	1950	1960	1980	2000	2005	2010	2015	2020	2040	2060	2080	2100
Tasa de dependencia infantil	120.2	134.3	136.3	84.5	76.5	70.6	63.2	58	42.4	37.1	38.5	41.6
Tasa de dependencia de las personas mayores	7.9	7.9	9.5	10.3	10.8	11.6	12.3	14.3	27.5	42.3	56.8	61.7
Tasa total de dependencia	128.1	94.8	145.8	94.8	87.3	82.1	75.5	72.3	70	79.4	95.3	102.7

FUENTE: World Population Prospects. The 2010 Revision. Volume II: *Demographic Profiles*. ONU.

El hecho de que en el pasado el mayor peso de la dependencia se concentrara en la población infantil, implicaba una demanda de recursos para los servicios requeridos por estos grupos de edad. Sin embargo, el cambio cualitativo en la relación de dependencia hacia personas adultas mayores, implicará una demanda creciente de atención en materia de salud y cuidados personales, con la mayor carga financiera que ello implica. Ciertamente es que el envejecimiento de la población no sólo plantea problemas en el ámbito de la salud, sino también en otros que resultan clave para la no discriminación, como el acceso a pensiones y jubilaciones y, en general, a la protección social en su sentido extenso.

Por otra parte, al iniciar el siglo XXI se ha alcanzado una fecundidad cercana al nivel de reemplazo generacional, es decir, con un promedio alrededor de dos hijos por pareja. Sin embargo, los datos muestran las grandes diferencias en el número de hijos dependiendo del sector socioeconómico al que se pertenece. Hay un mayor número de hijas o hijos en los sectores más desaventajados, lo que implica que se estén reproduciendo condiciones de marginación y pobreza. Esto obliga a hacer hincapié en la necesidad tanto de atender las condiciones de acceso a la salud por parte de las mujeres en edad reproductiva como de asegurar su permanencia en la escuela y su adecuada incorporación al mercado de trabajo.

Transición epidemiológica

Los cambios en la estructura social no sólo han sido de carácter demográfico. También el comportamiento de las enfermedades y los padecimientos se ha transformado. Por ejemplo, en el último medio siglo el país verificó un cambio sustantivo en la estructura de la mortalidad general: en 1960, casi un tercio de las defunciones se debían a enfermedades infectocontagiosas como diarrea, enteritis, neumonía e influenza. En la actualidad (de acuerdo con la clasificación de enfermedades utilizada en la estimación de la carga global de la enfermedad, GBD, por sus siglas en inglés), el mayor peso porcentual (75.4) de las muertes se debe a enfermedades no transmisibles (grupo II de la siguiente gráfica) (Murayama, 2012).

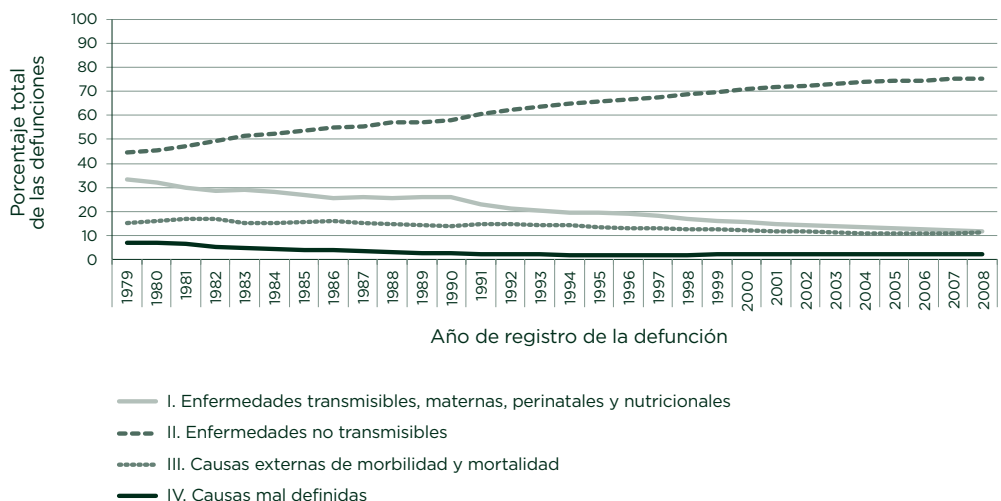
Tabla 3. Causas de muerte por grupo

GRUPO	ENFERMEDADES
Grupo I	Muertes por enfermedades transmisibles (diarrea y enteritis, neumonía e influenza), maternas, perinatales y de las deficiencias nutricionales.
Grupo II	Muertes por enfermedades no transmisibles (enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado)
Grupo III	Muertes por causas externas de morbilidad y mortalidad.

FUENTE: elaboración propia con información de Murayama, 2011.

En el siguiente gráfico, al observar la evolución de la mortalidad se puede notar cómo desde 1979 ha aumentado la proporción de las enfermedades no transmisibles –cuando constituían 44 por ciento del total de las muertes registradas en ese año– para llegar a ser la causa de 75.3 por ciento del total de las muertes registradas en 2008.

Gráfico 4. Principales causas de muerte en México (1979-2008)



FUENTE: Murayama, 2012.

En contraste, las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y de las deficiencias nutricionales han disminuido en dos terceras partes pasando de 33.5 por ciento en 1979 a 11.6 por ciento en 2008, para ubicarse en una posición similar a la de las causas externas de morbilidad y mortalidad, con proporciones de alrededor de 11.2 por ciento en 2008. Asimismo, las causas de mortalidad mal definidas o causas inespecíficas han disminuido de 6.9 por ciento en 1979 a 2.0 por ciento en 2008, para ubicarse en una posición similar a la de las causas externas de morbilidad y mortalidad, con proporciones de alrededor de 11.2 por ciento en 2008.

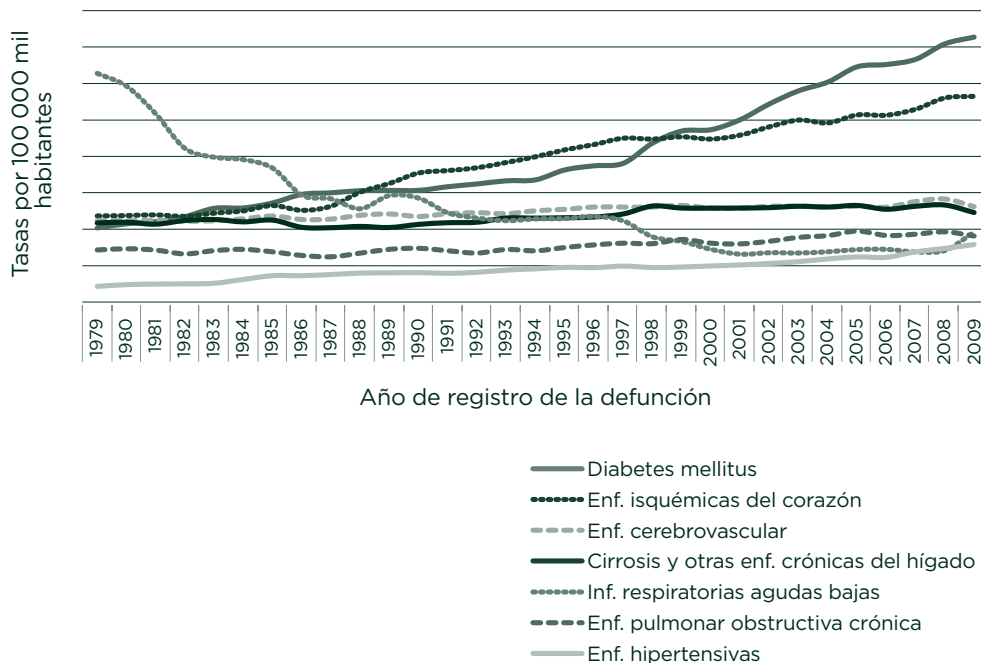
En 2009, la segunda causa de muerte en el país fueron las enfermedades isquémicas del corazón (56.5 por ciento), seguidas por la enfermedad cerebrovascular (26.2 por ciento), la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (24.6 por ciento), infecciones respiratorias agudas (19.2 por ciento), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18.2 por ciento), enfermedades hipertensivas (15.87 por ciento), homicidios (13.5%), nefritis y nefrosis (13.1 por ciento), accidentes de vehículo de motor (9.8 por ciento), asfixia y trauma al nacimiento (6.7 por ciento) y enfermedades infecciosas intestinales (3.0 por ciento).

Sin duda, que las políticas sanitarias han tenido fuerte influencia en las transformaciones epidemiológicas, lo cual es importante reconocer. Sin embargo, persisten varios e importantes focos rojos. Tal es el caso de la diabetes mellitus, primera causa de muerte desde finales de la primera década del siglo XXI.

CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO

En 1960 casi un tercio de las defunciones se debían a enfermedades infectocontagiosas, como diarrea y enteritis, neumonía e influenza. A finales de la década de los ochenta se logró terminar con esta tendencia y, en la actualidad, las principales causas de los decesos son enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus, las isquémicas del corazón y los problemas cerebrovasculares. Con esto se considera que el país ya está en una etapa avanzada en la transición epidemiológica.

Gráfico 5. Tasa bruta de mortalidad de las principales causas de muerte (1979-2009)



FUENTE: Murayama, 2012 con datos del Informe México sobre los Determinantes

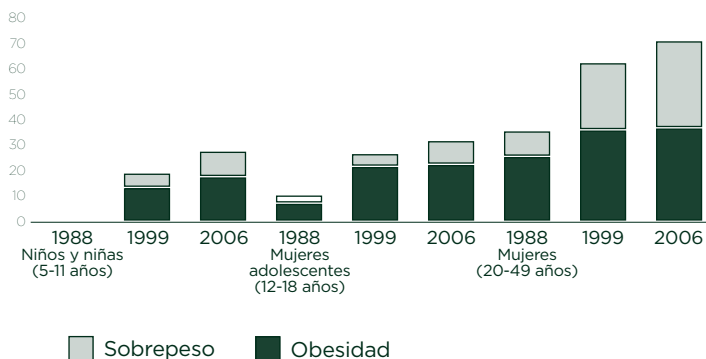
Como se aprecia en el gráfico anterior, a lo largo de estos 30 años (1979-2009) la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón han abierto una importante brecha con respecto al resto de las causas de mortalidad.

La transición epidemiológica representa un reto para los programas y catálogos de servicios de cada una de las instituciones de salud, sobre todo si se valoran o justifican a partir de los principios de no discriminación inscritos en la Carta Magna y la legislación en esta misma materia. Sin embargo, no se está respondiendo adecuadamente en todos los casos. Por ejemplo, hasta hace muy poco, salvo esfuerzos aislados, no existían programas y políticas coherentes de prevención de obesidad, a pesar de la magnitud del problema en el ámbito nacional.

OBSIDAD

La obesidad, que se asocia a la diabetes y a las enfermedades del corazón, se ha convertido en un problema prioritario. En las niñas adolescentes el sobrepeso y la obesidad se triplicó entre 1988 y 2006 y se duplicó en mujeres de 18 a 49 años en el mismo periodo.

Gráfico 6. Sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 11 años, adolescentes del sexo femenino de 12 a 18 años y mujeres de 20 a 49 años (1988-2006)

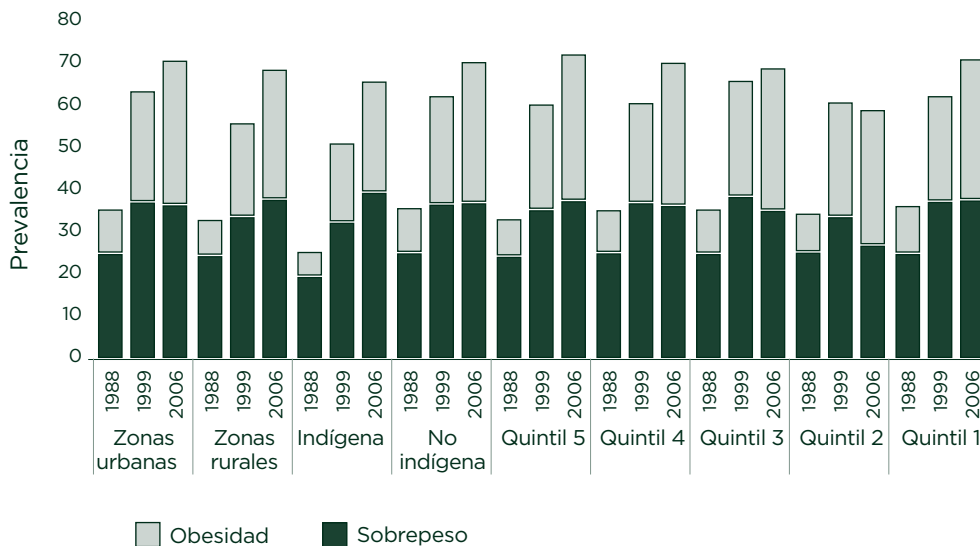


FUENTE: Murayama, 2012.

De acuerdo con Ciro Murayama, a pesar de no existir evidencia de que en México la prevalencia de obesidad sea mayor entre la población pobre, su crecimiento en dicha población es muy elevado. Ahora bien, los mayores aumentos en obesidad en los distintos grupos de edad se observan en la población indígena, los quintiles³ 5 y/o 4 y en zonas rurales. Este incremento en obesidad de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad social multiplica el riesgo de padecer enfermedades crónicas y muerte prematura. Aunado a ello, atender los padecimientos que resultan de esta condición puede llevar a gastos de bolsillo en salud capaces de reducir drásticamente la riqueza acumulada por la familia, lo que contribuye a mayor pobreza y desigualdad.

³ Quintil: que divide a la población en 5 particiones de 20 por ciento cada una.

Gráfico 7. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20-49 años en 1988, 1999 y 2006 por diversos subgrupos de población



FUENTE: Murayama, 2012.

OBESIDAD EN MÉXICO

La obesidad afecta en general a toda la población y entre sus consecuencias se encuentran altos niveles de diabetes y enfermedades del corazón (Conapo, 2008, p. 22). De acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), 70 por ciento de las personas adultas mayores y 4.5 millones de niñas y niños entre 5 y 11 años están excedidos de peso. De las mujeres, 37.4 por ciento presentan sobrepeso y 34.5 por ciento obesidad, mientras que 42.5 por ciento de los hombres presentan sobrepeso y 24.2 por ciento son obesos.

Por otra parte, la mala nutrición –que entraña, entre otros problemas, desigualdad en el acceso en cantidad y calidad adecuada a los alimentos– se está convirtiendo en una causa directa del deterioro de la salud poblacional. Esto ha generado una nueva pandemia, la de la obesidad, que implicará la necesidad de mayores servicios de salud para la población enferma y, a la vez, potenciará los riesgos de exclusión y discriminación relacionada con la apariencia física y a diversos padecimientos que se asumen justificadamente como más costosos. Este tema se analiza, desde una perspectiva similar, en el estudio de este mismo reporte sobre el derecho al consumo y la alimentación.

FRAGMENTACIÓN: LA REALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ES UNA DETERMINANTE SOCIAL y, sobre todo, un componente del derecho fundamental de la población a gozar de los niveles más altos en este ámbito. Sin embargo, el sistema mexicano de salud se encuentra fragmentado (institucional y regionalmente) y presenta desigualdades en cuanto al financiamiento, organización, atención y eficiencia. Todas son diferencias que se acentúan en las distintas regiones de la república, lo que provoca sistemáticamente asimetrías injustas, es decir: discriminación. Ello tiene como consecuencia una obvia y pronunciada desigualdad en el trato, el acceso y en el tipo y calidad de los servicios.

FRAGMENTACIÓN VERTICAL

Se entiende por organización vertical del sistema de salud al conjunto de organizaciones que ofrecen servicios de salud en el país. La fragmentación vertical se refiere, por tanto, a la falta de coherencia que resulta de una coordinación todavía ineficaz entre las entidades federativas que constituyen a la República mexicana. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (ops), la fragmentación puede definirse como “la existencia de varias entidades y/o agentes no integrados dentro del sistema total o en un subsistema, que operan sin sinergia y frecuentemente compitiendo entre sí” (ops, s. f., p. 51).

Se considera que en México existe un sistema de salud fragmentado, ya que está formado por tres subsistemas, que a su vez se conforman por instituciones con su propia organización, regulaciones

independientes, mecanismos de financiamiento propios, así como diferente infraestructura y catálogo de servicios. En esta estructura se debe considerar la participación de instituciones privadas que brindan servicios especializados, subcontratados por las instituciones estatales, como es el caso del sps (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.137).

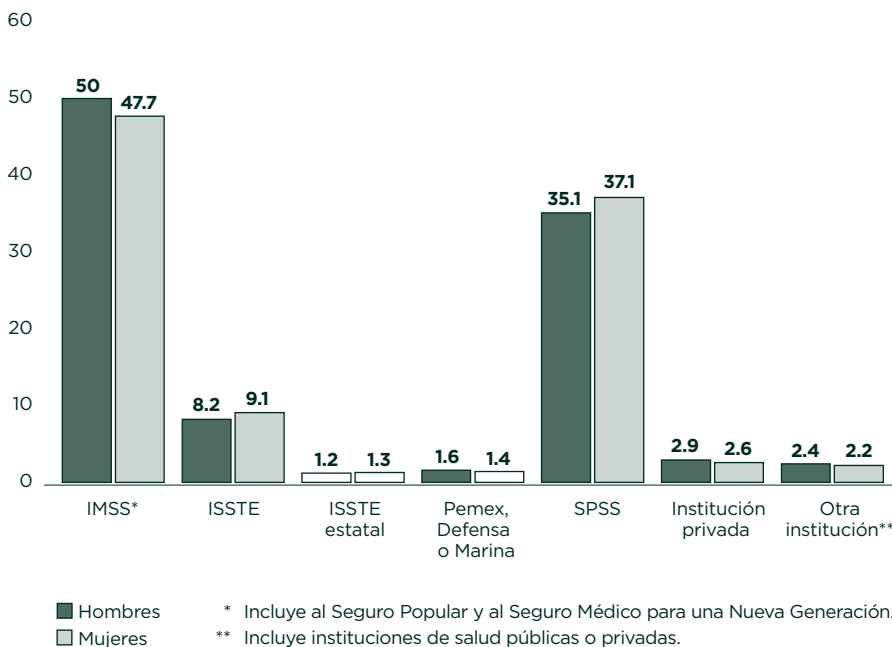
Tabla 4. Estructura del sistema de salud

	FORMADA POR	FORMAS DE FINANCIAMIENTO
Seguridad social laboral	IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM, etcétera.	Cuotas obrero patronales y el presupuesto federal.
Servicios para población no asegurada por la seguridad social	Secretaría de Salud, los servicios estatales y el Seguro Popular.	Recursos fiscales y cuotas familiares.
Privado	Compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados.	Financiado por seguros privados o pago directo.

FUENTE: Elaboración propia con información de Tamez y Eibenschutz (2008).

De acuerdo con datos del INEGI, en 2010 el IMSS era la institución con más personas afiliadas, subsistema seguido por el Seguro Popular y, por último, el ISSSTE. Se puede apreciar en el siguiente gráfico que la suma de porcentajes es mayor a 100 por ciento, y esto se debe a que, en contraste con la población que no tiene acceso a ningún sistema, hay otras personas que están aseguradas por más de una institución. Esto quiere decir que hay beneficiarias y beneficiarios que terminan afiliados a dos o más sistemas, lo que redundará en un mayor e ineficiente costo.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población derechohabiente a servicios de salud por sexo según institución



FUENTE: INEGI, 2011, p. 91.

El Sistema Nacional de Salud en sus orígenes estuvo diseñado para cumplir con las necesidades de grupos profesionales específicos, así como por la influencia de los sindicatos, los trabajadores del Estado, los grupos urbanos y otras estructuras organizadas. Esto se previó así porque el derecho a la salud se concibió como una prerrogativa derivada de los derechos laborales. Con ello se dejaron de lado las necesidades propias de la salud, entendida como un derecho humano individual, específico y universal, así como las características demográficas y epidemiológicas de la población general (Argüero, 2009, pp. 355-357).

El resultado es un sistema de salud desigual en sus áreas de atención y desequilibrado en sus áreas financiera, organizacional y de eficiencia. Cada parte del sistema tiene su propia organización y atiende diferentes tipos de enfermedades y a distintos sectores poblaciona-

les. No es lo mismo pertenecer al IMSS, donde se atienden más de 12 000 diagnósticos, que al Seguro Popular, donde se atienden menos de 1 800. De acuerdo con Ciro Murayama (2012), esto genera discriminación en el sector público de la salud: “si el individuo está en la seguridad social (tradicional) tendrá una cobertura de servicios varias veces mayor que si se es afiliado al Seguro Popular”.

Esta discriminación de facto es de tipo indirecto, en tanto que la desproporción entre los subsistemas de salud genera un acceso desigual a los bienes y servicios de salud entre la población, no obstante la aparente neutralidad de la política sanitaria que, en teoría, se acercaría a la cobertura universal en el país. En la práctica, el efecto de esta política genera un acceso desigual al derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad de diagnósticos y tratamientos.⁴

Para decidir qué enfermedades se atenderán y cuáles necesitan esperar para ser cubiertas por el Seguro Popular, se consideran tres factores: la parte médica, que corresponde al Consejo de Salubridad General y en donde se examinan aspectos como cuánta gente está afectada o las posibilidades de sobrevida o curación; la parte económica, en donde se garantiza que una enfermedad que ingresa al catálogo estará ahí siempre, y finalmente, las consideraciones éticas (Chertorivski, 2011).

Independientemente de las razones por las cuales se cubren unas enfermedades y otras no, lo que queda claro es que cada fragmento del sistema de salud, al estar organizado de forma distinta, tendrá sus propios criterios para decidirlo. Por lo tanto, cada sistema ofrece a sus afiliadas y afiliados servicios diferenciados, asimétricos, lo que tiene como resultado un acceso desigual, discriminatorio, a los bienes y servicios de salud, generalmente desfavorable para las personas no derechohabientes, empobrecidas.

⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales determinó en la Observación General núm. 20, sobre La No Discriminación y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en relación con el artículo 2, párrafo 2 del PIDESC), que la discriminación indirecta está referida a leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos del Pacto afectados por los motivos prohibidos de discriminación.

VISIÓN INCREMENTAL DEL SEGURO POPULAR

Salomón Chertorivski defiende la visión incremental en la implementación del Seguro Popular: “no se puede cubrir todo ni a todos desde el día uno, se tendrá que ir cubriendo a todos y se tendrá que cubrir lo más que se pueda de manera incremental”. De acuerdo con el secretario, actualmente “se cubre 100 por ciento del primer nivel de atención, es decir, las razones por las cuales vamos al médico a consulta con los medicamentos asociados. Hoy está cubierto 95 por ciento de las razones por las que, por lo menos, nos quedamos una noche en un hospital [...] y se cubre ya una parte incremental de la alta especialidad”.

Entrevista a Salomón Chertorivski, secretario de salud (2012)

Otro elemento de discriminación está relacionado con la cobertura de enfermedades catastróficas; por ejemplo, en el Seguro Popular se cubre el cáncer de mama sólo durante cinco años por paciente. También se cubren sólo algunos tipos de cáncer, como el mencionado, mientras que el que causa más fallecimientos al año, el de próstata, fue incluido en el Seguro Popular apenas hasta fines de 2011, sin que al inicio de 2012 se conozca la cuantía del monto a asegurar por dicho padecimiento [Murayama, 2012].

En el sps podemos encontrar un tercer componente de discriminación y está relacionado con el Seguro para una Nueva Generación, que cubre a los niños y niñas nacidas a partir de que inició la administración federal 2006-2012, excluyendo a todas las demás niñas y niños que nacieron en fechas previas.

Finalmente, la afiliación de las familias al Seguro Popular, en lugar del individuo, contrasta con otros sistemas. Tratándose de un derecho humano, la titularidad del mismo debería recaer en cada persona; sin embargo el Seguro Popular prioriza a quienes se inscriben en conjunto con su núcleo familiar sobre las personas que no reportan tener familia inmediata (Murayama, 2012).

Al mismo tiempo, la falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos generan diferentes efectos en la prestación de los servicios de salud de las diversas dependencias. Pemex, por ejemplo, tiene un promedio de 3 médicos por cada 1 000 derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos para atender a igual número de beneficiarios. Ello refleja de nuevo las diferencias existentes entre los servicios de salud que reciben las y los derechohabientes, en este caso del sector público (Presidencia de la República, 2007, p. 165). es pertinente notar aquí que sólo 2.9 por ciento de hombres y 2.6 por ciento de mujeres acceden a seguros médicos privados.

Informalidad

Como se señala en el rubro de derecho al trabajo de este reporte un hecho que impacta de manera determinante en la desigualdad es el acceso que tiene la población a los servicios sanitarios. Históricamente, dado que los principales sistemas en la materia fueron aquellos que correspondieron a los organismos de seguridad social dispuestos para las y los trabajadores, se procuró brindar acceso casi exclusivamente a quienes contarán con empleos formales.

En la actualidad, México tiene un importante porcentaje de personas que trabajan en la informalidad, por tanto, carecen de seguridad social y cuando llegan a tener prestaciones, éstas son mínimas (Martínez, 2008, p. 67). De acuerdo con la OCDE (2011), 7 de cada 10 personas en México trabajan en algún grado de informalidad, mientras que 8 de cada 10 unidades productivas que las emplean caen en la misma circunstancia. En consecuencia, diversos especialistas han calculado que 49 por ciento de las y los trabajadores que forzosamente debieran estar afiliados a un sistema de seguridad social, han sido ilegalmente privados de tal derecho,⁵ lo que se traduce en una pérdida importante de contribuciones gubernamentales y patronales al fondo de salud (Nerio, 2009, p. 42).

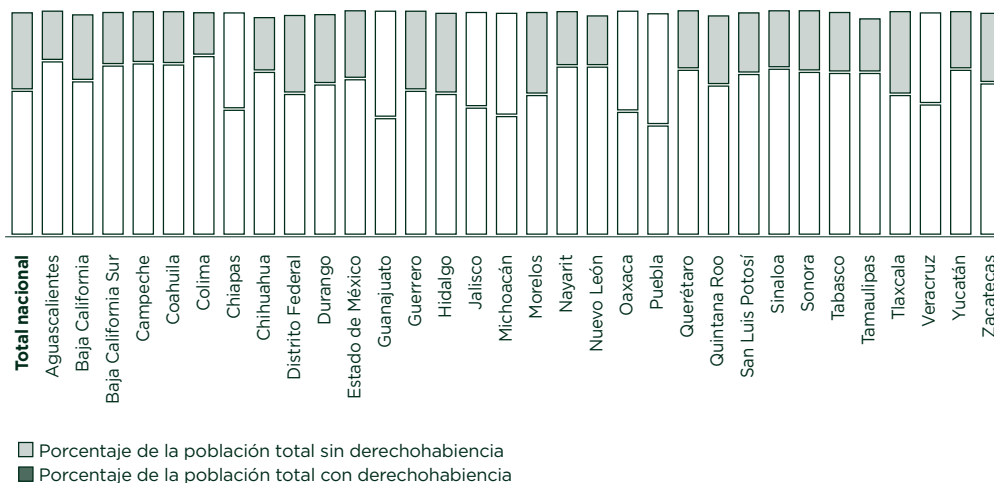
⁵ El tema de la informalidad laboral se profundiza en el rubro del derecho al trabajo de este reporte.

FRAGMENTACIÓN HORIZONTAL

Además de la fragmentación vertical, existe otro tipo de segmentación que vuelve ineficiente al sistema de salud; se trata de la fragmentación horizontal. Ésta se refiere a las diferencias que existen en el acceso a la salud en las distintas regiones del país. No es lo mismo nacer o envejecer en Nuevo León que hacerlo en Chiapas [Murayama, 2012].

De acuerdo con datos del Censo General de Población de 2010, 33.2 por ciento de la población carece de acceso a los servicios de salud y precisa que en algunas entidades federativas este indicador supera 40 por ciento, como ocurre en Chiapas (41.73 por ciento), Guerrero (45.75 por ciento) y Oaxaca (43.8 por ciento). En estas entidades también son altos los niveles de pobreza.

Gráfico 9. Acceso a los servicios de salud por entidad federativa (2010)



FUENTE: elaboración propia con datos del Censo 2010.

SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO

El sistema mexicano de salud se compone de un sector privado extenso y prácticamente no regulado y un sector público fragmentado en varios organismos integrados verticalmente, que prestan servicios de salud y cubren diferentes segmentos de la población. Además, existe otro sistema de servicios estatales de salud para la población pobre no asegurada (OCDE, 2010).

Es así que acceso a la salud y pobreza se convierten en un binomio con influencia recíproca directa e indirecta que se observa claramente a nivel regional. “La pobreza se vuelve un proceso que se auto-refuerza y del que parece muy difícil escapar; se convierte en una trampa porque ocurre que la salud y la nutrición infantiles determinan de manera importante el nivel de educación del adulto; a su vez, la educación tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso y el nivel de ingreso y educación de los padres afecta la salud y nutrición de sus hijos” (Santos, 2006, p. 133).

Entidades como Chiapas, Oaxaca y Guerrero se encuentran lejos de lograr una transición epidemiológica que les permita tener un perfil avanzado en la mortalidad, como existe en la mayoría de los estados del país. En esos lugares aún persiste un riesgo mucho mayor de morir por enfermedades transmisibles, nutricionales y de la reproducción, que en el resto de la República mexicana (Murayama, 2012).

Las diferencias se observan también en los recursos médicos en las distintas entidades federativas. En 2005, mientras en promedio nacional había 1.1 camas censables, 1.9 médicos y 2.2 enfermeras por cada 1 000 habitantes, en Chiapas sólo había 0.6 camas, un médico y 1.3 enfermeras por cada 1 000 habitantes. En contraste, hay entidades como el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California Sur que se encuentran por arriba de la media, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Indicadores básicos de salud en entidades federativas seleccionadas. Principales recursos por 1 000 habitantes (2005)

ENTIDAD FEDERATIVA	CAMAS CENSABLES	MÉDICO EN CONTACTO	ENFERMERAS CON PACIENTE	PEDIATRAS
Distrito Federal	2.5	4	4.4	0.9
Nuevo León	1.1	2.3	2.8	0.5
B. California Sur	1.2	2.4	2.9	0.4
Nacional	1.1	1.9	2.2	0.3
Oaxaca	0.7	1.3	1.4	0.1
Guerrero	0.7	1.4	1.7	0.2
Chiapas	0.6	1	1.3	0.1

*Contiene datos del sector público y privado. El sector público incluye: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS- Oportunidades, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, estatales y universitarios. El sector privado incluye solamente las unidades con servicio de hospitalización.

** Por 10 000 habitantes

*** El denominador para este indicador son mujeres en edad fértil.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud.

Esta heterogeneidad deriva en un contexto sistemático de discriminación provocado por razones regionales. Los contrastes se acentúan cuando se comparan los municipios del país. Mientras la delegación Benito Juárez de la ciudad de México tenía en 2005 una tasa de mortalidad infantil de 3.02 por cada 1 000 nacidos vivos, el municipio chihuahuense de Batopilas, área indígena rarámuri, contaba con una elevada tasa de 78.83.

Tabla 6. Tasas de mortalidad infantil en municipios del país seleccionados (2000-2005)

ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2000	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2005
Distrito Federal	Benito Juárez	17.65	3.02
Nuevo León	San Pedro Garza García	18.41	3.19
Chiapas	Santiago el Pinar	48.01	42.98
Veracruz	Tehuipango	60.25	56
Oaxaca	Coicoyán de las Flores	57.99	51.21
Chihuahua	Carichí	49.18	63.32
Chihuahua	Batopilas	59.96	78.83

FUENTE: PNUD. Índice de Desarrollo Humano Municipal 2000-20005.

La Constitución establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará 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 la propia Carta Magna. Esto deriva en la existencia de normas e instituciones para los tres niveles de gobierno, lo que propicia, a su vez, la gran heterogeneidad de los servicios de salud.

En Hidalgo, por ejemplo, se reconocen tal cual los derechos establecidos por la Constitución federal, pero en otros estados como Michoacán no sucede lo mismo en la legislación interna; en entidades como Nayarit, por ejemplo, la responsabilidad sobre el sistema de salud recae en los ayuntamientos y no hay un ordenamiento a nivel del estado; mientras tanto, en Quintana Roo la salubridad es facultad del gobernador, lo mismo que en Sonora (Murayama, 2011).

Tabla 7. Legislaciones estatales

ESTADO	REGULACIÓN LEGISLATIVA POR MANDATO CONSTITUCIONAL	TITULARIDAD UNIVERSAL	RESTRICCIÓN A LA TITULARIDAD	RECONOCIMIENTO A LOS DERECHOS INCLUIDOS EN LA CONSTITUCIÓN FEDERAL	PROTECCIÓN A GRUPOS VULNERABLES	FACULTAD DE LEGISLAR EN MATERIA DE SALUD
Aguascalientes		X				
Baja California		Habitantes		X		
Baja California Sur	Remite a la Ley	Habitantes				X
Campeche				X		
Chiapas				X	*Niños, niñas *Indígenas	
Chihuahua		Habitantes		X	*Indígenas *Reos	X Leyes regulan en los municipios
Coahuila		X		X	*Niños y niñas *Personas adultas mayores	Competencia de los ayuntamientos

Colima		X			*Niños y niñas *Personas adultas mayores *Personas con discapacidad	X
Durango				X	*Indígenas *Mujeres indígenas	
Distrito Federal						X
Estado de México				X	*Indígenas	Remite al plan de desarrollo del Estado de México
Guanajuato				X		
Guerrero				X		Salubridad es facultad del gobernador
Hidalgo	Remite a la Ley	X		X	*Niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad	
Jalisco		X		X	*Indígenas * Mujeres indígenas	
Michoacán				X	*Obreros	X
Morelos				X	*Indígenas *Menores *Personas adultas mayores	
Nayarit	Remite a la Ley en los casos de menores y adultos mayores	X	Habitantes		*Niños y niñas *Personas adultas mayores	Facultad de los ayuntamientos
Nuevo León	Remite a la Ley	X				
Oaxaca	Remite a la Ley	X				
Puebla	Remite a la Ley	X	Habitantes		*Indígenas * Mujeres indígenas *Niños y niñas	Facultad del gobernador en salubridad pública en epidemias
Querétaro		X		X		
Quinta Roo	Remite a la Ley	X			*Indígenas * Mujeres indígenas	X
San Luis Potosí	Remite a la Ley	X	Habitantes		*Niños y niñas *Indígenas *Personas con discapacidad *Senectos	

FUENTE: Murayama (2012).

CALIDAD Y COBERTURA

En materia del derecho a la salud, las políticas públicas deben atender la fórmula de que mayor cobertura no es sinónimo de mejor calidad. No sólo se necesita que toda la población se encuentre afiliada a algún sistema de salud; para que pueda ser considerado eficiente, éste necesita contar con infraestructura física y humana que asegure la eficacia, accesibilidad, adecuabilidad y asequibilidad del derecho a la salud (Nerio, 2009, p. 44).

En 2008, México tenía 1.5 médicos y 2 enfermeras en el sector público por cada 1 000 habitantes. En cuanto a camas censables había 78 920 en el país, lo que representaba 0.74 camas por cada 1 000 habitantes, cifra inferior a la sugerida por la oms, que es de una por cada 1 000 habitantes (Sinais, 2008).

En este sentido, el Seguro Popular muestra que la estructura es insuficiente y los procesos y resultados intermedios no son óptimos, con la excepción del tercer nivel de atención y los institutos nacionales de salud. La mejora de la calidad de la atención primaria a la salud debería ser una prioridad.

Por ejemplo, 62.6 por ciento de las unidades de hemodiálisis en el país, que son esenciales para mantener vivos a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, fueron calificadas como regulares, malas y muy malas (Tirado-Gómez *et al.*, 2011). La situación es más dramática cuando se evalúa la calidad de los procesos y resultados de este tratamiento. Sólo 14.4 por ciento de las unidades de hemodiálisis fueron consideradas como buenas o muy buenas. Éstas correspondieron, fundamentalmente, a las unidades de la seguridad social y de servicios privados que subrogan a la seguridad social.

Una persona afiliada a la protección social en salud a través del Seguro Popular, si es diabética, no se beneficiará de un tratamiento de hemodiálisis aun cuando lo

De acuerdo con Santiago Levy (2008), cuando los centros de salud son de baja calidad, con equipo anticuado y falta de medicamentos, una tercera parte de las personas aseguradas prefieren asistir a un dispensario, aunque esto implique un costo extra.

necesite. Ello no ocurriría si esa misma persona estuviese incorporada a la seguridad social pública.

Indudablemente que las personas que no son derechohabientes de alguna de las instituciones que proporcionan salud y se afilian al spss, además de acceder a servicios desiguales (en tipo de enfermedades cubiertas, atención, eficiencia, calidad, y desequilibrado en sus áreas financiera y organizacional), también son sujetas a la estigmatización o discriminación por su pertenencia a un grupo socioeconómico bajo en relación con los recursos económicos, en este caso asociados a su condición de no derechohabiente (relación trabajo-seguridad social) y pobreza, que pueden influir en el tipo de atención.

Se debe tener en cuenta que el Seguro Popular está diseñado para la población sin protección social en salud, “otorgando especial atención a los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, la población indígena y los migrantes” [Secretaría de Salud, 2011].

AFECTACIÓN A GRUPOS DISCRIMINADOS

LA EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ES UN PROBLEMA especialmente grave para grupos sociales históricamente discriminados. Quienes son más vulnerables por ser víctimas de prejuicios y estereotipos y tienen menos acceso a los recursos de salud, o las condiciones del sistema de salud les afectan de manera desigual, se enferman más y mueren antes que las que se encuentran en posiciones sociales más privilegiadas (INEGI, 2010).

Los cambios en la oferta de servicios y condiciones de salud han sido heterogéneos, con grandes variaciones en las diversas entidades del país, así como por condiciones socioeconómicas y por grupos de edad.

MUJERES

De acuerdo con la OMS, las diferencias en la situación de las mujeres y los hombres provocan la desigualdad de oportunidades a la hora de reivindicar y ejercer los derechos humanos. En el caso de la salud, aun cuando se han realizado algunos progresos, los sistemas de salud de distintas partes del mundo siguen fallando a la mujer en momentos clave de su vida, particularmente en la adolescencia y la vejez. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha detectado cuatro barreras asociadas al género: económicas, socioculturales, normativas e institucionales.

Prácticamente una tercera parte de las mujeres son excluidas de los servicios de salud. Esto se debe, en parte, a su inserción de las mujeres en el mercado laboral informal –como es el caso de las trabajadoras del hogar–, pero también a que muchas dependen económica-

mente de sus parejas u otros familiares, ya que dedican su tiempo al trabajo no remunerado y no reconocido por las instancias de seguridad social [Murayama, 2012].

La falta de derechohabencia es más grave para las mujeres en edad reproductiva.

La razón de la mortalidad materna, de acuerdo con estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública a partir de los datos del INEGI y las proyecciones de nacimientos vivos de Conapo, es mucho más baja en mujeres derechohabientes de la seguridad social que en aquellas que no lo son. Ello sugiere que el acceso a las instituciones de seguridad social disminuye las brechas sociales existentes en materia de salud de forma relevante (Murayama, 2011).

Gráfico 10. Acceso a la salud de las mujeres en edad reproductiva (15-39 años), 2010



La capacidad de pago también determina el acceso de las mujeres al sistema de salud. Es preciso considerar que las desventajas en el mundo laboral –como se describe en el volumen *Trabajo* del presente reporte– y la falta de poder de decisión son también se presentan como barreras de tipo sociocultural en el acceso a la salud.

Las barreras normativas suelen ser restrictivas en materia del ejercicio del derecho a la salud, específicamente en el caso de la salud reproductiva. La interrupción legal del embarazo en México ejemplifica “las fracturas al principio de igualdad en derechos sociales que pueden derivarse de una legislación dispersa” [Murayama, 2011]. Las mujeres que se encuentran en el Distrito Federal tienen garantizado el derecho a la salud reproductiva sobre una base más amplia que las que se encuentran en otras entidades federativas.

La penalización vigente de la interrupción del embarazo⁶ en diversos estados de la república constituye también un importante problema de salud pública, considerando que las mujeres acuden a clínicas y hospitales clandestinos, lo que provoca abortos inseguros, insalubres, o la muerte.

Además de las barreras normativas, las de carácter sociocultural se expresan en percepciones como las captadas en la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010: el uso de métodos anticonceptivos, que incide en la salud reproductiva de las mujeres, parece estar restringido por las parejas o familiares de algunas de ellas, en tanto que 13 por ciento de las mujeres adolescentes y de las adultas mayores y 10 por ciento de las que se encuentran entre 18 y 59 años de edad piden permiso para usarlos. Asimismo, 44.9 por ciento de la población en el país apoya en algún grado la imposición de un castigo para las mujeres que aborten [Conapred, 2010].

ABORTO

Es uno de los ejemplos más emblemáticos de discriminación, pues mientras en el Distrito Federal las mujeres tienen garantizado el acceso a servicios de salud cuando deciden interrumpir un embarazo, las mujeres de otras entidades federativas no tienen garantizado ese derecho.

⁶ Ver el tema en los reportes *Libertad de conciencia*.

Por otra parte, las barreras institucionales se refieren a quienes proveen el servicio y tienen que ver con las actitudes hacia las mujeres usuarias y la disponibilidad de proveedores del mismo sexo que ellas. La ops considera que, desde una visión de equidad de género, habrían de destacarse criterios como la privacidad de los ambientes para la consulta, la existencia de instalaciones de cuidado infantil para las mujeres que no pueden asistir a los servicios sin los menores de edad a su cargo y los equipos adecuados para la prestación de servicios, incluyendo unidades de emergencia obstétrica y demás relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La provisión de servicios de salud reproductiva fue institucionalizada en el país en la década de los años cuarenta y alcanzó su mayor expansión en los años setenta. A esto se debe en gran medida la reducción de la mortalidad infantil, materna y en la fecundidad. Sin embargo, aún prevalecen grandes carencias que provocan la alta morbilidad y mortalidad materna, entre algunos grupos, los abortos realizados en condiciones inseguras y las altas tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino (Inmujeres, 2008, p. 5).

De las 992 mujeres que fallecieron en 2010 por muerte materna, 27.8 por ciento no contaba con protección social y 13.4 por ciento falleció en su casa o en la vía pública. En cuanto a las causas, 26.3 por ciento perdió la vida por causas obstétricas indirectas; 25 por ciento por enfermedades hipertensivas del embarazo; 19.6 por ciento por hemorragia del embarazo, parto y puerperio, y 9.3 por ciento por aborto clandestino (Observatorio de Mortalidad Materna, 2011).

Las condiciones de cada mujer varían considerablemente por factores como la actividad económica que realizan, el nivel educativo y el tipo de vivienda que habitan. Considerando estas tres dimensiones, en la investigación *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (2008), realizada por el Colegio de México (Colmex), se construyeron cuatro estratos: muy bajo, bajo, medio y alto. Esta estratificación permite identificar importantes diferencias en salud reproductiva. Por ejemplo, en el estrato muy bajo las mujeres tienen a su primer hijo o hija a los 19.1 años en promedio; las de estrato bajo lo tienen a los 19.7 años; las del medio lo tienen a los 21.4 años, y las del estrato alto a los 23.7 años. En el uso de anticonceptivos también existen diferencias. A menor estrato social existe mayor uso de dispositivos intrauterinos y

otros métodos considerados tradicionales, mientras que a mayor estrato social incrementa la participación de los hombres a través de vasescomía y otros métodos locales (Lerner y Szasz, 2008, p. 4).

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En los años recientes se han logrado avances significativos en lo referente a salud infantil, entre los que sobresalen la reducción en la tasa de mortalidad y los mayores niveles de vacunación.

En cuanto a la prevención, en la cobertura al año de edad de las vacunas (BCG, Sabin y Pentavalente) se observan logros importantes. Los resultados nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Ensanut, 2006 (Oropeza, 2006) señalan que 96.8 por ciento de los niños y niñas de un año cuentan con la vacuna BCG, una proporción similar (96.1 por ciento) tiene la vacuna Sabin y 92.9 por ciento la Pentavalente.

Tabla 8. Porcentaje de la población de 1 y 2 años que mostró la Cartilla Nacional de Vacunación, según esquema completo de vacunación al año de edad por entidad federativa (2006)

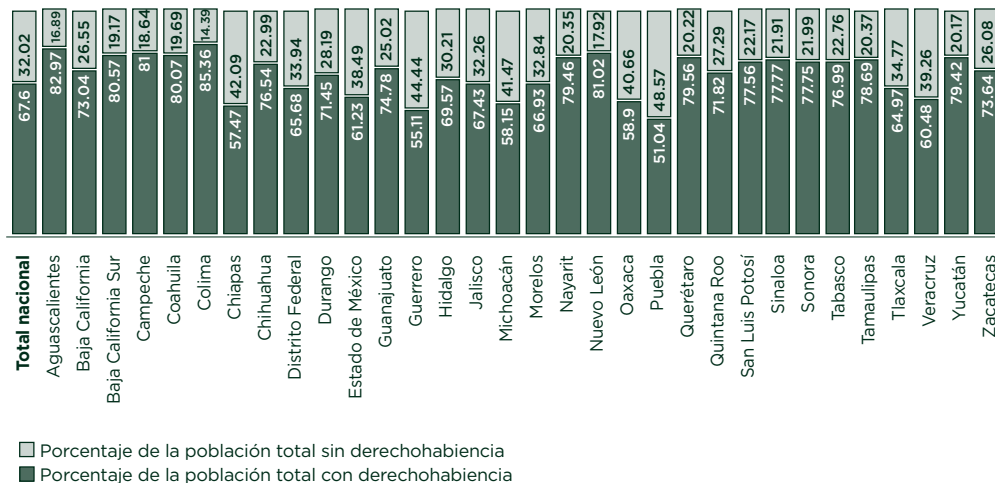
ENTIDAD FEDERATIVA	BCG	SABIN	PENTAVALENTE	SRP	UN AÑO	HASTA DOS AÑOS
					ESQUEMA COMPLETO	ESQUEMA COMPLETO
Aguascalientes	93.2	98.4	97.6	84.3	78.8	80.4
Baja California	100	97.2	92.9	88.9	88.8	79.7
Baja California Sur	95.5	91.8	85	73.8	73.7	76.8
Campeche	100	98.7	95.2	87.8	86.2	92.2
Coahuila	94.5	89.2	81.7	70	64.3	76.8
Colima	97.6	98.9	93.6	72.8	73.7	76.9
Chiapas	92.8	97.3	95.6	77.3	71.2	80.7
Chihuahua	91.4	94.7	93.9	87.7	83.5	87.8
Distrito Federal	95.5	95.5	95.5	85.3	85.3	83.8
Durango	100	98.3	98.3	79.5	79.5	88.8
Guanajuato	96.1	96.1	96.1	93.3	93.3	95.5
Guerrero	100	98.1	97.4	92.3	89.7	91.7

Hidalgo	98	94.8	93.5	83.1	84.4	90
Jalisco	91.6	95.1	94.8	67	64.2	73.9
Estado de México	98.7	96	86.8	74.7	72.7	83.8
Michoacán	99.2	96.3	95.7	88	87.4	89.2
Morelos	96.3	96.3	93.9	81.4	76.6	89.2
Nayarit	93.8	96.2	87.1	83.8	77.6	88.5
Nuevo León	98.4	96.7	96.9	84.1	79.2	86.6
Oaxaca	97.8	98.6	95	86.1	86.1	89.8
Puebla	97	94.4	88.8	70.7	63	81.4
Querétaro	99	91.9	91.9	87.8	87.8	88.6
Quintana Roo	100	100	98.2	80.9	75.8	82.7
San Luis Potosí	97.1	100	96.2	87.4	80.7	84.6
Sinaloa	98	98	96.9	87.1	86.1	84.8
Sonora	97.5	97.9	96.7	85.8	82.1	87.5
Tabasco	100	97.2	93.5	91.3	89.5	95
Tamaulipas	100	91.5	77.9	61.9	53.7	67.9
Tlaxcala	97.7	95.8	94.2	90.9	87.6	89.1
Veracruz	96.1	96.1	94.7	75.1	75.1	85
Yucatán	100	100	97.2	90.4	88.5	89.2
Zacatecas	91.2	93.3	85.1	78.5	70.3	78.1
Total	96.8	96.1	92.9	82.1	78.4	84.7

FUENTE: Ensanut (Oropeza, 2006). Ver <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

En cuanto a la cobertura todavía queda mucho por hacer. Entre las y los menores de 14 años, 32.02 por ciento no cuentan con derechohabencia. La situación es particularmente grave en estados como Puebla, Chiapas y Guerrero, en donde más de 40 por ciento de niñas y niños no tienen acceso a servicios de salud. Incluso Colima, que tiene la mayor cobertura por estado, aún tiene a 14.39 por ciento de niñas y niños sin estos servicios.

Gráfico 11. Acceso a la salud de la población de 0-14 años



FUENTE: Murayama, 2012.

En cuanto a la mortalidad infantil, de 2006 a 2009 se redujo 1.5 por ciento (de 16.2 a 14.7). No obstante, mientras la disminución en México ha sido de 31 muertes por cada 100 000, en Brasil, Chile, Cuba y Suecia el avance es de entre 50 y 60 por cada 100 000. La tasa de mortalidad en menores de un año resulta 22 por ciento mayor que la que se esperaría para el nivel de desarrollo de México (Murayama, 2012).

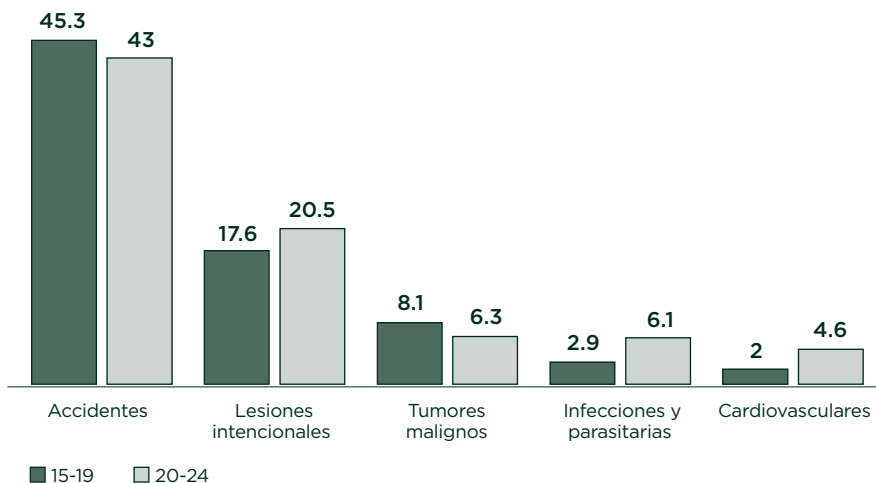
A pesar de los avances, las enfermedades infecciosas siguen siendo un reto para los sistemas de salud en lo que a la población infantil se refiere. Las enfermedades del rezago epidemiológico –diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición– siguen provocando 15 por ciento de los fallecimientos en menores de un año. En este mismo sentido, entre las principales causas de demanda de atención médica en las y los menores de cinco años se encuentran las infecciones respiratorias agudas (IRA), junto con otras enfermedades de la infancia, como las diarreicas y las deficiencias de la nutrición.

JÓVENES

“La juventud se caracteriza por ser un periodo particularmente favorable en cuanto al estado de salud de la población; es una fase de particular vigor y entereza física. Paradójicamente, es también una de las etapas de la vida en las que existe una mayor exposición a diversos riesgos que se derivan de la naturaleza curiosa, ávida de experimentación y afirmación entre los adolescentes y jóvenes” (Conapo, 2010, p. 41).

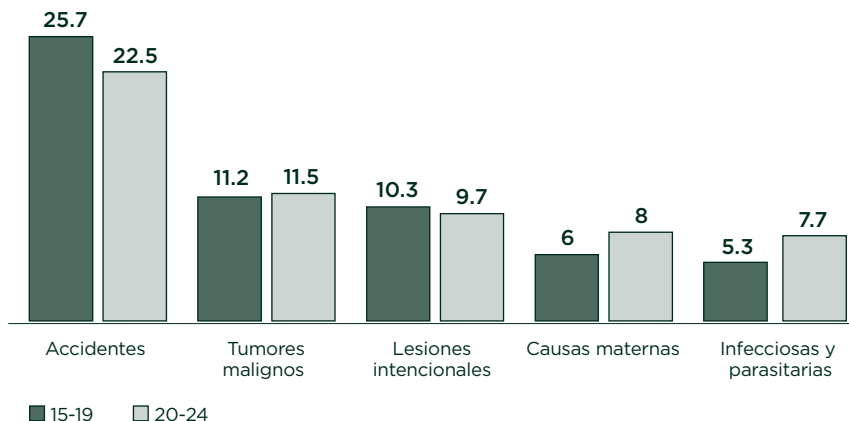
Es en parte por esta exposición a los riesgos, por lo que desde hace tres décadas las muertes de la población joven están relacionadas estrechamente con causas externas, principalmente atribuibles a accidentes y lesiones (Conapo, 2010, p. 42).

Gráfico 12. Tasa de mortalidad entre los hombres jóvenes por grupos de edad (2007)



FUENTE: estimaciones del Conapo con base en las defunciones registradas por INEGI/Ssa, 1979-2007. Ver <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/03.pdf>

Gráfico 13. Tasa de mortalidad entre las mujeres jóvenes por grupos de edad (2007)



FUENTE: estimaciones del Conapo con base en las defunciones registradas por INEGI/Ssa, 1979-2007.

De acuerdo con la Ensanut 2006, la estimación de la edad media al inicio del consumo de tabaco entre las y los jóvenes es de 20.1 años de edad. En cuanto al alcohol, el inicio de consumo se da prácticamente a la misma edad (19.9 años).

El tema de salud sexual y reproductiva requiere especial atención en el caso de las y los jóvenes ya que suelen enfrentar restricciones, señales contradictorias de diferentes actores e instituciones sociales y vacíos en las políticas destinadas a fortalecer el conocimiento y la información (Morlachetti, 2007, p. 68). Consecuencia de lo anterior son los embarazos no deseados entre adolescentes y jóvenes y la transmisión de enfermedades sexuales.

Tabla 9. Tipo de planeación y deseo de embarazos por edad

GRUPO DE EDAD	PLANIFICADO	NO PLANIFICADO	NO DESEADO
Total	66.6	20	
15-19	59.4	27.8	12.8
20-24	67.3	23.2	9.5
25-29	71.1	18.7	10.2
30-34	71	14.6	14.4
35 y más	62.9	5.1	32

FUENTE: estimaciones del Conapo con base en la Enaid, 2006 y 2009.

No obstante lo anterior en México se han logrado algunos avances, uno de los principales tiene que ver con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos: en 2009, 97.4 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años declararon conocer al menos un método anticonceptivo, mientras que esta proporción en 1987 era de 91.5 por ciento (Conapo, 2010, p. 93).

En cuanto a la derechohabiencia, la situación de las y los jóvenes es particularmente delicada, sobre todo si se considera que están enfrentando una estructura laboral a la que difícilmente pueden ingresar. Como se detalla en el *Trabajo* de este reporte, la falta de empleo formal es uno de los principales problemas de la juventud. Mientras la tasa de desempleo en los adultos de 30 años y más es de 3.5 por ciento, en la población joven es de 8.7 por ciento (Acevedo y Bensusán, 2012). Entre las y los jóvenes de entre 20 y 29 años de edad que logran conseguir un empleo, prácticamente la mitad (49.6 por ciento) no cuenta con acceso a un paquete mínimo de seguridad social que les confirme el derecho constitucional a la salud.

Tabla 10. Prestaciones laborales de acuerdo con la edad

	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 Y MÁS
Sin prestaciones	76.7	49.6	52	54.6	62.9	81.6
Sólo acceso a instituciones de salud	2.3	3.3	2	1.9	1.6	1.1
Acceso a instituciones de salud y otras prestaciones	12.1	37.8	38.8	37.4	30.9	12.9
No tiene acceso a instituciones de salud pero sí a otras prestaciones	8.3	8.6	6.6	5.6	4.2	4

FUENTE: Acevedo y Bensusán, 2012, con base en ENOE, 2011, II trimestre

PERSONAS ADULTAS MAYORES

El envejecimiento de la población implica crecimiento en la demanda por protección social para las personas adultas mayores. Sin embargo, el actual modelo de seguridad está generando una mayor vulnerabilidad al envejecer, ya que no todas las personas adultas mayores logran jubilarse y tener una pensión, y la edad hace que sea difícil que se incorporen al mundo laboral formal, lo que limita el acceso a los sistemas de seguridad del Estado (Aparicio, 2002, pp. 157-158). El 90 por ciento de las ofertas de empleo excluyen a las personas que tienen más de 35 años y, de ellas, un escaso porcentaje (no más de 35%) corresponde a empleos reales y protegidos; por lo general en actividades como guardias de seguridad o personal de limpieza (Acevedo y Bensusán, 2012).

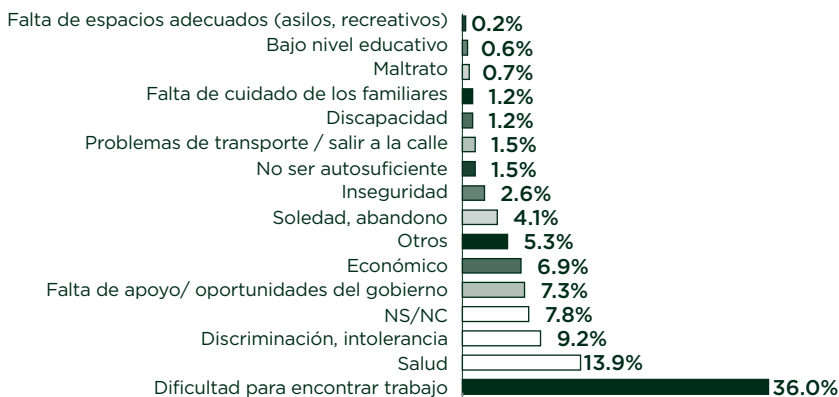
En efecto, las personas adultas mayores que gozan de derechohabencia representan un porcentaje insuficiente. A nivel nacional, en 2010, 28.06 por ciento de la población con 65 años y más no era derechohabiente de ninguno de los sistemas de salud. La falta de derechohabencia aumenta con el incremento de la edad. Entre los mayores de 80 años, 31.60 por ciento no cuenta con acceso a servicios de salud (Murayama, 2012).

La situación es particularmente grave si se considera el elevado porcentaje de personas adultas mayores que necesitan ayuda de otros para realizar sus actividades cotidianas. Según la Encuesta Nacional de Seguridad Social, realizada en 2009, 15 por ciento del total de la

población de 60 años y más requiere ayuda en su vida diaria; al observar esta situación por grupos de edad, a partir de los 80 años el porcentaje se incrementa significativamente: 27 por ciento es incapaz de desplazarse sin ayuda y 13 por ciento adicional necesita ser asistido para realizar otras tareas en su vida diaria, por lo que a partir de los 80 años el porcentaje total que requiere asistencia es de 40 por ciento (Murayama, 2012).

Esto coincide con la percepción de las personas adultas mayores, que consideran que sus principales problemas son la dificultad para encontrar trabajo (36%) y los relacionados con la salud (13.9%) (Enadis, Conapred, 2010).

Gráfico 14. Principales problemas para las personas adultas mayores (2010)



La presencia de enfermedades o de discapacidad entre las personas mayores de 60 años es causa de incertidumbre en las familias. En la mayoría de los casos, son personas enfermas con más de un padecimiento, por lo que la atención médica significa egresos altos en la economía familiar. Sin embargo, es importante tener presente que muchos de los padecimientos de la vejez son en su mayoría prevenibles o controlables y dependen de las condiciones y estilos de vida, definición de roles familiares, modelos de servicios asistenciales y de salud (Mendo-

za, s. f., pp. 20-21). Por lo tanto, los programas preventivos de salud pública resultan imprescindibles para encarar la transición demográfica a la que México indefectiblemente se acerca.

Las personas adultas mayores se enfrentan a un servicio deficiente tanto en términos de cantidad como de calidad. Existen pocos hospitales y aún menos médicos especializados en atención geriátrica. Tal y como se señala en el *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*,⁷ a las personas de más de 60 años se les niega atención médica y en instituciones del sector público reciben atención de baja calidad y malos tratos al realizar alguna gestión; la atención, asesoría y apoyo que reciben no proviene de personal especializado en geriatría, ni hay suficientes medicamentos para sus padecimientos más comunes, tales como tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, hipertensión arterial, incontinencia urinaria o diabetes, algunas de las cuales son también las principales causas de mortalidad en esa población (CDHDF, 2008, p. 767).

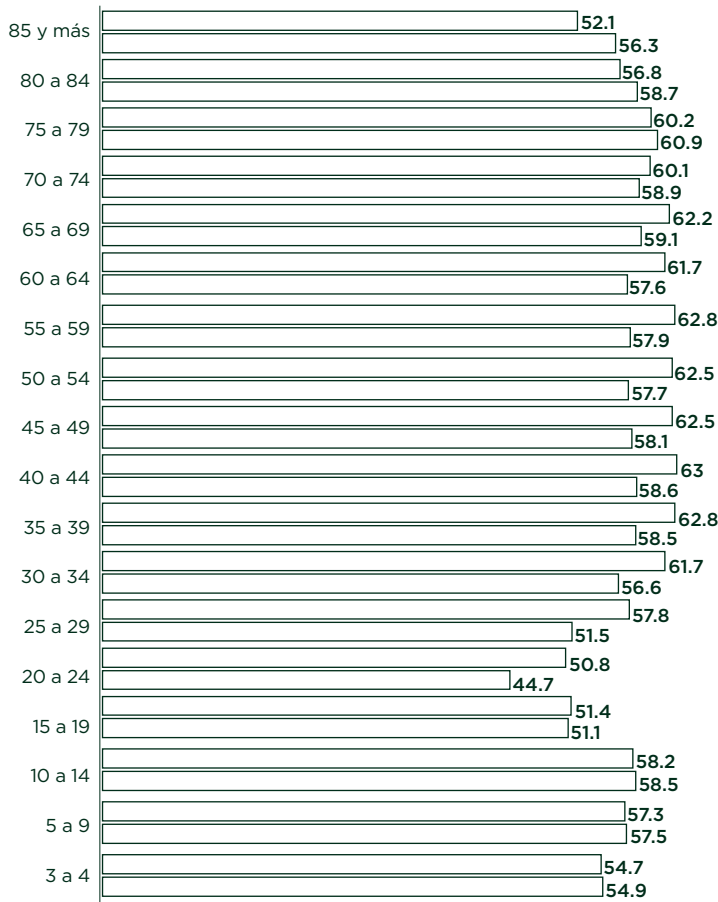
POBLACIÓN INDÍGENA

Las personas indígenas padecen diversos obstáculos de acceso a los centros de salud, sobre todo por la limitada cobertura en las zonas donde habitan. La ruralidad parece asociarse fuertemente con la falta de servicios sanitarios y de cobertura por seguros, lo que se traduce en un gasto de bolsillo muy alto para la población en general y, especialmente en el caso mexicano, para la población de origen indígena, que no tiene acceso a un conjunto regular de servicios básicos de salud (Santos, 2006, pp. 135-136).

La proporción de población de 3 años y más hablante de lengua indígena con derechohabencia a servicios de salud es de apenas 42.5 por ciento. Es importante señalar que más de una tercera parte de esta misma población cuenta ya con el Seguro Popular (INEGI, 2012).

⁷ CDHDF, “En condiciones de pobreza y extrema pobreza vive 60% de los ancianos del Distrito Federal”, citado en *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal* (2008, p. 767).

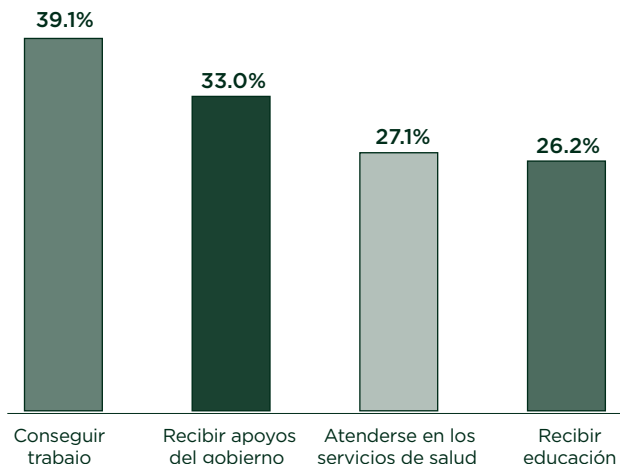
Gráfico 15. Porcentaje de población hablante de lengua indígena derechohabiente a servicios de salud por grupos de edad y sexo (2010)



FUENTE: INEGI, 2012, p. 112.

Concuerda esta realidad con lo mostrado en los estudios de percepción; según datos de la Enadis (Conapred, 2010) al menos 27.1 por ciento de las personas pertenecientes a una minoría étnica dijo no tener las mismas oportunidades en materia de salud.

Gráfico 16. Percepción sobre la igualdad de oportunidades para los grupos étnicos (2010)



FUENTE: Enadis (2010).

Considerando factores como la desnutrición o mortalidad infantil se confirma que las personas indígenas son particularmente vulnerables. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2008) la prevalencia de baja talla de menores de 5 años en 2006 era de 12.5 por ciento, mientras que en la población indígena era de 33.2 por ciento (p. 22).

Tabla 11. Prevalencia de baja talla en menores de 5 años

NUTRICIÓN	1992	2000	2006
Prevalencia de baja talla en menores de 5 años	22.8 (1988)	17.8 (1999)	12.5
Prevalencia de baja talla en menores de 5 años en la población indígena	48.1 (1988)	44.3 (1999)	33.2

FUENTE: Coneval, 2008.

Por otra parte, este grupo tiene una especial dificultad para acceder a la atención de la salud sexual y reproductiva. Tal problema genera altos índices de mortalidad materna, según expresa la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2006). En México la tasa de fecundidad de las mujeres indígenas es superior a la de las no indígenas. Es particularmente significativa la aportación de la fecundidad adolescente a la fecundidad total, en especial en el caso de este segmento de la población mexicana.

Tabla 12. Tasas específicas de fecundidad y tasas globales de fecundidad, según condición étnica de las mujeres (2004-2005)

GRUPOS DE EDAD	1995-1996		2004-2005	
	INDÍGENA	NO INDÍGENA	INDÍGENA	NO INDÍGENA
15-19	119	74	99	62
20-24	229	144	160	123
25-29	184	145	132	119
30-34	165	99	93	86
35-39	94	54	83	36
40-44	34	17	18	11
45-49	0	6	10	3
TGF	4.1	2.7	3	2.2

FUENTE: *Informe México sobre los determinantes sociales de la salud* (2011).

El Informe de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México del PNUD de 2010 demuestra que la población indígena se encuentra en clara desigualdad de oportunidades relativa a la salud en todas las entidades federativas. En el mismo informe se resalta que en 2009 alrededor de 72% de la población indígena no era derechohabiente de alguna institución federal de salud (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, Seguro Popular), no obstante que formalmente podría recibir atención médica en otras instituciones públicas, como los centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA), servicios estatales, IMSS-Oportunidades, entre otros. Sin embargo, por la vía de los hechos, su acceso a los servicios de salud se les dificulta y/o imposibilita por la lejanía de las comunidades

indígenas, debido a lo costoso que resulta acudir a los centros de salud y por la calidad del servicio de los mismos [PNUD, 2010].

Es importante subrayar que no existen datos puntuales por grupo étnico, circunstancia que resulta en una grave miopía. No es lo mismo la etiología que afecta a la población maya que aquella incidente sobre la población rarámuri. Mientras el país siga mirando a la población indígena como un grupo social indistinguible, las políticas de salud serán inadecuadas. Es, en efecto, muy preocupante el desconocimiento que el sistema de salud tiene sobre las diversas necesidades de cada grupo indígena. Se requiere contar con mejores investigaciones, estudios e indicadores que permitan hacer acopio de datos más precisos por grupo, a partir de los cuales se puedan diseñar las políticas públicas necesarias.

POBLACIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL [LGBTTTI]

En el sistema de salud, la comunidad lésbico, gay, bisexual, travesti, transgénero, transexual e intersexual (LGBTTTI) enfrenta actitudes discriminatorias, a pesar de que éstas contravienen tanto los principios éticos fundamentales de la medicina como el derecho a la igualdad y la no discriminación. Hay personal médico y de enfermería que prefiere no tratar con personas homosexuales argumentando razones supuestamente morales o que son portadores de enfermedades infectocontagiosas (Hernández, 2007). Para enfrentar esta circunstancia, el personal de salud habría de ser orientado con el propósito de asegurarles un trato igual a todos y todas las pacientes, independientemente de sus creencias, identidades, orientaciones o preferencias. De lo contrario, se daña la relación médico-paciente, se obstaculizan las políticas de prevención, se atenta contra la credibilidad del sistema de salud y se impide que las personas usuarias soliciten pruebas voluntarias (Sevilla, 2007, p. 70).

Una de las principales discriminaciones que hoy padece la comunidad LGBTTTI derechohabiente de los servicios de salud resulta de la desigualdad de trato ante la imposibilidad de afiliarse a sus parejas en instituciones como el IMSS o el ISSSTE.⁸ La negativa del servicio deviene de una interpretación y discriminación formal asentada en la Ley del

⁸ Este tema se aborda en el rubro *Proceso civil* de este reporte.

HOMOFOBIA EN SERVICIOS DE SALUD

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, reveló que de 373 profesionales de la salud (131 hombres y 239 mujeres) del Estado de México, Yucatán y el Distrito Federal, casi una cuarta parte piensa que la homosexualidad es causa de sida en México, más de 25% dijo que no compartiría una casa con un homosexual y casi tres cuartas partes opinaron que las personas viviendo con VIH eran culpables de su condición. Además, casi 30% expresó que el aislamiento era lo mejor para proteger al equipo de médicos (Hernández, 2007, pp. 27-28).

Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en tanto que únicamente se reconoce la relación entre hombre y mujer para el otorgamiento de los seguros, servicios y prestaciones.

Por ejemplo, el artículo sexto de la Ley del ISSSTE, establece que “entenderá por familiares derechohabientes al cónyuge, o a falta de éste, el varón o la mujer con quien, la Trabajadora o la Pensionada con relación al primero, o el Trabajador o el Pensionado, con relación a la segunda, ha vivido como si fuera su cónyuge durante los cinco años anteriores o con quien tuviese uno o más hijos(as), siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio”. Este criterio es a todas luces discriminatorio.

Sin embargo, las autoridades de ambas instituciones cuentan hoy con suficientes herramientas como para realizar una interpretación armónica, sistemática y progresiva de sus respectivas leyes de seguridad social y con ello garantizar la protección de los derechos humanos de las personas del mismo sexo que celebran matrimonio, forman parte de una sociedad de convivencia o viven una relación de concubinato y que solicitan a dichas instancias la inscripción de su cónyuge o pareja como beneficiario o beneficiaria derechohabiente. La cláusula de no discriminación contenida en el párrafo tercero del artículo 1 de la Constitución basta y sobra para que tal interpretación se actualice (Conapred, 2011, p. 40 y 41).

En agosto de 2010 el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Daniel Karam, aseguró que para que el IMSS otorgara todos los servicios a matrimonios entre personas del mismo sexo, era necesario modificar la Ley del Seguro Social (LSS) y que eso correspondía al Congreso de la Unión.

El 24 de julio de 2011, la Asamblea Consultiva del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) declaró que estudiaba la posibilidad de interponer una denuncia formal ante la Secretaría de la Función Pública (SFP) contra el IMSS y el ISSSTE debido a que ninguna de esas instituciones había respondido a la Resolución 2/2011, que señalaba su obligación de brindar servicios médicos y de protección social a parejas del mismo sexo en el Distrito Federal.

En septiembre del mismo año, el ISSSTE rechazó inscribir como derechohabientes a dos matrimonios del mismo sexo –casados oficialmente en la ciudad de México– toda vez que su ley interna sólo reconoce como familia a las parejas conformadas por un hombre y una mujer.

Bajo este argumento, el ISSSTE rechazó tajantemente cumplir una resolución del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), en la cual se le pidió cesar actos discriminatorios cometidos contra los trabajadores Héctor Miguel Salinas e Irina Layevska Echeverría Gaytán, a quienes les rechazaron inscribir como derechohabientes a sus parejas por el hecho de no encajar en el concepto tradicional de familia.

Finalmente, el 30 de abril de 2012, la Cámara de Diputados aprobó una reforma a las leyes del IMSS e ISSSTE, que “establece la posibilidad de acceso a las prestaciones de seguridad social, a los matrimonios entre personas del mismo género, ya sea como unión civil, sociedad de convivencia, o cualquier otra forma que se establezca para otorgar sustento legal a la unión de parejas del mismo sexo”.¹ Ésta fue devuelta al Senado, cámara de origen de esa iniciativa, para su ratificación, la cual todavía se halla pendiente.

¹ Cámara de Diputados, boletín de prensa 5115, disponible en <http://www3.diputados.gob.mx/camara/005_comunicacion/a_boletines/2012_2012/004_abril/30_30/5115_reforma_el_pleno_las_leyes_del_imss_e_issste_en_favor_de_matrimonios_entre_personas_del_mismosexo>.

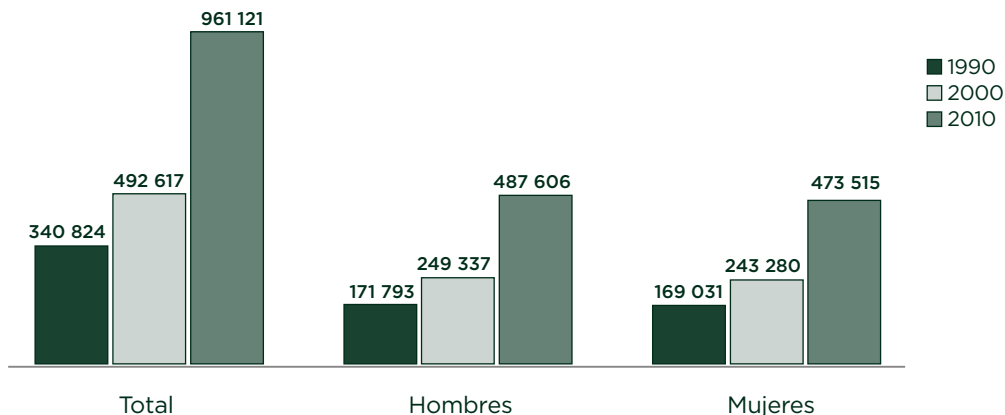
Esta situación no ocurre en el Seguro Popular, en tanto que la afiliación se da por “familias” y no hace referencia a las y los trabajadores como derechohabientes en lo individual. Sin embargo, se conoce que la Cláusula 105 del Contrato Colectivo de Trabajo de Pemex establece que se consideran derechohabientes (del servicio médico integral) de los trabajadores sindicalizados o jubilados: Los cónyuges o la mujer que haga vida marital con el trabajador o jubilado, en el caso del cónyuge siempre y cuando dependa económicamente de la trabajadora y no reciban de otra institución o patrón, salarios, pensión o servicio médico. Sin embargo, en el Conapred no existe reclamación alguna hasta el momento.

PERSONAS MIGRANTES

México es un país de tránsito migratorio hacia Estados Unidos. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, la población que se encuentra en territorio mexicano y que originalmente nació en otro país se ha triplicado en los últimos 20 años (INEGI, 2010).

Gráfico 17. Población nacida en otro país (1990, 2000, 2010)

74



FUENTE: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda (1990); XII Censo General de Población y Vivienda (2000); XII Censo General de Población y Vivienda (2010).

El Instituto Nacional de Migración (INM) estima que en 2004, aproximadamente 400 000 migrantes centroamericanos cruzaron de forma ilegal la frontera entre México y Guatemala (Díaz y Kuhner, 2008, p. 5). Para proteger el derecho a la salud que estas personas tienen en territorio mexicano, independientemente de su nacionalidad de origen, la Ley de Migración, en su artículo 27, señala que le corresponde a la Secretaría de Salud promover la prestación de servicios a extranjeros, así como brindar el servicio sin importar su situación migratoria.

En el estado de Chiapas, que históricamente es un receptor de migrantes centroamericanos que buscan emplearse en México o llegar a Estados Unidos, se han comenzado a emprender acciones para atender a los extranjeros, independientemente de su estatus migratorio. Sin embargo, en la mayoría del territorio nacional, para recibir atención en los hospitales las personas migrantes muchas veces tienen que pagar onerosas cuotas (Fabienne Venet 2011, mesa de trabajo).

Los principios jurídicos recién incorporados en la legislación mexicana relativos al derecho a la salud de los migrantes extranjeros y la primera infraestructura dispuesta no resultan suficientes. Por lo general es la Cruz Roja, a través de sus consultorios y dispensarios médicos en las regiones de tránsito, la institución que brinda servicio generalizado de bajo costo y sin exigir documentos a quienes lo solicitan.

El informe del Relator Especial para Migrantes señala que aspectos como la salud física y psicológica de las y los migrantes es de alta prioridad y debe atenderse por el Estado mexicano:

la asistencia física y psicológica a los migrantes es una laguna significativa en el grado de protección prestada por México. Las estaciones migratorias proporcionan un mínimo de cuidados físicos y rara vez ofrecen asistencia de salud mental. La escasez del tratamiento disponible para las víctimas de la violencia sexual y de género constituye una deficiencia. Los casos de los amputados y los mutilados en relación con la violencia perpetrada en el “tren de la muerte” y la deficiente asistencia médica e incluso la negligencia ulteriores resultan alarmantes (ONU-Consejo de Derechos Humanos, A/HRC/11/7/Add.2 24 de marzo de 2009)..

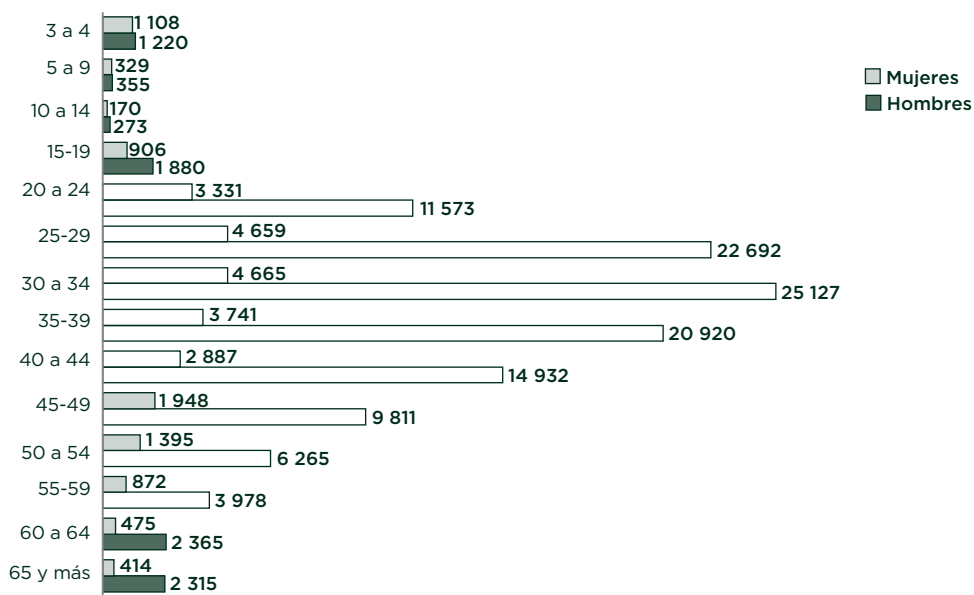
Falta un tramo largo y voluntad política para que el Estado mexicano cumpla con los mandatos que la Constitución y las leyes establecen.

Una posible acción, coincidente con tales principios, sería extender el sistema del Seguro Popular hacia las y los migrantes extranjeros, bajo modalidades financieras que fuesen al mismo tiempo sustentables en el tiempo.

PERSONAS CON VIH/SIDA

Al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado en México 151 614 casos de sida, de los cuales 123 706 (82 por ciento) eran hombres y 26 900 (18 por ciento) mujeres. También se habían registrado 36 714 casos acumulados de VIH, de los cuales 26 697 (72.8 por ciento) eran hombres y 10 017 (27.2 por ciento) mujeres (Censida, 2011, p. 6).

Gráfico 18. Casos de sida diagnosticados por sexo (1983-2011)



FUENTE: SS/DGE. Registro nacional de casos de sida. Datos al 30 de septiembre del 2011. Censida/DIO.

Además de sus implicaciones en la salud, esta enfermedad trae consigo consecuencias de carácter social y económico. El tratamiento antirretroviral –que actualmente se forma por 21 fármacos– es básico para las personas con sida, sin embargo, representa un alto gasto. El informe *El VIH/sida en México* (2009), indica que el costo de un tratamiento completo, administrado por tiempo indefinido, varía entre los 6 000 y 7 000 pesos mensuales, con un aumento aproximadamente cada tres años por la necesidad de fármacos más potentes (Nerio, 2009, p. 50). Por lo tanto, uno de los mayores logros de esta última década ha sido que actualmente las personas con VIH/sida pueden acceder a este tratamiento, que fue una de las demandas que realizó la Comisión Ciudadana de Estudios contra la Discriminación en el año 2000.

El Seguro Popular cubre en la actualidad el tratamiento antirretroviral, pero no otros tipos de medicamentos, mientras que en el IMSS y el ISSSTE el seguro sí es integral [Anuar Luna, activista por los derechos de las personas que viven con VIH/sida, entrevista].

Asimismo, la derechohabiencia resulta vital para este grupo. En 2009, un análisis demostró que la población no derechohabiente con sida tiene un porcentaje de defunciones registradas ligeramente mayor (35.5 por ciento), seguida por la población atendida en instituciones como el IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar (34.4 por ciento) (Censida, 2010, p. 24).

Desde el ámbito sociocultural, el modelo actual del sistema de salud tiene deficiencias organizacionales para la atención de personas con VIH/sida. Desde el punto de vista de los recursos humanos se requiere un enfoque multidisciplinario para atender a las personas con VIH/sida, lo que implica más profesionales competentes en distintas áreas, que además estén preparados para rechazar los estigmas asociados con esta condición.

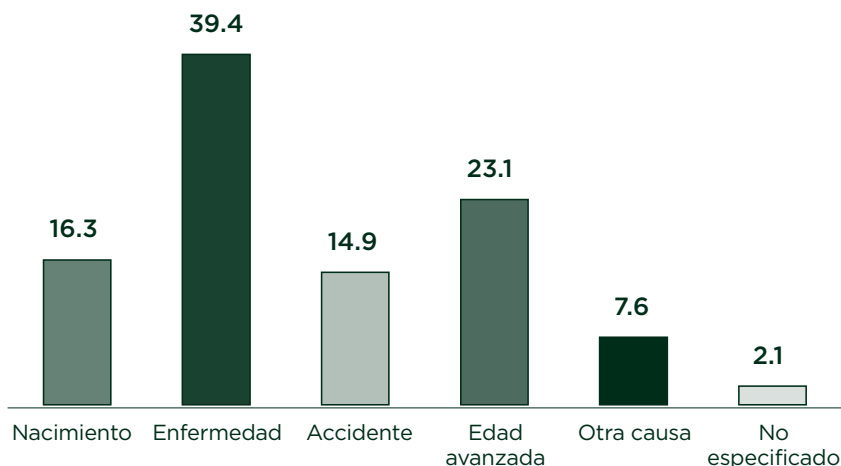
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

México, como Estado Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 13 de diciembre de 2006, reconoce que “las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel

posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad, y el país se compromete a adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación”.

De acuerdo con el Censo 2010, la principal causa de la discapacidad es por enfermedad (39.4%), seguido por la edad avanzada (23.1%), lo que implica un importante reto de salud pública si consideramos que la población, como se dijo antes, está envejeciendo. La discapacidad puede ser de tipo motriz, visual, intelectual, auditiva o de lenguaje.

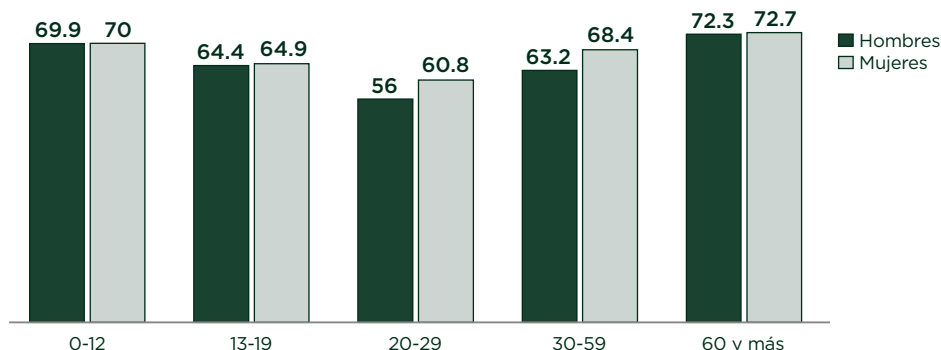
Gráfico 19. Porcentaje de la población con discapacidad según causa de la misma (2010)



FUENTE: INEGI, 2010.

Las personas con discapacidad tienen necesidades específicas en materia de salud. Sin embargo, en México sólo 68.8 por ciento de la población con discapacidad es derechohabiente a servicios de salud. Hay más personas beneficiadas en las edades extremas, con un rango de 70 a 73 por ciento; mientras el grupo más desprotegido es el de los jóvenes de 20 a 29 años, que se halla a 11 puntos porcentuales por debajo del nivel nacional (INEGI, 2012, p. 126).

Gráfico 20. Porcentaje de la población con discapacidad derechohabiente a servicios de salud por grupos de edad y sexo (2010)



FUENTE: INEGI, 2012, p. 126.

De acuerdo con la Enadis 2010, 77.2 por ciento de las personas con discapacidad en el país utiliza los servicios de salud públicos cuando se enferma, y 55.7 por ciento de ellas considera que no recibe toda la atención médica que necesita. Además, el principal impacto que tiene la enfermedad de una persona con discapacidad se presenta en la esfera de la economía familiar. Más de la mitad de las personas con discapacidad en el país considera que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades y para 52 por ciento de las personas con discapacidad la mayoría de sus ingresos proviene de su familia (de los padres y otros familiares).

El informe *Desaparecidos y abandonados. Segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad* (2011), realizado por Disability Rights International (DRI) y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), ha evidenciado la sistemática violación de los derechos de las personas con discapacidad en diversas instituciones públicas de salud. De cada 100 personas con trastornos mentales severos, sólo 2.5 por ciento recibe una atención adecuada (Secretaría de Salud, 2008, p. 57). Sin embargo, esta cifra es poco precisa si se considera que el sistema es descentralizado y el gobierno federal no controla a todas las instituciones a nivel estatal ni contabiliza las que están enfocadas en niños (DRI y CMDPDH, 2011, p. 2).

Debido a la falta de tratamiento y rehabilitación, niños, niñas y personas adultas con discapacidad mental son arrojados a vivir en instituciones públicas. En muchas ocasiones esto ocurre con la complicidad de las familias, que abandonan a sus enfermos o enfermas sin ninguna identificación. Otras veces, los pacientes cuentan con personas que los apoyan, sin embargo, la carencia de tratamiento ambulatorio –medicamentos, consultas médicas, así como capacitación y asesoría para los familiares– los obliga a dejar sus hogares.

Dentro de la gran mayoría de instituciones que supuestamente atienden a esta población, existe una carencia de servicios básicos y viven en condiciones inadmisibles. De acuerdo con el informe, muchas de las instituciones visitadas son sucias y antihigiénicas: no existe presupuesto para comprar papel de baño, jabón, pañales, vasos y los horarios de suministro de agua se llegan a limitar a tres horas al día. La carencia de ropa también es una constante: “En la mayoría de las instituciones de estancia prolongada, la ropa es compartida [...] Incluso en las instalaciones que se mantienen limpias, hay una completa falta de privacidad o de cualquier posibilidad de tomar las decisiones más fundamentales para la vida” (DRI y CMDPDH, 2010, p. 8). A la carencia de suministros se suma la de recursos humanos. De acuerdo con los testimonios del equipo de investigación de DRI y CMDPDH, la cantidad de empleados, así como su preparación y actitud, es insuficiente para las necesidades de las y los pacientes. Un ejemplo es el uso de sujeciones prolongadas para controlar pacientes que pueden ser tratados a través de otros métodos.

La rehabilitación, la estimulación y las oportunidades de ocupación son prácticamente inexistentes en las instituciones, lo que tiene consecuencias definitivas en la vida de las y los pacientes. El documento comentado representa una verdadera señal de alarma sobre la política sanitaria que México dirige hacia las personas con discapacidad mental. No importa si tales instalaciones son públicas o privadas, por mandato constitucional el Estado mexicano tendría que garantizar un trato humano y digno para quienes en la actualidad no lo tienen. Hoy, que el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDDP) de las Naciones Unidas forma parte de nuestra Carta Magna, la negligencia aquí anotada habría de ser combatida por la vía de los tribunales para asegurar del gobierno, en sus distintos niveles, una política pública radicalmente distinta.

RECOMENDACIONES

LAS RECOMENDACIONES CONTENIDAS EN ESTE APARTADO se agrupan en tres campos: i) aquéllas referidas al ámbito legislativo, ii) las sugerencias en materia de políticas públicas y iii) las propuestas encaminadas a un cambio cultural. En el primer campo se incluyen las modificaciones o iniciativas legislativas que deben emprenderse para asegurar que exista un marco normativo armonizado con el respeto y garantía de la igualdad y la no discriminación. Las recomendaciones agrupadas en torno a las políticas públicas refieren los elementos centrales a considerar para el diseño e implementación de políticas acordes con la resolución de los problemas discriminatorios que se señalan en este reporte. Finalmente, se incluyen las acciones destinadas a contribuir a un cambio cultural y en las percepciones y relaciones sociales, a fin de evitar que sigan perpetuándose los mecanismos que hacen posible la discriminación en este ámbito en particular.

Entre las recomendaciones se encuentran algunas de carácter general, otras son específicas. Todas son pertinentes a los aspectos planteados en el reporte, en tanto acciones que se derivan del análisis de las problemáticas descritas, y que además se refuerzan en las observaciones y recomendaciones de los Comités de Vigilancia de los Tratados suscritos y ratificados por México, mismas que el Estado está obligado a cumplir.

ÁMBITO LEGISLATIVO

- › La legislación heterogénea que regionalmente se observa en materia de derechos sexuales y reproductivos, y también en relación con la interrupción legal y voluntaria del embarazo, coloca a las mujeres que habitan en zonas distintas del país en circuns-

tancias asimétricas e injustas. La igualdad de trato por parte del Estado mexicano debe pasar por asegurar derechos, libertades y garantías similares en todo el territorio nacional, siempre a partir del principio que otorga mayores protecciones a la persona, que en este caso son las mujeres.

Al menos dos comités de Naciones Unidas (Comité de Derechos Humanos y el Comité de la CEDAW) han pedido a México que armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal a la luz de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos y la recomendación general del Comité CEDAW núm. 24 (1999).

- ▶ Debe concluirse el proceso de reforma legislativa para asegurar que instituciones como IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Pemex y demás organismos públicos con atención en salud hagan derechohabientes a las parejas del mismo sexo que estén formalmente registradas bajo la figura del matrimonio, de la sociedad de convivencia o del concubinato.

ACCIONES EN MATERIA DE POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

- ▶ La fragmentación del sistema de salud en México y su asociación directa con el trabajo afecta el goce del derecho a la salud en igualdad de condiciones para toda la población. Es necesario que bajo la cláusula antidiscriminatoria se revisen las estrategias de la política en salud, en un contexto en el que los problemas de salud asociados a la pobreza y la inequidad siguen vigentes, aunados a los problemas específicos de cada grupo discriminado, en medio de nuevos e importantes elementos a considerar como lo son el viraje de la pirámide poblacional y sus perfiles sanitarios.
- ▶ La política de salud debe considerarse también como una política de inclusión social que reduzca las brechas en el goce al derecho a la salud ante la evidente desigualdad –en la infraestructura, presupuesto, en el acceso y la calidad en los servicios de salud– según la derechohabiencia o no derechohabiencia y situación económica.

- › Debe ser eje de una política de salud sin discriminación, la atención a toda persona sin importar origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/sida), orientación o preferencia sexual y situación política, social o de otra índole.
- › Los cursos de acción que se diseñen e implementen deben considerar el avance progresivo de esta política y la obligación del Estado de proteger a los grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación, como parte de las mejoras al sistema de salud.
- › La pertinencia cultural y de género son aspectos imprescindibles para garantizar el derecho a la no discriminación en la salud y para elevar cualitativamente los estándares de los servicios de salud que prestan las instituciones públicas.
- › La asignación inadecuada de recursos para la salud en las áreas que más afectan a los grupos discriminados puede provocar la reproducción de la discriminación sin ser manifiesta de manera directa.
- › Las mejoras progresivas en el sistema de salud en México deben considerar los estándares básicos del derecho a la salud para evitar en lo posible la discriminación. Por lo tanto, la accesibilidad a los servicios de salud debe ser física, financiera, geográfica y adecuada culturalmente.
- › Importante considerar dentro de la política de salud la generación de estadísticas e indicadores necesarios para dar seguimiento a la forma en la que se está cumpliendo el derecho a la salud sin discriminación alguna, y un desglose de la información que producen las instituciones del sistema de salud basado en los motivos de discriminación, particularmente sobre grupos en situación de especial vulnerabilidad a la discriminación como las personas con discapacidad y la población indígena. Este sistema integrado ayudará a un mejor proceso de diseño de políticas públicas.
- › Habría de llevarse la inversión anual que hace el país en materia de salud de la tasa actual, que es de 5.9 por ciento del PIB, a una tasa de por lo menos 8 por ciento del PIB, que resulta del promedio exhibido en Latinoamérica.

- › Tendrían que reducirse los desequilibrios y asimetrías que actualmente existen en materia de contribuciones al sistema de salud.
- › Es necesario eliminar el gasto de bolsillo que las familias más pobres tienen que erogar por razones de salud.
- › Debe adaptarse plenamente el sistema de salud y su infraestructura física a la transición demográfica que está viviendo México, marcada por la disminución de la población infantil y por el incremento paulatino de adultos mayores. La accesibilidad física y económica se vuelve un punto nodal desde esta perspectiva.
- › Habría de promoverse un sistema de salud con capacidades suficientes, y sobre todo con especialización adecuada, para atender a la creciente población adulta mayor.
- › En la adaptación del sistema de salud a la transición demográfica debe haber conciencia de los diferentes ritmos regionales ya que, en particular las zonas rurales e indígenas, no muestran la misma velocidad en tal transición que el resto del país.
- › Debería adaptarse plenamente el sistema de salud y su infraestructura física a la transición epidemiológica que está viviendo México, marcada por la reducción de las enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos no transmisibles tales como la diabetes, la hipertensión o las isquemias.
- › Habría de promoverse una política sistemática y de largo alcance a propósito de la prevención de enfermedades, sobre todo aquellas que se derivan de condiciones tales como la mala nutrición, la obesidad o la falta de ejercicio. Especialmente en los sectores más afectados como la infancia y las mujeres.
- › Debe asegurarse una coordinación eficaz de las instituciones de salud que ofrecen servicios a nivel nacional tales como IMSS, ISSSTE, ISSFAM o Seguro Popular.
- › En tales instituciones debe promoverse la homogeneidad en la cobertura de riesgos, la atención de enfermedades y la oferta de tratamientos. Las y los afiliados a cada uno de estos subsistemas habrían de contar con beneficios y obligaciones similares y no, como ocurre hoy, discriminarlos en función del organismo público que, en suerte, los atiende.
- › Especialmente, el Seguro Popular debe reducir las barreras al acceso a servicios, ampliando su disponibilidad en el catálogo

de enfermedades y elevando la calidad de los servicios de salud. De lo contrario, seguirán existiendo diferencias en el acceso a estos últimos.

- › Necesita asegurarse una buena coordinación entre los organismos públicos que, en el ámbito de las regiones, ofrecen servicios de salud. Se requiere combatir la fragmentación que la actual estructura del sistema exhibe y que es causa de un ejercicio asimétricamente injusto del derecho a la salud. Hay que evitar también el dispendio de recursos que se deriva de tal fragmentación regional.
- › Habría de explorarse la pertinencia de consolidar, bajo la dirección de un solo organismo o un consejo rector del Estado, la gestión del sistema público de salud de tal manera que se haga eficiente tanto la recaudación de las contribuciones como el ejercicio del gasto, siendo principios rectores recomendados para ambas tareas la cohesión social, la subsidiariedad y la coherencia de las responsabilidades.
- › La principal discriminación en esta materia surge porque el derecho a la salud está subordinado a la eventualidad de contar con un empleo formal, mientras la gran mayoría de mexicanas y mexicanos –7 de cada 10– laboran actualmente bajo algún esquema considerado dentro de la informalidad. Mientras esta realidad prevalezca poco se podrá hacer para igualar el trato de las instituciones y organismos encargados de la salud. A partir de este argumento es que se propone provocar el divorcio definitivo entre el derecho a la salud y la posesión de un empleo formal.
- › En México resulta viable financiar un sistema de calidad en materia de salud para toda la población a partir de los impuestos generales. Se debe considerar la promoción de una financiación de la seguridad social que se apoye más en los ingresos fiscales generales y no tanto en las contribuciones salariales.
- › La política de salud en el país, además de enfocarse a la garantía progresiva y sin discriminación alguna del derecho universal a la salud, debe también incorporar la priorización de los grupos en situación de discriminación.

Políticas de salud específicas para mujeres y grupos en situación de discriminación

Mujeres

- › Se requiere de una amplia estrategia nacional que promueva el derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, tal como lo establece el Comité DESC de las Naciones Unidas. Esa estrategia debe proporcionar la prevención y, en su caso, el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionarle acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y a su alcance, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.
- › Han de combatirse las barreras económicas, socioculturales, normativas e institucionales que impiden a las mujeres el pleno acceso a la salud.
- › Las políticas de salud dirigidas hacia las mujeres tendrían que prestar principal atención a las más jóvenes y las adultas mayores, dos eslabones del ciclo vital que hoy se encuentran en situación de alta vulnerabilidad.
- › Un objetivo de la política de salud dirigida a las mujeres debe ser la reducción de los riesgos que afectan su salud, particularmente la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. A raíz de los nuevos escenarios sanitarios, debe ponerse atención en las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad.
- › Nuevamente, en el caso de las mujeres, el acceso a una plaza de trabajo (propia o de un familiar) no tiene porqué estar vinculado con el ejercicio del derecho a la salud.
- › Habría de promoverse que la atención médica hacia las mujeres, sobre todo aquella relacionada con las especialidades de ginecología y obstetricia, se conduzca por personal femenino (enfermeras y doctoras).
- › La salud sexual y reproductiva es un tema fundamental para la salud de las mujeres, y debe ser considerada de manera prioritaria, amplia e integrada en la política de salud para evitar discriminación.

- › En relación con el aborto clandestino, se requiere una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley, a métodos anticonceptivos y medidas de concienciación sobre los riesgos de los abortos realizados en condiciones peligrosas y campañas nacionales de sensibilización sobre los derechos humanos de la mujer, dirigidas en particular al personal sanitario y también al público en general.
- › El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen su acceso a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva, con especial prioridad de las mujeres indígenas, a quienes la cobertura y calidad de los servicios de salud afecta severamente, especialmente la atención de la salud sexual y reproductiva.
- › Derivado del caso Rosendo Cantú vs. México ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Corte consideró que evidencia la necesidad de fortalecer la atención y los centros de salud para el tratamiento de las mujeres indígenas que hayan sufrido violencia sexual. Debe proveérseles de recursos materiales y personales, incluyendo la disposición de traductores y un protocolo de actuación adecuado, como parte de la implementación de programas sobre atención a las mujeres víctimas de violencia y a los esfuerzos en inversión para mejora de los servicios que el Estado ha venido realizando.
- › Se requiere mejorar los servicios de apoyo para las mujeres y niñas víctimas de la violencia, garantizando que los profesionales de la salud y los trabajadores sociales estén plenamente familiarizados con la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 para la prevención de la violencia contra las mujeres, el tratamiento de las víctimas, y sean sensibles a todas las formas de violencia contra la mujer, así como perfectamente capaces de ayudar y apoyar a las víctimas de la violencia.

Niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores

- › En concordancia con los principales instrumentos de derechos humanos ratificados por México, los servicios esenciales de salud deben estar garantizados –sin discriminación– para niñas, niños y adolescentes, sin importar fecha de nacimiento, considerando de manera primordial el interés superior de la infancia y adolescencia.
- › La política de salud debe brindar a los niños y niñas con discapacidad, en condiciones que aseguren su dignidad, los servicios de salud necesarios por parte del Estado, de manera gratuita de ser posible.
- › Las y los niños indígenas, especialmente trabajadores migrantes, deben poder acceder fácilmente a servicios de atención primaria en salud dado su limitado acceso a los mismos, su malnutrición desproporcionadamente elevada y los niveles de mortalidad materno-infantil.
- › Dentro de la estrategia regional para reducir las disparidades en el acceso a la atención de la salud, debe ponerse énfasis en la malnutrición entre niñas y niños menores de 5 años y en edad escolar, especialmente en las zonas rurales y entre niñas y niños pertenecientes a grupos indígenas.
- › Es necesaria la producción de datos oficiales sobre las medidas de protección de los servicios de salud para ubicar la situación de las niñas y los niños de la calle y su acceso a los servicios de salud, dado el estigma y la discriminación existente sobre esta población.
- › Ser derechohabiente de las principales instituciones de salud para la población más joven depende del empleo que consigan; como en el caso de las mujeres, también para este segmento sería conveniente garantizar el derecho a la salud independientemente de cualquier otra circunstancia, dado el porcentaje que representan y el tipo de problemas relacionados con la salud a los que se enfrentan. Sobre todo si se considera que el desempleo entre los jóvenes es significativamente más elevado, en comparación con la tasa exhibida por el resto de la población.

- › Se requiere de énfasis en los programas de educación preventivos para promover la salud tanto sexual y reproductiva, como mental de las y los adolescentes, con información científica confiable.
- › Es importante que se refuercen los programas para hacer frente a problemas de salud mental, como el suicidio de niñas, niños y adolescentes.
- › Se debe reducir la incidencia de embarazos y enfermedades de transmisión sexual entre las y los adolescentes y jóvenes, además de proporcionar a las adolescentes embarazadas la asistencia necesaria y acceso universal a la atención y la educación sanitarias en cualquiera de las instituciones del sistema de salud. Es importante que esta política les posibilite participar en la toma de decisiones, adquirir experiencia, tener acceso a información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.
- › En el caso de las personas adultas mayores, cuya edad rebasa los 65 años, 3 de cada 10 no son derechohabientes de ninguna institución perteneciente al sistema de salud. Urge un esfuerzo decidido para incorporar a todas y cada una de las personas adultas mayores que, por su edad, están expuestas a vulnerabilidades relacionadas con el estado de salud y la discapacidad.
- › La dependencia de las personas adultas mayores recae fundamentalmente en el presente sobre sus familiares; el Estado mexicano prácticamente se ha desentendido a la hora de acompañarlas durante sus últimos años de vida. Una política consolidada y convenientemente financiada para apoyar una vida plena en la vejez resulta fundamental para evitar discriminaciones y tratos vejatorios hacia este segmento de la población.
- › El enfoque de la salud hacia las personas adultas mayores debe abarcar la prevención, la curación y la rehabilitación, con medidas que deben basarse en chequeos periódicos y adecuados para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica cuyo objetivo sea mantener la funcionalidad y la autonomía de este grupo altamente vulnerable a la discriminación.
- › En la actualidad el sistema de salud mexicano no cuenta con suficientes geriatras ni especialistas en enfermedades relacionadas con la vejez. La futura política sanitaria del país tendría

que hacerse cargo de esta deficiencia y promover un cambio en la estructura de especialidades donde participa el personal médico de las instituciones públicas dedicadas a la salud.

Poblaciones indígenas

- › En México la ruralidad de las regiones y la carencia de servicios sanitarios siguen siendo circunstancias coincidentes. Un mayor esfuerzo para dotar de instalaciones de primero y segundo niveles, cercanas a las comunidades rurales, sobre todo a aquéllas cuya población es mayoritariamente indígena, se manifiesta como indispensable.
- › El Seguro Popular debe emprender un esfuerzo suplementario para incorporar a las y los menores de edad indígenas ya que, entre quienes no han cumplido aún los 3 años, la cobertura continúa siendo alarmantemente deficitaria.
- › A pesar de programas sociales como el de Oportunidades, los niveles de desnutrición entre los niños y las niñas de las distintas comunidades indígenas siguen mostrando índices muy altos. Se recomienda realizar una investigación a profundidad que ayude a comprender esta contradicción para luego poder enfrentarla con eficacia.
- › Se requiere reforzar la política de información y educación sexual y reproductiva entre las jóvenes indígenas, en particular entre las adolescentes.
- › Se recomienda refinar el trabajo de investigación demográfica y epidemiológica para distinguir con elementos fundados entre los distintos grupos indígenas y étnicos que habitan el país. De lo contrario, se continuará cometiendo el error de asumir que cada uno de ellos merece idéntica atención sanitaria o médica, cuando es evidente que sus características genéticas, nutricionales, ambientales y regionales difieren de manera importante (ya se mencionó antes, a manera de ejemplo, que en materia de salud no son los mismos problemas epidemiológicos los que afectan a la población rarámuri de la Sierra de Chihuahua que a los habitantes de origen maya de la península de Yucatán).
- › La adecuación cultural es imprescindible para que los pueblos

indígenas reciban una atención de salud de calidad: cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Contar con intérpretes para facilitar la prestación de los servicios médicos es otro elemento relevante.

- › No se registran datos claros sobre la mortalidad materna y esperanza de vida en comunidades indígenas y afrodescendientes. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos. La asignación de recursos sobre la salud reproductiva de las mujeres indígenas y afrodescendientes forma parte de las recomendaciones de los comités de las Naciones Unidas, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD).

Migrantes, personas con discapacidad, personas con VIH/sida

- › Según las reformas recientes en materia de derechos humanos deben extenderse los servicios del Seguro Popular, especialmente para las personas migrantes centroamericanas que se encuentran dentro de nuestro país, y a todas y todos los trabajadores migratorios y sus familias.
- › Todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción del Estado mexicano, sean o no inmigrantes, deben tener asegurado el acceso a los servicios de salud en caso de enfermedad.
- › Con el mismo argumento, debe hacerse derechohabiente del sistema mexicano de salud a la totalidad de personas con discapacidad, independientemente de si cuentan con un empleo formal o si son familiares directos de un afiliado o afiliada.
- › Sería necesario emprender una política decidida y contundente para desterrar los abusos y la violación de derechos que se cometen cotidianamente en México en contra de las personas con discapacidad mental que se hallan internadas en instalaciones públicas y privadas. El diagnóstico presentado por Disability Rights International y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos en 2011 no puede pasar

desapercibido; habría, por el contrario, de convertirse en la justificación inapelable de una política que requiere de una puesta en marcha inmediata.

- › Habría de promoverse una política de atención multidisciplinaria, sobre todo médica y psicológica, para las personas infectadas de VIH/sida.

ACCIONES ENCAMINADAS A UN CAMBIO CULTURAL A FAVOR DE LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

- › La juventud y la niñez son momentos en el ciclo vital de los seres humanos particularmente fértiles para promover una cultura de la prevención sanitaria. No habrá mejor inversión en materia de salud, realizada por el Estado o los particulares, que aquélla impartida en las escuelas y los hogares para beneficio de la infancia y la primera juventud.
- › La falta de información y de formación a propósito de los derechos sexuales y reproductivos podría ser la principal explicación por la que se han incrementado las tasas de embarazo adolescente durante los últimos años. Aquí, de nuevo, la pedagogía ofrecida en las escuelas, los hospitales, los centros de atención y los hogares, a propósito de la salud sexual y reproductiva, merece una política pública sistemática y de largo alcance.
- › Resulta indispensable combatir las actitudes y prejuicios discriminatorios que el personal médico sostiene en contra de la población LGTBTTT, a partir de cursos de capacitación y también de programas de sensibilización ética a propósito de los derechos humanos, la tolerancia y la aceptación de la diversidad. Sólo desde un esfuerzo deliberado, a cargo de la autoridad sanitaria, podrán vencerse resistencias y aprensiones infundadas con el objeto de asegurar la igualdad de trato hacia este segmento de la población mexicana.
- › Es muy importante informar y sensibilizar a los profesionales de la salud y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales contra el aborto seguro, no han derogado las

causales para el aborto legal, informando también sus responsabilidades.

- › La política de atención sanitaria a las personas adultas mayores debe incluir activamente a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores; además del énfasis en la atención sanitaria primaria, se debe hacer todo lo posible para que las personas adultas mayores lleven una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible.

ALIMENTACIÓN

**El derecho a la alimentación es
fundamental porque preserva
la posibilidad de desarrollar un
plan de vida de manera digna.**

INTRODUCCIÓN

EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN ES FUNDAMENTAL. Una persona debe poder hacerse de ciertos bienes y servicios básicos de subsistencia como precondition para acceder al goce pleno de otros derechos. Se trata de una causa vital para que, con independencia de los gustos, la cultura, el sexo, la edad, la raza, la condición social, la identidad, el lugar donde vive o el estado físico, la religión o las preferencias sexuales, la persona sea capaz de desarrollar con dignidad su propio plan de vida. La alimentación, por sí sola, no es suficiente para garantizar una nutrición adecuada. Ésta depende también de un contexto favorable a propósito de la salud, la educación o las oportunidades garantizadas para las personas en situación de vulnerabilidad.

Por lo anterior, los Estados democráticos establecen un compromiso importante a la hora de reconocer el derecho que protege a todo ser humano de las tragedias del hambre y la desnutrición. En consecuencia, deben contar con programas, políticas, acciones e instituciones dispuestos para mejorar la producción, la conservación y la distribución de los alimentos, así como para educar en los principios de la mejor nutrición posible para los seres humanos. Una democracia que no ha resuelto el hambre de todas y todos sus gobernados está condenada a deteriorarse. La discriminación, el intercambio de favores inaceptables por sufragios manipulados y el clientelismo a partir de los alimentos son algunas de las consecuencias previsibles cuando una comunidad política no ha logrado garantizar este derecho fundamental.

El derecho a la alimentación se conecta con otros derechos y, a su vez, tiene un impacto relevante en el desarrollo humano. El hambre o la desnutrición afectan directamente el derecho a la vida y también influyen sobre el ejercicio de los derechos a la salud y a la educación.

Los derechos políticos otorgados por la ciudadanía igualmente requieren de personas que hayan resuelto algunas condiciones mínimas para su subsistencia. ¿Cómo asegurar decisiones libres, el derecho a votar, la posibilidad de organizarse o la voluntad que se requiere para exigir cuentas a la autoridad, si antes no han sido cubiertas las necesidades nutrimentales indispensables? No puede asegurarse una nutrición saludable si no se cuenta antes con el derecho al agua; también la posesión de una vivienda digna, propia o rentada, influye en la calidad nutrimental de la persona (de ésta depende que el hogar familiar cuente con circunstancias adecuadas para almacenar o conservar en buen estado los alimentos). Al mismo tiempo, el derecho al trabajo bien remunerado es esencial para que la persona pueda hacerse de los medios a la hora de nutrir a su familia. El derecho a la información es igualmente clave: ¿Cómo podría un ser humano discernir entre nutrientes o interactuar en el mercado para conseguir productos a un precio justo, si la información es tergiversada o negada en perjuicio de las y los consumidores? Particular atención merecen a este respecto las y los niños que son abusados laboral y sexualmente, cuando actores arbitrarios utilizan su hambre como instrumento de coerción. El hambre vulnera como sólo pocos eventos pueden hacerlo (ONU, 2010).

Para los propósitos de este reporte se considerará la definición que la Oficina del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, Olivier De Schutter, utiliza en sus documentos.

El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que se pertenece y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.

Olivier De Schutter (2011)

La oficina del relator recomienda hacer la distinción entre el derecho a la alimentación y el hecho de ser alimentado. Se espera que las personas satisfagan sus necesidades con su propio esfuerzo y utilizando sus propios recursos. Una persona debe vivir en condiciones que le permitan producir o comprar los alimentos (ONU, 2010).

Es consenso entre los países y los organismos internacionales que el planeta produce nutrientes en número suficiente como para alimentar a toda la población humana. Por tanto, la causa básica del hambre y la desnutrición no es la falta de alimento sino el acceso inadecuado a los nutrientes disponibles. “La pobreza, la exclusión social y la discriminación suelen menoscabar el acceso de las personas a la alimentación, no sólo en los países en desarrollo sino también en los países económicamente más desarrollados donde hay alimentos abundantes” (ONU, 2010).

Para que el ejercicio pleno del derecho a la alimentación ocurra habrá de observarse el esquema de producción y distribución, esto quiere decir la *disponibilidad* de los alimentos; también la calidad y aprecio que las poblaciones muestren hacia ellos, entendido como *aceptabilidad*, y las condiciones físicas y económicas para obtener los nutrientes, es decir, la *accesibilidad*.

El cierre social que excluye y vulnera tuvo probablemente como origen en la historia humana la tarea de asignar bienes alimentarios entre distintos grupos humanos. Tal barrera se ha postergado al punto de convertirse en la razón más poderosa de la pobreza alimentaria. Por lo general, la desigualdad en el ingreso impacta sobre la canasta básica a la que tiene acceso quien se encuentra excluido del derecho a la alimentación. En México, las Encuestas Nacionales de Ingreso Gasto en los Hogares (ENIGH), realizadas por el INEGI, muestran que el consumo de carbohidratos, calorías y grasas es significativamente más elevado en los deciles más pobres y, en el mismo sentido, que las proteínas consumidas por esta misma población muestran un rango muy inferior si se comparan con el consumo de los deciles más elevados. Por su parte, el Coneval (2010) acusa un comportamiento más agudo del mismo síntoma entre las poblaciones indígenas. Mientras la frecuencia con que la población no indígena consume frutas, verduras, lác-

MUERTES POR HAMBRE

Sólo 10% de son el resultado de conflictos armados, catástrofes naturales o condiciones climáticas excepcionales. El otro 90% son víctimas de la falta de acceso a una alimentación adecuada en forma crónica y en el largo plazo.

(ONU, 2010)

teos, pescados o mariscos es razonablemente buena, en el caso de la población indígena los indicadores disminuyen a niveles inadecuados.

Una segunda barrera de entrada al acceso de productos nutricionales en México es la precaria infraestructura que prevalece en las comunidades rurales más alejadas. Las características orográficas del país requieren un mejor sistema de abasto que no imponga costos elevados –ocasionados por el precio del transporte de alimentos– a las poblaciones de escasos recursos. Sin embargo, entidades como Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla continúan exhibiendo un amplio déficit en caminos y carreteras. Este hecho condena obviamente a sus poblaciones, que tienen una importante cantidad de personas indígenas. Con datos del Coneval (2010) se argumenta que los mayores niveles de desnutrición aparecen en las comunidades cuya población es menor a cinco mil habitantes, las cuales coinciden en mostrar carencias graves en cuanto a las vías de comunicación.

Una tercera barrera es la que se refiere a la concentración de ciertos mercados, donde sólo pocos agentes participan en la provisión de bienes y servicios. En efecto, la competencia en los mercados del maíz, los refrescos, los jugos, el agua, los medicamentos, la leche, la carne procesada, el pollo y el huevo, suele ser de naturaleza oligopólica. Esta circunstancia contribuye a elevar el costo de la alimentación, sobre todo entre las poblaciones más pobres del país.

Tradicionalmente son las mujeres quienes han padecido mayor exclusión en el acceso a los nutrientes. Es así, en parte, por la tradición cultural, que quiere ofrecer los mejores alimentos al varón y también porque los ingresos con los que cuentan las mujeres, sobre todo aquellas que se encuentran solas (madres solteras, adultas mayores, viudas), tienden a ser menores. A lo anterior se añade que las mujeres han permanecido marginadas en la posesión de los medios de producción –capital y tierra– y, por lo tanto, resulta doblemente difícil para ellas procurarse una circunstancia de autonomía alimentaria. Este hecho provoca, además, una condición asimétrica de poder frente a los varones de cada familia.

Ya se advirtió antes que las poblaciones más marginadas en el derecho a una nutrición saludable son las indígenas. Esto tiene que ver con el alejamiento secularmente impuesto de los centros de producción y distribución de alimentos, y también con la dificultad que para

este sector implica sostener una producción suficiente y autónoma de los bienes que se requieren.

En el primer apartado de este capítulo se revisarán las principales aportaciones que el marco normativo internacional ha hecho a la construcción del derecho a la alimentación y también las observaciones que los diferentes organismos multilaterales han establecido en materia de discriminación, disponibilidad, acceso y adecuación frente a los nutrientes fundamentales para la vida humana. Asimismo, se abordarán las reformas constitucionales celebradas en México en el año 2011, cuando por primera vez se incluyó este derecho humano en la Carta Magna. Posteriormente, se analizará la legislación secundaria federal mexicana, responsable de otorgar garantías materiales a esta prerrogativa fundamental.

En el segundo apartado se revisarán algunas de las barreras discriminatorias frente al derecho a la alimentación, las cuales actúan contra la disponibilidad, el acceso y la adecuación de los nutrientes necesarios para una existencia digna. Las variables que interfieren en este fenómeno son múltiples y, por tanto, sería imposible tratarlas todas en este reporte. Por su relevancia para México, y porque existe suficiente información para desarrollar los argumentos, aquí se escogieron tres barreras relevantes: la desigualdad en el ingreso, la falta de infraestructura física y la concentración de mercados por parte de unas cuantas empresas.

En el tercer apartado se analizarán algunos aspectos de la discriminación que actúan sobre grupos vulnerables a ésta: pueblos y comunidades indígenas, mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores. Finalmente, se formulará una serie de recomendaciones.

Ricardo Raphael de la Madrid

MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Si bien las declaraciones internacionales no son instrumentos vinculantes, para las naciones son fuente doctrinal en la interpretación de los derechos; por esta razón es que tiene sentido tenerlas siempre presentes. Fue en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 donde por primera vez se incluyó el derecho a la alimentación en un texto de carácter multilateral; desde entonces se hace énfasis en la naturaleza prioritaria de su ejercicio durante la maternidad y la infancia. En 1959 la Declaración de los Derechos del Niño propuso el siguiente principio:

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

En 1969 la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social hizo énfasis en la lucha por eliminar el hambre y la malnutrición. Años después, vendría a reforzar este compromiso la Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición de 1974, que propuso una serie de obligaciones para los Estados, tales como garantizar, en todo momento, un adecuado suministro mundial de alimentos básicos. En 1986 se firmó la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, a partir de la cual se insistió en la responsabilidad de los Estados para asegurar la igualdad de oportunidades de las personas con respecto al acceso a los recursos básicos. Finalmente, en el año 2000, la Asamblea General

de la ONU aprobó la Declaración del Milenio, que colocó como objetivo para el año 2015 la reducción, por mitad, del número de personas que padecen hambre en el planeta.

En simultáneo a la expedición de las anteriores declaraciones, los diferentes organismos internacionales han avanzado en la concreción de una serie de pactos y tratados, éstos sí de carácter vinculante para los Estados, en temas relativos al derecho a la alimentación. Destaca sobre todos estos instrumentos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, que fue un parteaguas, para definir, entre otros temas, las obligaciones de los Estados con respecto a la alimentación de sus poblaciones.

Reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, los Estados partes se comprometieron a adoptar:

Individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para, entre otras cosas, 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, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.

Específicamente, frente al tema de la no discriminación, este Pacto prevé que los Estados garanticen “El ejercicio de los derechos 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”.

Para asegurar una supervisión adecuada del PIDESC, la Asamblea General de la ONU creó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), el cual ha jugado un rol fundamental a la hora de extender la interpretación y cumplimiento de los compromisos adquiridos por los Estados partes. En 1999 este Comité expidió la Observación número 12 que otorgó aún mejor significado a la definición del derecho

a la alimentación al postular que esta prerrogativa fundamental: “se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla.

En este mismo documento se introdujeron los criterios materiales para medir la calidad en el ejercicio de dicha potestad ciudadana, tales como la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación de los alimentos.

El CDESC precisó como discriminatorio para el ejercicio de este derecho a todo impedimento para acceder a los alimentos, así como a los medios y derechos para obtenerlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, edad, religión, opinión política o de otra índole nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio de los derechos económicos, sociales o culturales.

Observación núm. 12 del CDESC

El CDESC definió “disponibilidad” como el acceso suficiente, en cantidad y calidad, para responder a las necesidades alimentarias; nutrientes que además deben ser aceptables para cada cultura determinada. Este acceso ha de respetar formas sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

La accesibilidad comprende también contextos económicos y físicos. Los primeros se refieren a los costos individuales o familiares que han de cubrirse para adquirir los nutrientes; tales costos no deben poner en riesgo la provisión u obtención de otras necesidades básicas, es decir, su precio no debe obligar a la persona a sacrificar otros bienes esenciales.

Con respecto a la accesibilidad física, la Observación número 12 del CDESC advierte que ninguna persona –sin importar la zona o región donde resida, el dinero que posea, ni cualquier otra vulnerabilidad que experimente– vea amenazada la obtención de bienes nutricionales.

Hace particular énfasis en la atención que a este respecto merecen las mujeres, niñas, niños y los pueblos indígenas.

Otros instrumentos internacionales a propósito del derecho a la alimentación, que es obligado mencionar aquí, son el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos de San José (1988), el Protocolo de San Salvador (1988) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1990). El Protocolo de San José establece:

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.

El Protocolo de San Salvador, que también tuvo como objetivo ampliar la interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratifica principios similares.

De su lado, la Convención sobre los Derechos del Niño hace vinculantes varios de los preceptos antes mencionados en la Declaración de 1959. La Convención advierte que los Estados,

Adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas o de otra índole para dar efectividad a los derechos [...] En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán las medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Un concepto relevante para la discusión sobre este derecho es el de la seguridad alimentaria. En la Cumbre Mundial de la Alimentación, celebrada por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en 1996, se definió a la seguridad alimentaria como la condición para que todas las personas logren, en todo momento, acceso físico, social y económico a los alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades energéticas diarias y las preferencias alimentarias para llevar una vida sana y activa. Du-

rante el desarrollo de esta Cumbre se puso de manifiesto que el ingreso económico de la persona es determinante para alcanzar una nutrición saludable. También se dejó en claro que las comunidades indígenas requieren de autonomía para decidir sobre sus propios procesos de producción, tema del que deriva la noción de soberanía alimentaria.

La soberanía alimentaria es otro concepto relacionado con el derecho a la alimentación, y todavía produce controversia en la discusión internacional. Quienes lo defienden aseguran que puede impulsar modelos alternativos de agricultura, así como políticas y prácticas comerciales no tradicionales, con el propósito de facilitar el ejercicio de los derechos de la población (ONU, 2010). Sus detractores aseguran que en el orden interdependiente del comercio mundial es difícil resolver las carencias alimentarias a partir de la soberanía de las naciones, sobre todo cuando ésta puede confundirse con la autarquía o servir como justificación para promover medidas proteccionistas y barreras comerciales.

Cabe advertir que no sólo los Estados están obligados a asegurar el derecho a la alimentación, también el sector privado debería asumir responsabilidades a la hora de garantizar su existencia material. En el folleto informativo número 34 de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010) se advierte:

El sector privado desempeña una función significativamente más importante que el sector público cuando se trata de la alimentación. La mayor parte de los alimentos son producidos, procesados, distribuidos y comercializados [...] por entidades privadas. Esto significa que corresponde al sector privado una función importante en la garantía y mejoramiento de la salud alimentaria.

(ONU, 2010)

En sentido inverso las empresas privadas pueden afectar para mal el ejercicio del derecho de las personas a la alimentación:

Si gozan de una ventaja desproporcionada en la competencia por la tierra, los recursos o el acceso al mercado, esto puede marginar a los productores y vendedores de alimentos en pequeña escala y, como resultado, menoscabar su seguridad alimentaria. Al vender alimentos inseguros o al comercializar alimentos con información engañosa, las empresas pro-

ductoras de alimento pueden menoscabar el acceso de la persona a la alimentación adecuada.

(ONU, 2010)

DERECHO A LA ALIMENTACIÓN VS. DERECHO A SER ALIMENTADO

El derecho a la alimentación no es un derecho a ser alimentado, sino principalmente el derecho a alimentarse en condiciones de dignidad. Se espera que las personas satisfagan sus propias necesidades con su propio esfuerzo y utilizando sus propios recursos. Una persona debe vivir en condiciones que le permitan o producir alimentos o comprarlos. Para producir sus propios alimentos una persona necesita tierra, semillas, agua y otros recursos, y para comprarlos necesita dinero y acceso al mercado.

ONU (2010)

En México, la desigualdad regional, las enormes variaciones en el ingreso, la insuficiente infraestructura física, la concentración de los mercados y las restricciones a la autonomía productiva y comercial de las comunidades originarias producen, en conjunto, un escenario ciertamente discriminatorio que vulnera posibilidades de acceso, disponibilidad y adecuación alimentaria para sectores numerosos de la población. Los datos de desnutrición y sobrepeso ratifican hoy un desequilibrio en México que amenaza con seriedad a las poblaciones más pobres. En el siguiente apartado se revisará la normativa nacional a propósito del derecho a la alimentación.

CONVENCIONES Y TRATADOS INTERNACIONALES

AÑO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
1948	DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS	Fue el primer documento que incluyó el derecho a la alimentación en la normativa internacional.
1959	DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO	El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
1966	PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	<p>Primer documento vinculante de derecho internacional donde se regula el derecho a la alimentación y, a la fecha, el más importante sobre la materia.</p> <p>Los Estados firmantes se comprometen a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos; [de la misma manera] 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.</p>

A	INSTRUMENTO	CONTENIDO
1969	DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL	El progreso y el desarrollo en lo social deben encaminarse a la continua elevación del nivel de vida material y espiritual de todos los miembros de la sociedad. Para lograrlo, establece varios derechos, entre ellos, la eliminación del hambre y la malnutrición, y la garantía del derecho a una nutrición adecuada.
1974	DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE LA ERRADICACIÓN DEL HAMBRE Y LA MALNUTRICIÓN	<p>Fija como objetivo común de todos los países, en especial de los países desarrollados y otros que están en condiciones de prestar ayuda, la erradicación del hambre.</p> <p>El artículo 2 enfatiza la responsabilidad de los gobiernos de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos.</p>
1986	DECLARACIÓN SOBRE EL DERECHO AL DESARROLLO	<p>Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizar, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos.</p> <p>Deben adoptarse medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. También deben realizarse reformas económicas y sociales adecuadas, con objeto de erradicar todas las injusticias sociales.</p>

AÑO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
1988	PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS DE SAN JOSÉ	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.
1988	PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE SAN SALVADOR	<p>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.</p> <p>Los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos.</p>
1990	CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO	<p>Los Estados reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.</p> <p>Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño o niña sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.</p>
1999	OBSERVACIÓN núm. 12 DEL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla.

AÑO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
2000	DECLARACIÓN DEL MILENIO	Para el año 2015 los Estados se comprometen a reducir a la mitad el número de personas que padecieran hambre.

OTROS INSTRUMENTOS

Noviembre de 2004	Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional. Aprobadas por el Consejo de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en su 127 periodo de sesiones.	Las directrices voluntarias abarcan todas las distintas medidas que deben considerar los gobiernos en el plano nacional a fin de establecer un entorno propicio para que su población pueda alimentarse por sí misma con dignidad y de crear redes de seguridad apropiadas para quienes no estén en condiciones de hacerlo. Pueden emplearse para reforzar y mejorar los marcos de desarrollo existentes, especialmente en relación con las dimensiones social y humana, colocando los derechos de las personas de forma más resuelta en el centro del desarrollo.
27 de abril de 2012 OEA/Ser.P AG/CP/ GTDC/INF- 7/12	Proyecto de Declaración de Cochabamba sobre “Seguridad Alimentaria con Soberanía en las Américas”	El proyecto de Declaración pretende articular la seguridad alimentaria con soberanía como realización del derecho a la alimentación. A esta nueva construcción se denomina “Saber Alimentarse para Vivir Bien” porque prioriza la alimentación como fuente de vida de los seres humanos, en armonía con la naturaleza, estableciendo marcos generales para la construcción de un nuevo orden alimentario mundial más justo, equitativo e incluyente.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

Fue hasta abril de 2011 que se reformó la Constitución mexicana para incluir explícitamente el derecho fundamental a la alimentación para todas las personas. Anteriormente, esta prerrogativa estaba prevista en el artículo 4 para proteger los derechos de las y los niños. Ahora, el texto vigente incluye a todas las personas para que gocen de una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. También se prevé puntualmente que el Estado es responsable de garantizarla. En la misma fecha se modificó también el artículo 27 para precisar que el Estado debe asegurar el abasto suficiente y oportuno de los alimentos básicos.

REFORMA CONSTITUCIONAL

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

Artículo 27. El desarrollo rural integral y sustentable [...] también tendrá entre sus fines que el Estado garantice el abasto suficiente y oportuno de los alimentos básicos que la ley establezca.

Si bien la inclusión de ambos principios dentro de la Carta Magna es un hecho que debe celebrarse, no deja de llamar la atención que haya tenido que pasar tanto tiempo para incorporar el derecho a la alimentación en el texto fundamental. Cabe reconocer que antes de las reformas comentadas, esta prerrogativa ya se encontraba contenida en tres leyes de carácter federal: la Ley General de Salud, la Ley General de Desarrollo Social y la Ley de Desarrollo Rural Sustentable.

La primera dicta que la Secretaría de Salud, junto con las autoridades estatales y las demás entidades del sector correspondiente, deben velar por la nutrición y la disponibilidad de los alimentos. De su lado, la Ley General de Desarrollo Social coloca como prioritarios los programas y políticas públicas responsables de garantizar la alimentación y la nutrición materno-infantil, así como el abasto de productos básicos

para toda la población. Por último, la Ley de Desarrollo Rural Sustentable impone al Estado la obligación de capitalizar al sector mediante obras de infraestructura básica y productiva, así como a través de apoyos directos a productores. En simultáneo, ahí se establece que el Estado deberá procurar el abasto de alimentos y productos básicos y energéticos a la población, especialmente a los grupos menos favorecidos.

Gracias a las recientes reformas constitucionales, tales principios establecidos en la legislación secundaria logran hoy mejor anclaje jurídico a favor del derecho a la alimentación. Esto mismo promovió la reforma última a la Constitución en materia de derechos humanos, que colocó los tratados internacionales en el mismo nivel de la Carta Magna, como normas aplicables para toda la jurisdicción mexicana. México cuenta en el presente con un marco normativo más eficaz para enfrentar la pobreza alimentaria y la mala nutrición que aún padece un número considerable de mexicanas y mexicanos.

LEGISLACIÓN NACIONAL

ARTÍCULO CONSTITUCIONAL

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

ARTÍCULO 27 CONSTITUCIONAL

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

LEY GENERAL DE SALUD

La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en la formulación y desarrollo de programas de nutrición, deberán promover la participación de los organismos nacionales e internacionales, así como de los sectores sociales y privado, cuyas actividades se relacionen con la nutrición, los alimentos y su disponibilidad.

LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

La alimentación como un derecho para el desarrollo social.

El Estado debe incluir este derecho dentro de la política nacional en la materia para la superación de la pobreza.

Son prioritarios y de interés público los programas y acciones públicas para asegurar la alimentación y nutrición materno infantil, así como los de abasto social de productos básicos, ambos relativos a la protección del derecho en cuestión.

**LEY DE DESARROLLO
RURAL SUSTENTABLE**

El Estado está obligado a capitalizar el sector rural mediante obras de infraestructura básica y productiva y de servicios a la producción así como a través de apoyos directos a los productores.

El Estado establecerá las medidas para procurar el abasto de alimentos y productos básicos y energéticos a la población, promoviendo su acceso a los grupos sociales menos favorecidos y dando prioridad a la producción nacional.

FUENTE: elaboración propia.

A pesar de las deficiencias legales previas a la reforma constitucional, México cuenta con una extensa tradición de políticas públicas, cuya intención supuesta ha sido asegurar la disponibilidad, el abasto y el acceso adecuado de nutrientes para toda la población. Si se revisa la historia en este tema, destaca en 1962 la creación de la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo), que tuvo como tarea principal asegurar el abasto alimentario en el país. Se concibió también como un instrumento para garantizar la compra y regulación de los precios relacionados con los productos de la canasta básica. Durante su existencia, esta institución administró subsidios generalizados en beneficio de la población. En la actualidad, algunas de las tareas que originalmente desarrollaba Conasupo se han asignado a la empresa pública Diconsa.¹ En 1972 se constituyó también la Compañía Hidratadora de Leche (Liconsa), con el objetivo de apoyar a las personas de es-

¹ Conasupo desapareció en 1999 y dio paso a la creación de otro organismo conocido como Diconsa. En la actualidad, éste cuenta con almacenes centrales y almacenes rurales distribuidos en todo el país. Tiene la capacidad para atender a las comunidades situadas en zonas de alta marginación, proveyéndolas de productos relacionados con la canasta básica.

casos recursos, de zonas urbanas y rurales, para que mejoraran su calidad nutricional. Durante los años setenta el gobierno federal concentró la mayoría de su esfuerzo en esta materia a partir del llamado Sistema Alimentario Mexicano (SAM). Más tarde vendría la implementación de los programas IMSS-Coplamar, PIRE, Pider, Solidaridad, Oportunidades y Procampo, entre otros.

Las acciones, políticas y programas aquí referidos fueron en sus días pensados de acuerdo con propósitos y objetivos de distinta naturaleza. Algunos fueron programas de carácter meramente asistencial, otras políticas tenían la intención de regular los precios que paga la población consumidora o las que garantizan mejor subsistencia a los productores rurales; también han sido prioritarias acciones de apoyo o subsidio para reactivar la producción rural, o los programas para mejorar la nutrición infantil y los hábitos sanitarios en las comunidades. Finalmente, a partir de mediados de los años noventa del siglo pasado, se privilegiaron los programas denominados de “transferencia condicionada”. Éstos se traducen en apoyos que, entre otras prestaciones, entregan dinero en efectivo a las poblaciones focalizadas que viven en circunstancias de pobreza (Incide Social, 2010).

Oportunidades es el programa insignia del gobierno federal que, durante los últimos tres lustros, corresponde a esta última concepción. Ha sido evaluado con tal éxito que se ha exportado a otras naciones. No obstante, en el presente resulta necesario revisar su alcance, sobre todo a partir de los datos que muestran un crecimiento en los niveles de malnutrición y sobrepeso entre las poblaciones beneficiarias, particularmente en las comunidades rurales e indígenas del país.

Si las transferencias directas en efectivo no vienen acompañadas de otras medidas que atiendan la salud, la información o la educación, y que al mismo tiempo se adecuen a las condiciones culturales de cada población, terminan siendo insuficientes para mejorar los niveles de nutrición y, en el peor de los casos, pueden ser contraproducentes. En cualquier caso, y a reserva de evaluar este fenómeno con mayor detenimiento, es pertinente concluir aquí que aun más importante que el derecho a la alimentación es el derecho a una nutrición saludable y adecuada.

En el siguiente apartado se abordarán algunas de las principales barreras para el acceso a los alimentos, las cuales influyen en su dis-

ponibilidad y adecuación, sobre todo en lo que toca a las poblaciones más vulnerables. En México, el ingreso, la infraestructura física y la concentración de los mercados son elementos que vulneran sistemática, asimétrica e injustamente el ejercicio al derecho a la alimentación.

PERCEPCIONES

- › 7 de cada 10 personas consideran que hay mucha discriminación en el país.
- › 6 de cada 10 personas piensan que la riqueza es el principal factor que genera divisiones entre la gente.
- › 56 por ciento de la población considera que la clase social es un aspecto que divide a las y los mexicanos, mientras que 45 por ciento de la población se considera de clase obrera o clase baja.

Encuesta Nacional de Valores,
lo que une y divide a los mexicanos
(Fundación Este País y Banamex, 2010).

A la pregunta “¿qué tanto cree usted que la riqueza provoca divisiones entre la gente?”, 59.5 por ciento contestó que mucho, 26.6 por ciento que poco y 12.5 por ciento que nada; el porcentaje restante no contestó o no sabe.

Enadis (2010)

DIAGNÓSTICO: BARRERAS DE ACCESO AL CONSUMO ALIMENTARIO

LA DESIGUALDAD COMO PRIMERA BARRERA DE ENTRADA AL MERCADO

El consumo no se limita al acto de intercambio en el que se realiza la compraventa de una mercancía para satisfacer una necesidad. Existen condiciones preexistentes que determinan la conducta hacia las y los consumidores, una de ellas es el nivel de ingreso. Para acceder al mercado el consumidor debe contar con un poder relativo de compra, que depende del nivel de ingreso. En México, estos niveles son dramáticamente diferenciados.

El nivel de ingreso de las personas es percibido como un factor de desigualdad, división y discriminación entre la población, por dos razones: la primera radica en que la brecha entre ricos y pobres es inusualmente profunda; la segunda es que las personas más pobres realmente no tienen acceso a los medios básicos de subsistencia.

Si el ingreso es uno de los factores que predetermina el acceso al mercado, resulta aquí necesario revisar su estructura y cómo está distribuido entre la población. La concentración económica en México es elevada y de grandes contrastes. La información que ofrece la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (INEGI, 2010) sobre el ingreso corriente trimestral total de los hogares en 2010, da cuenta de que, medido en deciles,² en un extremo las y los mexicanos perciben ingresos promedio de 6 163 pesos (cifra que representa 17.6 por ciento

² Decil: segmentación que divide a la población en 10 partes. En este sentido, el primer decil es el de ingresos más bajos y el décimo, el de ingresos más altos.

del promedio nacional), mientras que en el otro extremo obtienen un ingreso promedio de 118 428 pesos, esto es, 339 veces el ingreso promedio nacional.

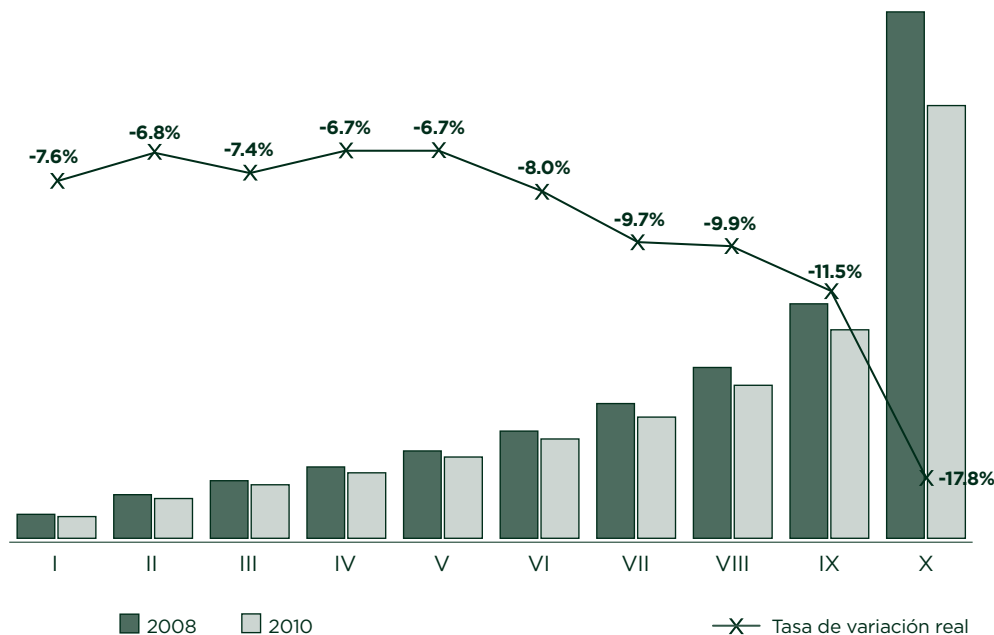
Tabla 2. Ingreso corriente total promedio trimestral por hogares, en deciles de hogares, según año de levantamiento y su coeficiente de Gini³ (precios constantes 2010)

	AÑO DE LEVANTAMIENTO		DIFERENCIA ABSOLUTA	TASA DE VARIACIÓN REAL
	2008	2010		
INGRESO CORRIENTE TOTAL	39 823	34 936	-4 888	-12.3%
DECILES DE HOGARES				
I	6 668	6,163	-505	-7.6%
II	11 635	10,846	-789	-6.8%
III	15 667	14 506	-1 161	-7.4%
IV	19 568	18 259	-1 309	-6.7%
V	23 877	22 279	-1 599	-6.7%
VI	29 355	27 010	-2 345	-8.0%
VII	36 655	33 098	-3 557	-9.7%
VIII	46 204	41 920	-4 621	-9.3%
IX	64 204	56 847	-7 357	-11.5%
X	144 065	118 428	-25 636	-17.8%
Coeficiente de Gini	0.456	0.435	-0.021	-4.6%

FUENTE: Aníbal Gutiérrez con información del INEGI.

³ Coeficiente de Gini: cálculo ideado por el estadístico italiano Corrado Gini que suele utilizarse para medir la desigualdad de los ingresos dentro de un país. Su resultado se expresa con un número ubicado entre 0 y 1, donde 0 corresponde a la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 corresponde a la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

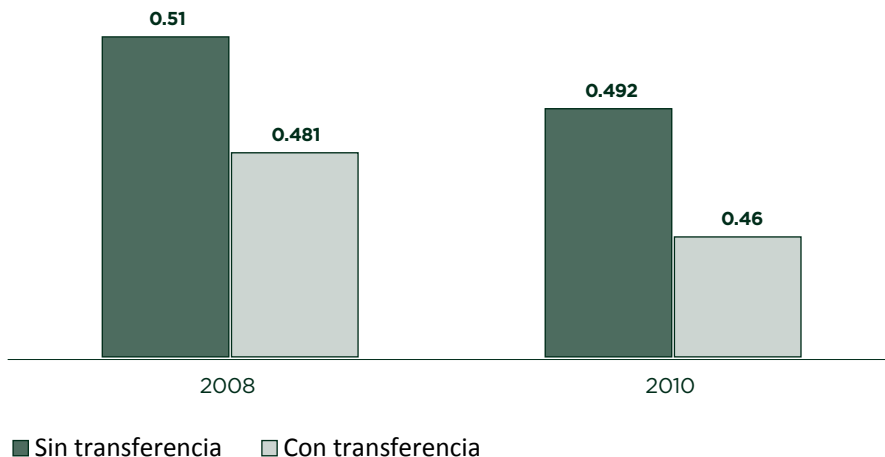
Gráfico 1. Ingreso corriente total promedio por deciles de hogar



FUENTE: Anibal Gutiérrez, con información del INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008 y 2010*.

Esta condición estructural de la concentración del ingreso no ha cambiado sustancialmente. Las políticas públicas que, como ya se mencionó, han incluido en los tiempos recientes acciones de transferencias para mejorar el ingreso corriente de las familias y personas, muestran variaciones en el tiempo, pero al momento actual los resultados relativos a la disminución de la desigualdad económica, y también a propósito de la reducción de los niveles de pobreza, son magros. La crisis económica mundial de 2009 amplió tales brechas y devolvió a un segmento importante de la población a vivir en la pobreza extrema.

Gráfico 2. Coeficiente de Gini del ingreso *per capita* antes y después de transferencias



FUENTE: Aníbal Gutiérrez (2011).

Para efectos del presente análisis, es particularmente importante comprender dónde se sitúan los niveles de pobreza alimentaria. A este respecto, el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza⁴ define 3 líneas para identificar a la población por su ingreso (CESOP, 2004, p. 38):

- › **Umbral de pobreza alimentaria:** hogares cuyo ingreso por persona es menor al que se consideró como necesario para cubrir las necesidades de alimentación, equivalentes a 15.4 y 20.9 pesos diarios del año 2000, por persona en áreas rurales y urbanas, respectivamente.
- › **Umbral de desarrollo de capacidades:** hogares cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación (definidas de igual forma que en el grupo anterior), además del ingreso requerido para asumir los gastos en educación y salud, lo que equivale a 18.9 y 24.7 pesos diarios del año 2000 por persona en áreas rurales y urbanas, respectivamente.

⁴ Este Comité fue creado en 2001 por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol). Está compuesto por académicos y representantes de Conapo, INEGI y Presidencia, entre otras instancias. Su función es desarrollar una metodología para la medición de la pobreza en el país.

- › **Umbral de desarrollo de patrimonio:** hogares cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación y el consumo básico en salud, educación, vestido, calzado, vivienda y transporte público. Dicho ingreso es equivalente a 28.1 y 41.8 pesos diarios del año 2000 por persona en áreas rurales y urbanas, respectivamente.

Tabla 3. Número de personas en condición de pobreza por ingresos, por ámbito y tipo de pobreza, 2006 a 2010

ÁMBITO	2006	2008	2010
TIPO DE POBREZA			
Nacional	82 318 032	100 275 751	108 941 608
Alimentaria	14 742 740	20 214 520	21 204 441
Capacidades	22 072 988	27 767 512	30 029 507
Patrimonio	45 502 304	52 293 719	57 707 660
Urbano	37 408 961	46 906 868	55 052 342
Alimentaria	4 942 523	7 386 444	8 873 963
Capacidades	8 978 519	11 972 004	14 089 457
Patrimonio	23 487 919	27 548 420	32 088 922
Rural	44 909 071	53 368 883	53 889 266
Alimentaria	9 800 217	12 828 076	12 330 478
Capacidades	13 094 469	15 795 508	15 940 050
Patrimonio	22 014 385	24 745 299	25 618 738

NOTA: Anibal Gutiérrez (2012) con información del INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008 y 2010*. Datos expandidos conforme a estimaciones preliminares de población basadas en el Censo de Población y Vivienda, 2010.

FUENTE: Pobreza por ingresos, 2010. Anexo Estadístico, Coneval (2010).

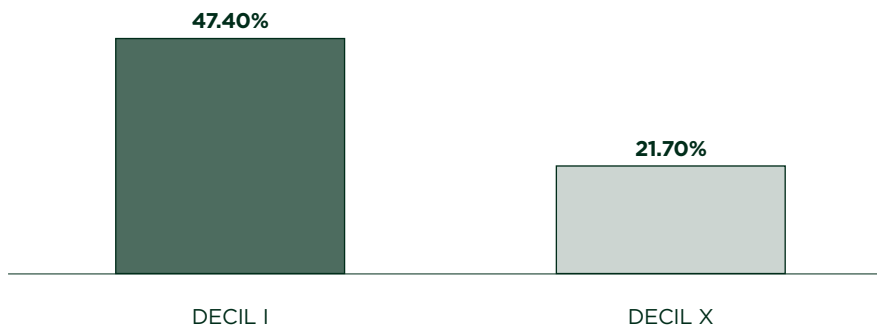
De una población total de 112 336 538 personas, más de 14 millones se encontraban en circunstancia de pobreza alimentaria en el año 2010; de esa población casi 5 millones vive en las zonas urbanas y 9 800 000, en el campo. Si se asume que la población rural mexicana representa sólo 22 por ciento del total de la población (casi 25 millones de personas), la cifra de pobreza alimentaria fuera de las ciudades resulta alarmante.

POBREZA Y ALIMENTACIÓN

En la Cumbre del Milenio, celebrada en el año 2000, México refrendó su compromiso para reducir el hambre y la desnutrición. Si bien el porcentaje de personas con ingresos per cápita menores a un dólar en el país disminuyó entre 1989 y 2005, al pasar de 10.9 a 3.5 por ciento de la población, el Coneval señala que hubo un deterioro del poder de compra de los hogares entre los años 2006 y 2008. Mientras que en 2006 el 13.8 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza alimentaria, en 2008 el porcentaje fue de 18.2 por ciento (Coneval, 2010, p. 60). Esta brecha se amplió después de la crisis financiera mundial de 2009.

El siguiente gráfico, elaborado con datos de la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (ENIGH) (INEGI, 2010), muestra la diferencia del porcentaje de ingreso destinado a los distintos gastos en los hogares.⁵ Destaca que la población más pobre destina más del doble de lo que otorga la población con mayores recursos para la adquisición de alimentos, bebidas y tabaco.

Gráfico 3. Proporción del gasto corriente monetario en alimentos, bebidas y tabaco de los deciles I y X ordenados por el ingreso corriente per cápita, 2010



FUENTE: elaboración propia con datos de la ENIGH (INEGI, 2010).

⁵ La información de la ENIGH muestra que el porcentaje promedio del gasto en alimentos de la población del primer decil es de 50 por ciento, mientras que para la población del último decil es de 22 por ciento.

El hecho de que la población con menores ingresos distribuya un mayor porcentaje del gasto total a su alimentación la hace más vulnerable ante fenómenos como el aumento de precios en alimentos a nivel mundial, las crisis económicas que afectan los precios de la canasta básica o el aumento del impuesto al valor agregado (IVA) en estos bienes.⁶

El análisis de la pobreza alimentaria no puede limitarse a una valoración sobre cuánto se gasta o no en alimentos porque también deben valorarse los grupos de alimentos que se consumen con tales recursos.

En la medida en que la población se encuentra polarizada en términos de sus niveles de ingreso, el tipo de mercado al que accede y su práctica de consumo también son diferenciados. Esto lleva a la identificación de distintas canastas de consumo, como las utilizadas para la definición de las líneas de bienestar,⁷ que distinguen el tipo de bien, la cantidad y la calidad del consumo que realizan las familias. Lo mismo sucede si se analizan las diferentes canastas de consumo con las que el INEGI (y antes el Banco de México) realiza el seguimiento de precios.

Como se verá a continuación, no es lo mismo la canasta de bienes a la que acceden las familias que ganan hasta dos salarios mínimos en comparación con aquéllas a las que acceden las familias que perciben ingresos equivalentes al rango que va de más de 2 salarios mínimos hasta 4 o 6, y la de éstas con las que ganan 8, 10 o más veces el salario mínimo.

En la siguiente tabla se muestra la distribución del gasto total que realizaron los hogares en diferentes alimentos en 2010.

⁶ De acuerdo con el Banco Mundial, el último incremento de alimentos a nivel mundial fue de 15 por ciento entre octubre de 2010 y enero de 2011, principalmente por alza en azúcar, grasas y aceites, trigo y maíz. Ver <<http://www.bancomundial.org/temas/preciosalimentos/alerta-sobre-precios-2011.htm>>.

Por otra parte, el 23 de agosto de 2010 fue la última vez que en México la Cámara de Diputados revisó el tema de gravar los alimentos con el IVA, rechazándolo (*Gaceta Parlamentaria*, año XIII, número 3080, lunes 23 de agosto de 2010).

⁷ Existen dos tipos de canastas básicas, una alimentaria y la otra no. La suma de ambas determina la línea de bienestar. La línea de bienestar mínimo equivale al costo de la canasta alimentaria.

Tabla 4. Hogares y su gasto corriente monetario trimestral en alimentos y bebidas (2010)

HOGARES Y SU GASTO CORRIENTE MONETARIO TRIMESTRAL EN ALIMENTOS Y BEBIDAS, POR GRUPOS DE PRODUCTOS ORDENADOS Y TIPO DE NUTRIENTES SEGÚN DECILES DE HOGARES DE ACUERDO CON SU INGRESO CORRIENTE TOTAL TRIMESTRAL (MILES DE PESOS)										
OBJETO DEL GASTO	DECILES DE HOGARES									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Calorías, carbohidratos y grasas	40%	37%	35%	35%	34%	33%	32%	31%	29%	25%
Proteínas de origen vegetal	6%	5%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	1%
De res y ternera	5%	7%	7%	7%	8%	8%	9%	9%	9%	9%
De puerco	2%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	3%	3%	2%
De aves	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
Otras carnes	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	3%
Pescados y mariscos	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	5%
Leche	6%	7%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
Derivados de la leche	4%	4%	4%	4%	4%	5%	5%	5%	5%	6%
Huevo	5%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	2%
Frutas	3%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	5%	7%
Verduras y legumbres	11%	10%	10%	10%	10%	9%	9%	9%	9%	8%
Otros alimentos	6%	7%	8%	8%	9%	9%	10%	12%	13%	13%
Bebidas alcohólicas	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	2%

FUENTE: elaboración propia con datos de la ENIGH (INEGI, 2010).

Como se puede observar, el principal gasto de la población con menores recursos se destina a carbohidratos. Las verduras y legumbres y la proteína proveniente de aves ocupan el segundo y tercer lugar, correspondientemente. Esto puede ser por la disponibilidad más inmediata, es decir, porque el resto de los grupos alimenticios no son accesibles en sus localidades. Esta hipótesis ameritaría una investigación más rigurosa.

La tabla también muestra que “a medida que incrementan los ingresos, crece el gasto destinado a carnes, leche y sus derivados, frutas, otros alimentos y, aunque de manera más leve, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, así como pescados y mariscos. Del mismo modo, mientras mayor es el ingreso, menor será la proporción del gasto destinado

a cereales, verduras, huevo, aceites y grasas, así como azúcar y mieles” (Incid Social, 2010, pp. 53-54).

Según datos de la *Encuesta Nacional de Abasto, Alimentación y Estado Nutricio en el Medio Rural* (Enaaen) (INSP, 2008), los hogares rurales, indígenas o no indígenas, consumen en promedio 8.89 grupos de alimentos de un total de 11 grupos, y presentan consumos bajos en cantidad y frecuencia de los alimentos sugeridos por grupo alimenticio. Este problema es más grave en la población indígena: sólo 3 por ciento consume uno o más alimentos del grupo de los cárnicos (3 o más días de la semana), como se muestra en la tabla siguiente. En las columnas de la derecha también se refleja el porcentaje de consumo real de cada tipo de alimento, haciendo la distinción entre hogares indígenas y no indígenas.

Tabla 5. Consumo sugerido semanal de alimentos

CONSUMO SUGERIDO DE NÚMERO DE TIPOS DE ALIMENTO A LA SEMANA	PORCENTAJE DE HOGARES	
	NO INDÍGENAS (N=1 084)	INDÍGENAS (N=888)
2 o más frutas por 5 o más días	16	6
3 o más verduras por 5 o más días	19	12
2 o más cereales y tubérculos por 5 o más días	14	15
1 o más lácteos por 3 o más días	57	20
1 o más huevos por 3 o más días	53	24
1 o más cárnicos por 3 días	10	3
1 o más pescados y mariscos por 2 o más días	12	7
1 o más leguminosas por 3 o más días	16	7
1 o más grasas por 5 o más días	72	49
1 o más azúcares por 2 o menos días	7	10
1 o más bebidas por 2 o menos días	25	21

FUENTE: Coneval (2010).

NOTA: los datos de la Enaaen no son representativos de algún tipo de población, por lo que no es posible generalizar los resultados. La muestra de hogares analizada proviene de localidades inferiores a 2 500 habitantes de Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León y Oaxaca.

De acuerdo con lo revelado por la Enaaen, dentro de los hogares indígenas, menos de 16 por ciento presentan el consumo sugerido de frutas, verduras, cereales y tubérculos; de lácteos y el huevo, sólo 20 y 24 por ciento, respectivamente y de carnes, pescados y mariscos, el porcentaje es menor a 8 por ciento. Respecto a las grasas, sólo 49 por ciento de los hogares indígenas reportan el consumo adecuado (Coneval, 2010, p. 44). Resulta importante subrayar estos datos, sobre todo en vista de los altos niveles de anemia que alcanza la población indígena, según los resultados de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut, 2006).

El investigador Ciro Murayama (2012), en la ponencia “Salud y discriminación en México”, señala que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en 21 y 13 por ciento de las localidades rurales estudiadas se encontró que en México existe una menor disponibilidad de frutas y verduras, respectivamente, ya que no se comercian frutas o verduras de forma regular. En cambio, grasas, azúcares, bebidas, cereales y huevo se pueden conseguir en 100 por ciento de las localidades.

En comunidades indígenas el problema es grave: sólo en 12.7 por ciento de los hogares estudiados existía disponibilidad de frutas y verduras en la cantidad igual o superior al mínimo recomendado por el propio INSP. En el caso de las verduras se reporta mayor disponibilidad que en el de las frutas, pero se presenta una brecha importante entre hogares indígenas y no indígenas (37.5 contra 64 por ciento, respectivamente). La brecha se reduce considerablemente en alimentos de pobre valor nutritivo y de alta densidad energética, como la grasa y el azúcar. Poco más de 70 por ciento de los hogares indígenas los tienen a su disposición (INSP, 2010).⁸

⁸ Información disponible en <<http://insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/150-limitado-consumo-de-frutas-y-verduras-en-hogares-indigenas.html>>.

DESNUTRICIÓN, ANEMIA Y OBESIDAD

La desnutrición tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Ésta comienza desde el periodo de gestación y durante los primeros años de vida y tiene efectos directos en el crecimiento, el desempeño intelectual y el desarrollo de capacidades. En materia nutricional, los primeros mil días de vida, contados a partir del momento de la fecundación, son fundamentales para definir las oportunidades y capacidades de desarrollo motriz e intelectual del ser humano. Es también factor determinante para prevenir futuras enfermedades crónicas.

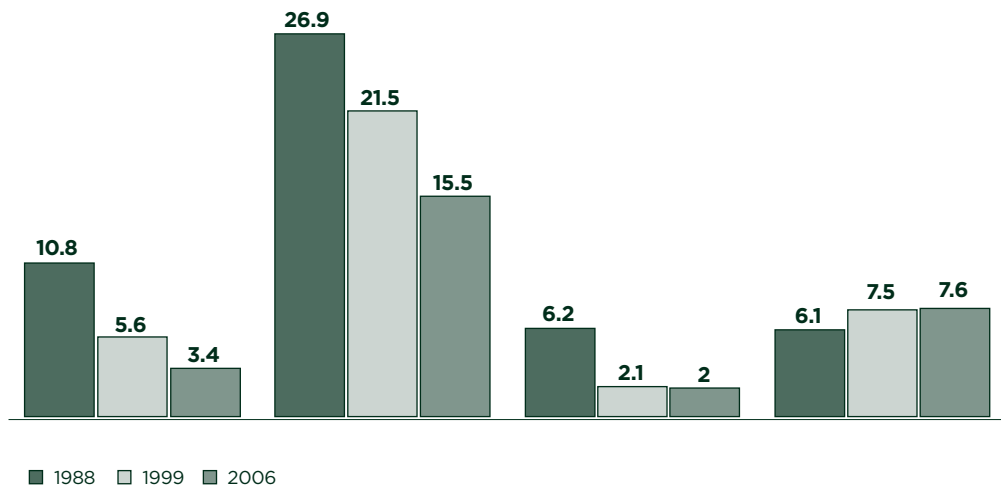
MAYOR PREVALENCIA DE ANEMIA

- A. Niños en edad preescolar. La prevalencia es de 23.7 por ciento. (Los mayores daños en el desarrollo mental ocurren cuando la anemia aparece en los menores de 2 años).
- B. Mujeres en edad fértil. La prevalencia para las mujeres entre los 12 y los 49 años de edad es de 15.6 por ciento.
- C. Personas adultas mayores. La prevalencia es de 23.7 por ciento.
- D. Población de las localidades rurales. Todos los grupos de edad tienen un porcentaje más alto de anemia que el presentado en localidades urbanas, con excepción de las personas adultas mayores. Dentro de las localidades rurales, la población más vulnerable es la que se encuentra en edad preescolar.

Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social en México
(Coneval, 2011).

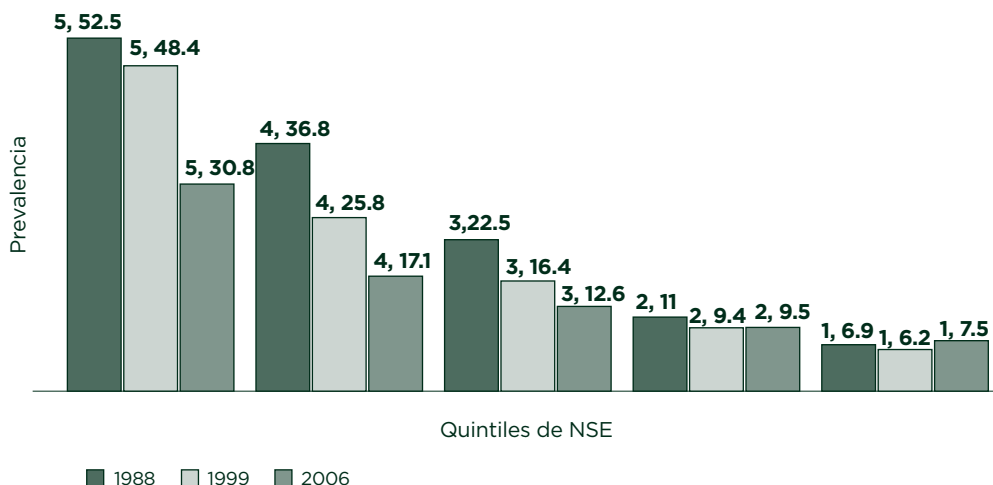
En 1988 la prevalencia de desnutrición crónica fue 2.2 veces superior en la población indígena que en la no indígena. En 1999 la brecha aumentó a 2.7 veces y en 2006 disminuyó ligeramente a 2.6. Las crisis económicas de 1994 y 2009, así como la crisis alimentaria de 2008, han tenido como consecuencia el incremento de la pobreza; con esto se ha demostrado que las reducciones de pobreza que se habían logrado en años anteriores eran frágiles y que se ha prolongado el riesgo de desnutrición en los grupos más vulnerables.

Gráfico 4. Prevalencia de bajo peso, desnutrición crónica, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años (1988, 1999 y 2006)



Persiste una gran inequidad que se manifiesta a través de la prevalencia de desnutrición crónica, emaciación y sobrepeso.

Gráfico 5. Prevalencias de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en México por quintiles de condiciones de bienestar (1988, 1999 y 2006)

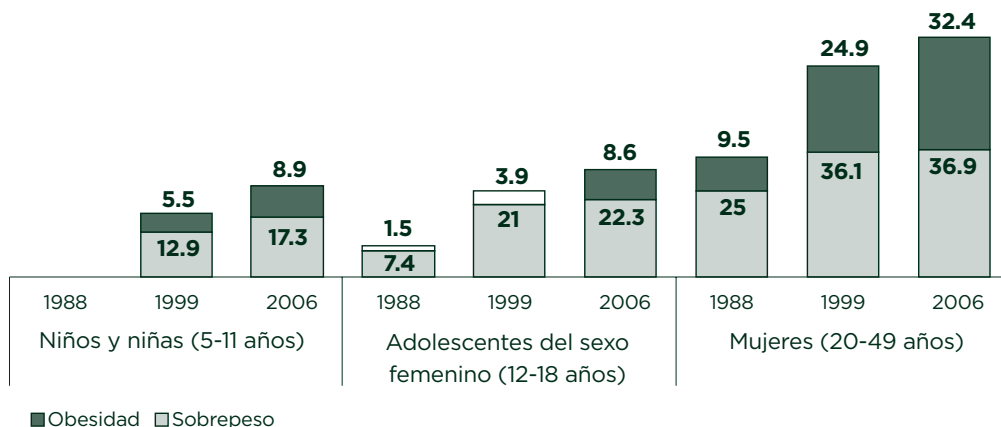


FUENTE: Ciro Murayama (2012) con datos INSP (2010).

Cabe aclarar que la desnutrición y la anemia no son los únicos problemas alimentarios de México. La epidemia de obesidad representa el otro lado de la moneda de la mala nutrición. La pérdida de salud como consecuencia de la obesidad –y su peor consecuencia, la muerte en etapa temprana de la vida–, puede llevar a gastos dramáticos para la población no asegurada y a pérdidas económicas incalculables, que terminan empobreciendo a las familias de quienes padecen esta condición.

Como se observa en la siguiente gráfica, el problema de obesidad presenta incrementos en niñas y niños de 7 años. De este grupo, las niñas son las más afectadas; entre las adolescentes de 18 años el problema se triplicó entre 1988 y 2006, y también se duplicó en las mujeres de 18 a 49 años.

Gráfico 6. Sobrepeso y obesidad en niños y niñas (5-11 años), adolescentes del sexo femenino (12-18 años) y mujeres (20-49 años) de 1988 a 2006



FUENTE: Ciro Murayama (2012).

El análisis de los incrementos de sobrepeso y obesidad entre estos periodos indica mayor aumento entre la población más marginada socialmente.

A partir de los resultados encontrados en este rubro, se puede concluir que el ingreso es un elemento que incide para que una parte importante de la población no pueda ejercer el derecho a la alimentación. Ciertamente, y a pesar de los programas de transferencias económicas implementados por el Gobierno, aún existen familias en México que tienen un acceso reducido a alimentos, en razón de su falta de ingreso.

El ingreso es determinante no sólo para la cantidad de alimentos, sino también para el tipo a los que se tiene acceso. Mientras la población con menores recursos eroga 40 por ciento de su gasto en alimentos altos en calorías, carbohidratos y grasas, para la población de mayores recursos este gasto sólo representa 25 por ciento.

En otro nivel de análisis, respecto de las prevalencias de desnutrición, anemia y exceso de peso se identifica una distinción entre hogares rurales y urbanos; y luego, dentro de los rurales, la brecha se amplía aún más entre los indígenas y no indígenas. Al mismo tiempo, la prevalencia de anemia afecta principalmente a niñas y niños, a mujeres en edad fértil, a personas adultas mayores y a personas que habitan en comunidades rurales.

De acuerdo con cifras de 2010, 18.2 por ciento de la población permanece en pobreza alimentaria y 2.1 por ciento está por debajo del nivel mínimo de proteínas (Coneval, 2010, pp. 13-14). Estos resultados apuntan a que las comunidades rurales, y en particular las indígenas, siguen presentando los mayores rezagos, pues otros factores se suman a su nivel de ingreso, como el de la disponibilidad física de los alimentos.

Esto se debe a que las comunidades rurales más inaccesibles son las indígenas. A continuación se analizará la manera como la infraestructura incide en la falta de acceso a los alimentos adecuados.

LA INFRAESTRUCTURA COMO SEGUNDA BARRERA DE ENTRADA AL MERCADO

México, uno de los países con mayor diversidad biológica en el planeta, ha enfrentado históricamente un gran reto: la orografía. El territorio, que es muy accidentado, eleva las necesidades de infraestructura y los costos de logística, al tiempo que contribuye a la marginación de las zonas rurales, y particularmente, las indígenas. Así, en la medida en que sea costoso alcanzar las localidades alejadas de los grandes centros poblacionales urbanos, será más difícil que los bienes y servicios básicos lleguen a ellas, lo que genera una situación de discriminación hacia las poblaciones que ahí habitan.

En materia de alimentación, esto es particularmente relevante, pues se requiere de un sistema de abasto sofisticado que asegure que los alimentos cultural y nutricionalmente adecuados lleguen a todas las personas de manera oportuna.

Por las características del país y dada la complejidad de la distribución de alimentos, “la intervención estatal es necesaria para regular el abasto por medio de leyes, instituciones y políticas que favorezcan el equilibrio de la *oferta y demanda de alimentos*” (CESOP, 2004, p. 10).

Aquí se analizará el tema de la infraestructura como segunda barrera al acceso a los alimentos. Se hará el análisis a partir de la división geográfica y económica del territorio que contribuye notablemente a profundizar las brechas regionales en lo que toca al abasto de comida.

MARGINACIÓN REGIONAL

La marginación es un problema estructural de la sociedad, en la que no están presentes ciertas oportunidades para el desarrollo, ni las condiciones para adquirirlas. Si tales oportunidades no se manifiestan directamente, las familias y las comunidades que viven en esta situación se encuentran expuestas a riesgos y vulnerabilidades que les impiden alcanzar condiciones favorables de vida.

Para medir las magnitudes, condiciones y grados de marginación, en diciembre de 2011 el Coneval dio a conocer los Indicadores de Marginación 2010. Se trata de un reporte que, a través de una serie de variables relacionadas con la educación, la salud, la vivienda, el tamaño de la localidad y el ingreso, ayuda a conocer el grado de exclusión que se vive en algunas entidades federativas y municipios.

Los resultados dan cuenta de la gran heterogeneidad de las entidades federativas, lo que contribuye a la existencia de distintas capacidades económicas, niveles de ingreso y patrones de consumo de la población.

El valor del índice de marginación (en el que 100 indica mayor marginación y 1 menor marginación) da cuenta, por ejemplo, de un índice para el estado de Guerrero de 88, en tanto que para el Distrito Federal es menor a 1.

Los estados que cuentan con un número más grande de poblaciones, cuya densidad es menor a 5 000 habitantes, son los que muestran un nivel más alto de marginación: Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla. El alejamiento de los centros de población y, sobre todo, la pobre infraestructura de comunicación se presentan como variables importantes para explicar la exclusión. El vínculo dispersión poblacional-bajos ingresos es una característica que afecta obviamente a la capacidad de consumo. En efecto, la ausencia de infraestructura adecuada influye para que en México, vivir lejos de las ciudades signifique mayor vulnerabilidad.

Tabla 6. Entidades federativas con mayor grado de marginación, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación (2010)

ENTIDAD FEDERATIVA	% POBLACIÓN EN LOCALIDADES DE MENOS DE 5 000 HABITANTES	% POBLACIÓN OCUPADA CON INGRESOS DE HASTA 2 SALARIOS MÍNIMOS	LUGAR NACIONAL DE MARGINACIÓN
Guerrero	49.68	54.94	1
Chiapas	57.86	69.85	2
Oaxaca	61.51	57.77	3
Veracruz	46.20	60.64	4
Puebla	38.50	52.45	5
Nacional	28.85	38.66	

FUENTE: elaboración propia con información de Aníbal Gutiérrez (2012).

Tabla 7. Entidades federativas con menor grado de marginación, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación (2010)

ENTIDAD FEDERATIVA	% POBLACIÓN EN LOCALIDADES DE MENOS DE 5 000 HABITANTES	% POBLACIÓN OCUPADA CON INGRESOS DE HASTA 2 SALARIOS MÍNIMOS	LUGAR NACIONAL DE MARGINACIÓN
Distrito Federal	0.67	28.51	32
Nuevo León	6.70	17.14	31
Baja California	10.35	21.87	30
Coahuila	12.15	30.04	29
Aguascalientes	25.26	33.65	28
Nacional	28.85	38.66	

FUENTE: Aníbal Gutiérrez (2012).

Según el Coneval (2010), 9 entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Tlaxcala) presentaron números que oscilan entre 25 y 35 por ciento de población con carencia de acceso a la alimentación.⁹ Por su parte, los resul-

⁹ Este dato corresponde al año 2008.

tados del análisis de inseguridad alimentaria señalan que más de 1 de cada 2 hogares en Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala y Puebla tuvieron problemas para acceder a los alimentos necesarios (Coneval, 2010, p. 60).

Se observa, entonces, que las cifras más elevadas de marginación, de falta de acceso a alimentos y de inseguridad alimentaria coinciden con los estados donde hay mayor porcentaje de población en localidades de menos de 5 000 habitantes que, en su gran mayoría, permanecen aisladas por carecer de vías de comunicación.

Es importante notar que, de acuerdo con datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), en 2005 existían 2 454 poblaciones de indígenas en México, de ese conjunto 80.4 por ciento (1 974 poblaciones) tienen 5 000 o menos habitantes, entre las cuales prácticamente la mitad (47.7 por ciento) tiene un grado muy alto o alto de marginación.

En conclusión, a mayor aislamiento, mayor marginación y menor acceso a alimentos o mayor inseguridad alimentaria. ¿Por qué? La hipótesis es que la infraestructura de caminos rurales, carreteras y otras vías de acceso es insuficiente.

INFRAESTRUCTURA Y DISCRIMINACIÓN

Aun si se considerara que basta con distribuir diariamente ciertos bienes a la población en situación de pobreza (alimentos o medicinas, por ejemplo), esta tarea sería prácticamente imposible porque la infraestructura es escasa (Sour, 2011, p. 98).

Se trata de un problema de cobertura: no hay infraestructura adecuada en las zonas en las que habitan las personas más marginadas del país. A continuación se presentarán cifras que sostienen la hipótesis de que la infraestructura en México ha dejado fuera de cobertura a las comunidades compuestas por menos de 5 000 habitantes.¹⁰

De acuerdo con el Programa Nacional de Infraestructura 2006-2012, el desarrollo de infraestructura en México está por debajo del pro-

¹⁰ Sería deseable contar con información más precisa a nivel regional pero ésta o bien no existe o no está sistematizada. Los datos disponibles corresponden a entidades federativas.

medio a nivel internacional. Si en una escala se considera 1 como calificación de infraestructura poco desarrollada y 7 como la existente en los países mejor equipados, México está calificado con 3.4. El promedio internacional es de 3.7, de acuerdo con el Foro Económico Mundial.

Gráfico 7. Competitividad de la infraestructura (Foro Económico Mundial)

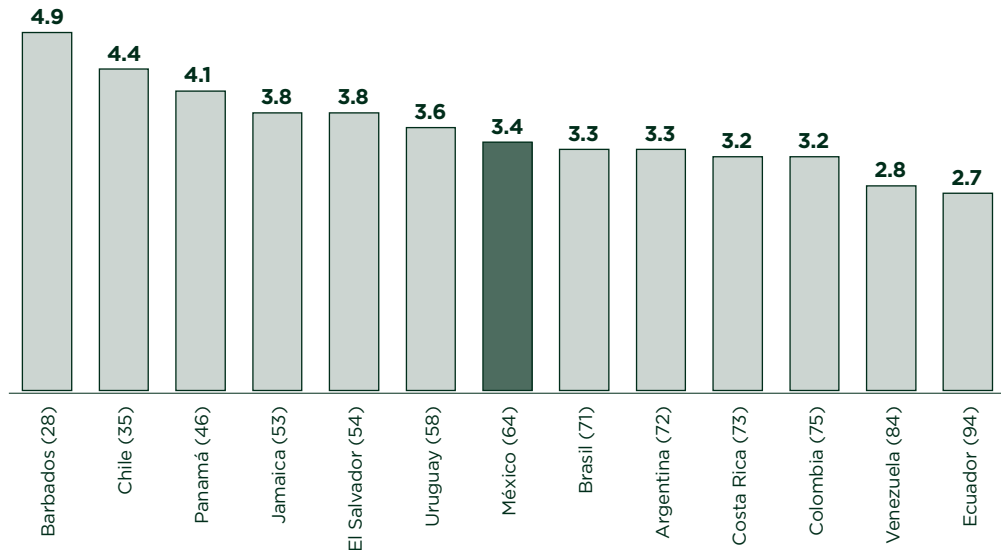


NOTA: 1 = poco desarrollada o ineficiente; 7 = entre las mejores del mundo.

FUENTE: Programa Nacional de Infraestructura 2007-2012.

Comparando a México con América Latina, el desarrollo está por debajo de Uruguay, El Salvador, Jamaica y Panamá. El país más desarrollado es Barbados con una calificación de 4.9. Cabe aclarar que la superficie territorial y la orografía mexicanas son mucho más extensas y complejas en comparación con los países aquí citados.

Gráfico 8. Competitividad de la infraestructura en América Latina (Foro Económico Mundial)



NOTA: 1= poco desarrollada o ineficiente; 7=entre las mejores del mundo
FUENTE: Programa Nacional de Infraestructura 2007-2012.

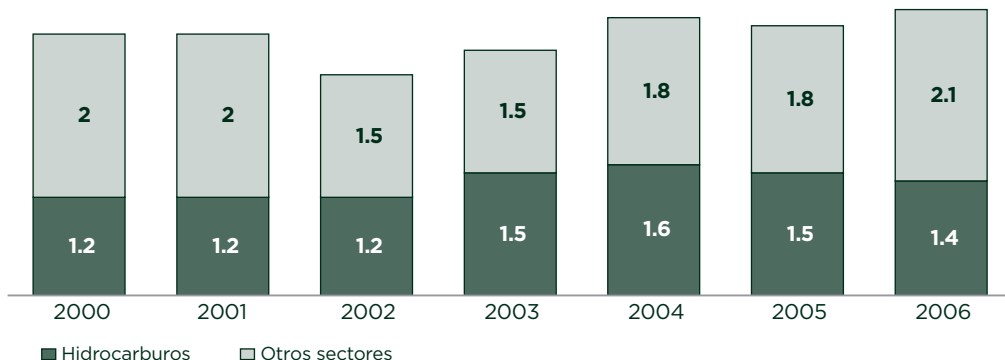
Si bien, en México, la inversión promedio en infraestructura se ha mantenido estable, en alrededor de 3.2 por ciento del PIB, la inmensa mayoría de estos recursos se invirtieron en el sector de los hidrocarburos. igualmente la mayor parte de la infraestructura carretera que se edificó entre 2006 y 2012 no se concentró en las zonas rurales de difícil acceso, sino en vías primarias.

138

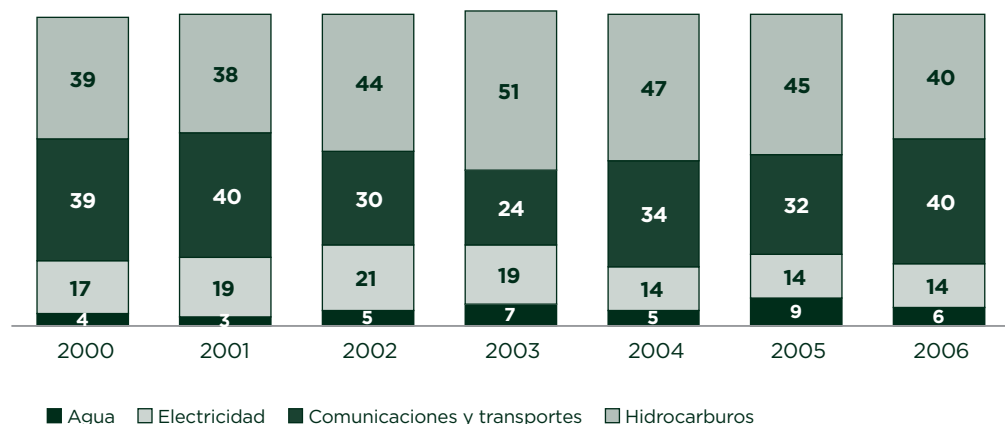
De acuerdo con la investigación de Laura Sour, doctora en Políticas Públicas por la Universidad de Chicago, 98.78 por ciento del gasto en capital de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes se da en el desarrollo de obras de carreteras, puentes y empalmes. Sin embargo, al compararse con el total de recursos que maneja esta entidad pública se encuentra que sólo representa 11.97 por ciento de sus recursos totales. Es decir, 88 por ciento del presupuesto de la organización pública encargada del desarrollo de la red de comunicaciones y transportes en el país se destina a gasto corriente, lo que apunta al enorme costo burocrático en el que se incurre en esa secretaría de Estado (Sour, 2011, pp. 103).

Gráfico 9. Inversión en infraestructura en México

Porcentaje del PIB



Distribución sectorial (%)



FUENTE: Programa Nacional de Infraestructura 2007-2012.

La insuficiencia de cobertura carretera es solamente un aspecto del problema; otro es su deficiente calidad. De acuerdo con el Banco Mundial (FUENTE), sólo 35.3 por ciento de las carreteras de México están pavimentadas. Esta cifra contrasta fuertemente con otros países; en India, por ejemplo, 49.3 por ciento de las carreteras están pavimentadas.

Las localidades indígenas de México se caracterizan por su dispersión, su difícil acceso y su aislamiento geográfico. La mayoría sólo cuenta con brechas, caminos de herradura y, en menor medida, con caminos de terracería que en época de lluvias son intransitables. Tal situación provoca desabasto durante estos periodos, retraso en la operación de programas institucionales por la dificultad de acceso, altos costos de rehabilitación de tramos y de traslado de los pobladores, cancelación de obras de electrificación y sistemas de agua, así como dificultad para la comercialización de la producción local. Con frecuencia, el reclamo por mejores vías de comunicación ha dado lugar a conflictos regionales e intercomunitarios.

Los proyectos para la construcción de vías de comunicación en zonas indígenas, evaluados desde el punto de vista de la relación costo beneficio, en muy pocas ocasiones resultan justificables, por lo que las inversiones en este rubro son muy reducidas. No obstante, al minimizarse o retardarse los planes de construcción de caminos federales y secundarios, y privilegiarse las grandes obras carreteras, se ha consolidado un esquema de expoliación y exclusión de los pequeños productores rurales. La falta de caminos contribuye a perpetuar el ciclo de coyotaje, acaparamiento y dependencia de los agricultores, pescadores o artesanos indígenas, respecto de los acaparadores, caciques e intermediarios regionales. También impide el acceso oportuno a servicios de salud, al abasto de medicamentos y a la atención de urgencias médicas.

En particular, entre las regiones más afectadas por esta carencia se encuentran: la sierra en Durango, la montaña en Guerrero, la sierra huichola en Jalisco y Nayarit, el Valle de Uxpanapa, Zongolica y la Huasteca en Veracruz.

Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Las comunidades que antiguamente habitaban los valles de Chihuahua, Durango, Puebla, Guerrero, Nayarit, Sinaloa y muchos otros estados, fueron forzadas a desplazarse hacia las montañas y sierras durante la Colonia. Los grupos indígenas realizaron algunos intentos por regresar a sus ciudades, sin embargo, la discriminación de los conquistadores, y después de los mestizos y criollos, siempre fue implacable. Las comunidades indígenas se mudaron a tierras y montañas inhóspitas, lo que provocó una merma en sus medios de subsistencia, pues el suelo y la orografía, los espacios de cultivo donde hoy habitan son complicados para la siembra. A la fecha, ni el Estado ni el resto de la sociedad han asumido responsabilidad plena por las condiciones de vida de tales comunidades. En el caso de los lugares de más difícil acceso, los programas gubernamentales llegan con enorme dificultad y la población termina por ser la que debe recorrer largas distancias.¹¹

En conclusión, se puede afirmar que las carreteras del país son insuficientes, particularmente en las zonas de menor densidad poblacional. Se observa que hay una clara relación entre aislamiento (porcentaje de zonas de menos de 5 000 habitantes) y marginación, incluyendo ésta las carencias alimentarias, tanto en acceso a alimentos en general como en déficit de nutrientes. Por lo tanto, una de las barreras que enfrenta la población más marginada para acceder a los alimentos es la infraestructura.

La falta, o mala calidad, de la infraestructura carretera hace muy costoso el acceso a las zonas marginadas del país. Las empresas que generalmente abastecen de alimentos a la población no pueden costear el envío a esas zonas, y si lo hacen cargan un sobreprecio sobre el consumidor.

Con todo, existen algunas empresas que sí logran superar tales obstáculos y llegan a las zonas más lejanas del país, pero lamentablemente no siempre surten de alimentos nutritivos a la población. En entrevista para este estudio, Alejandro Calvillo, director de la organización social El Poder del Consumidor, advirtió que el programa Oportunidades no está mejorando la nutrición de la población.¹² Lo que realmente ocurre es que, con el dinero que se entrega en efectivo a

¹¹ Entrevista a Ana Paula Pintado, marzo 2012.

¹² La última edición de la Ensanut (2012) confirma esta hipótesis.

las poblaciones focalizadas, se subsidia el consumo de comida baja en nutrientes, al tiempo que se beneficia a las empresas que logran llegar a las comunidades marginadas.

En efecto, la permisibilidad de prácticas anticompetitivas ha contribuido a fortalecer la concentración de mercado en materia de alimentos, lo cual constituye una tercera barrera en el acceso al consumo alimentario.

LA CONCENTRACIÓN DE MERCADO COMO TERCERA BARRERA DE ACCESO AL CONSUMO ALIMENTARIO

Diversas instancias internacionales han señalado que la concentración de mercado y los monopolios en México representan un problema serio. La tabla siguiente muestra algunos resultados seleccionados del *Informe del Foro Económico Mundial* (WEF) sobre competitividad. Si bien el mercado mexicano ocupa el duodécimo lugar a nivel mundial, en términos de su tamaño, el país se coloca casi al final de la lista (120 sobre 142 países) en materia de efectividad de las políticas antimonopólicas. Este indicador refuerza la idea de que México, con todas sus ventajas, sigue cargando con el lastre de la falta de competencia económica, con un fuerte costo para la población.

Tabla 11. México en la clasificación mundial en materia de competitividad

142

CONCEPTO	CLASIFICACIÓN DE 142 PAÍSES
Lugar general	58
Tamaño del mercado	12
Efectividad de la política antimonopólica	120

FUENTE: elaboración propia con información del Foro Económico Mundial (2012).

En efecto, esta falta de competencia en el mercado genera precios excesivos de productos y servicios que reducen el consumo y la capacidad de ahorro de las familias, especialmente de las más vulnerables. En el mediano plazo, influyen negativamente en la eficiencia del conjunto de la economía y lastran el crecimiento económico. La falta de una competencia intensa en los mercados nacionales acaba por inhibir la eficiencia y la competitividad de la economía de México, contribuye a ampliar las disparidades en los ingresos e inhibe la innovación (OCDE, 2012, p. 30).

Asimismo, las prácticas y regulaciones anticompetitivas han debilitado la economía de las familias. La OCDE señala que 30 por ciento del gasto familiar en México se lleva a cabo en mercados con problemas de competencia, razón por la cual, las y los consumidores gastan alrededor de 40 por ciento más en estos mercados de lo que gastarían si hubiera competencia. El 10 por ciento de la población con menos recursos es el más afectado, ya que gasta alrededor de 42 por ciento de sus ingresos en los mercados altamente concentrados (OCDE, 2012, p. 30). De acuerdo con el investigador Moisés Naím,¹³ cada familia en México transfiere 75 000 pesos anuales en promedio a monopolios (citado en Elizondo, 2011).

Esta configuración de la economía permite a las empresas vender caro e impide a las consumidoras que escojan otra opción (Elizondo, 2011, p. 159). A continuación se incluye una tabla que revela la concentración de mercado para ciertos productos. Los productos mencionados concentran 42 por ciento de la canasta de consumo del 10 por ciento más pobre de la población.

¹³ Experto asociado del Programa de Economía Internacional del Fondo Carnegie para la Paz Internacional.

Tabla 10. Absorción de mercado de principales productos y marcas participantes

PRODUCTO	PRINCIPALES PARTICIPANTES	ABSORCIÓN DE MERCADO
Tortilla	2	93%
Leche y derivados	3	80%
Refrescos, agua, jugos	1 (Coca Cola)	73%
Pan empaquetado	1 (Bimbo)	40%
Harina de trigo para pan	1 (Gruma)	43%
Productos para cuidado personal	3	70%
Productos para el cuidado del hogar	4	70%
Telefonía y servicios de internet	2 (Telcel y Telmex)	Entre 75 y 90%
Cerveza	2	Prácticamente 100%

FUENTE: elaboración propia con datos de Carlos Elizondo (Elizondo, 2011, pp. 159-160).

De acuerdo con Carlos Elizondo (2011), investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), si hubiera competencia en los mercados de tortilla de maíz, refrescos, jugos y agua, cerveza, medicamentos, leche, carnes procesadas, pollo y huevo, el ingreso de un consumidor mexicano, en el 10 por ciento más pobre, sería más de 6 por ciento mayor, debido al menor precio que tendría que pagar por estos productos.

Mientras los productos necesarios para una dieta saludable no llegan fácilmente a las comunidades más apartadas, las empresas que concentran el mercado son las únicas que tienen ventajas para lograrlo. Son éstas las que tienen la infraestructura y posibilidades de abastecer las zonas más aisladas, mediante el conocido sistema de “misceláneas”.

En su mayoría, estas empresas no distribuyen alimentos frescos como frutas y verduras, sino productos bajos en nutrientes. En lugares apartados y con pocas posibilidades de cosechar frutas y verduras, los productos procesados terminan por sustituir otros alimentos más nutritivos y contribuyen al sobrepeso y a la obesidad de la población. Por su parte, la red de tiendas Diconsa no alcanza a cubrir al conjunto del

territorio de tal manera que pudiera hacer contrapeso a esta circunstancia.

Hasta aquí se han revisado algunas de las barreras que dejan fuera o restringen el acceso al consumo de alimentos nutritivos para ciertos grupos o sectores de la población. Dichas barreras son el ingreso, que impide la compra de alimentos, pero que también incide en la selección de alimentos que se ingieren; la infraestructura, en tanto que la marginación coincide (aunque no es idéntica) con las localidades más pequeñas y más alejadas, mismas que no han sido conectadas con el resto del país, y, en tercer lugar, la concentración de los mercados, porque son pocas las empresas que tienen control de la distribución con la capacidad de llegar a esas comunidades aisladas.

A continuación se tratará el problema del acceso a la alimentación desde el punto de vista de los grupos poblacionales. Se verán las formas particulares en las que éstos se ven afectados por las barreras de acceso antes mencionadas.

PERSONAS DISCRIMINADAS EN EL CONSUMO ALIMENTARIO

DISCRIMINACIÓN HACIA LAS MUJERES

La mujer es, a la vez, sujeto clave para el ejercicio del derecho a la alimentación de su familia y de su comunidad, y persona excluida del acceso a los nutrientes fundamentales. Es común observar que la desigualdad de género coloque en situación asimétrica a las mujeres con respecto al conjunto de prerrogativas jurídicas que les deberían pertenecer, y el derecho a la alimentación es parte de ese conjunto. En un gran número de países las niñas llegan a duplicar la posibilidad de muerte por desnutrición si se compara con el mismo indicador en los niños. La ONU (2010) estima que esta situación se presenta de manera similar entre mujeres y hombres adultos.

Las mujeres son discriminadas con respecto al acceso a los medios de producción. Las tierras y la actividad económica han estado por siglos en manos de los hombres, así como también la administración de los recursos naturales, el acceso a la información, la tecnología o el financiamiento. Esta circunstancia reduce oportunidades para obtener un ingreso estable y aceptable, para trabajar en el sector productivo formal o para emprender un negocio propio. Este nivel de vulnerabilidad crece exponencialmente cuando se trata de madres solteras, viudas o mujeres solas (ONU, 2010).

Particular atención deberían merecer las mujeres que se encuentran en edad de procrear. La mala nutrición, si se presenta en esta etapa de la vida, tiene consecuencias graves para ellas y también para su futura descendencia. Es por ello que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) previó, en su artículo 12, que han de contar con

garantías para obtener una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, en México¹⁴ 11.4 de cada 100 000 mujeres fallece por desnutrición calórico-proteica o por anemia.¹⁵ Las mujeres representan, además, el grupo con mayor prevalencia en el exceso de peso. El 71.9 por ciento padece alguna de estas dos condiciones, en comparación con 66.7 por ciento de los hombres (Ensanut, 2006, pp. 97-99). La principal causa de mortalidad en las mujeres es la diabetes: de acuerdo con cifras de 2011, 16.8 por ciento de las defunciones son por esta causa y se observa una tendencia creciente.¹⁶

En lo que respecta a las trabajadoras del hogar –tomando en cuenta que la mayor parte de quienes hacen este tipo de actividad son mujeres–, la Enadis 2010 reveló que 25 personas de cada 100 justifican, de alguna manera, dar de comer los alimentos sobrantes a las trabajadoras del hogar. Cuando el mismo estudio demoscópico investiga sobre la percepción que las personas tienen con respecto a lo extendido de esta práctica, sorprende observar que en México 80 personas de cada 100 consideran que esto sucede cotidianamente (Conapred, 2011).

De manera general puede afirmarse que las mujeres y las niñas son afectadas particularmente por los problemas derivados de la alimentación. Como resulta obvio, hay ciertos grupos de mujeres más vulnerados que otros: las mujeres indígenas, aquéllas que están en situación de pobreza, las mujeres adultas, las niñas y las trabajadoras del hogar son las principales.

DISCRIMINACIÓN HACIA LAS Y LOS INDÍGENAS

La desnutrición en México recorre la geografía de las comunidades indígenas. Se trata de un fenómeno que este país comparte con otras naciones latinoamericanas como Guatemala, Ecuador, Perú o Bolivia.

¹⁴ Estas cifras están actualizadas al año 2008.

¹⁵ Ver estadísticas de mortalidad en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en <sinais.salud.gob.mx/mortalidad>.

¹⁶ *Idem*.

Es la consecución de una prolongada circunstancia de exclusión social, política y económica; de largos siglos de discriminación, despojo y aislamiento. A partir de cualquier indicador que se revise, en México la población indígena se exhibe prácticamente como la más vulnerable, y la tasa de desnutrición no es distinta.

El investigador Emmanuel Gómez (2010) llama la atención sobre la paradoja que significa constatar el alto grado de desnutrición que existe justo en las entidades federativas que poseen mayor nivel de diversidad biológica.

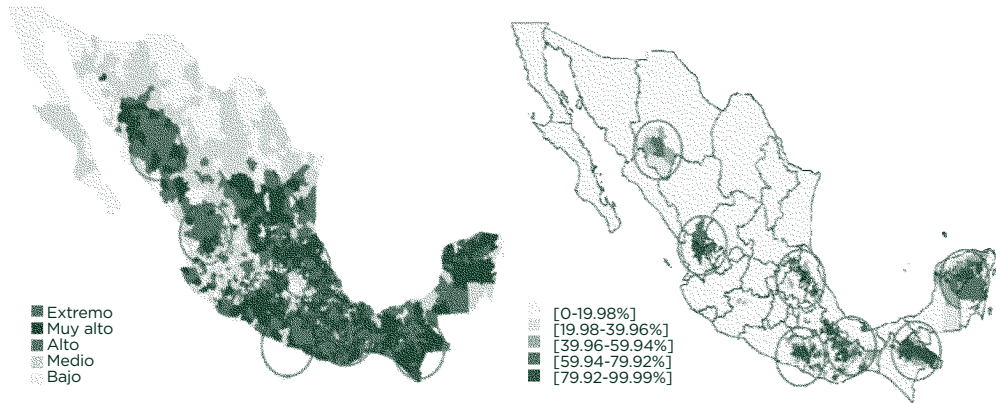
En Chiapas hasta 47% de la población se encuentra en pobreza alimentaria, en Guerrero 42% y en Oaxaca 38%. Tales estados se hallan muy alejados de las regiones urbanizadas, industrializadas, vecinas de Estados Unidos o simplemente beneficiados de los acuerdos comerciales, como Baja California, Baja California Sur, Nuevo León, Coahuila, Colima, Chihuahua o Sonora; ahí ni siquiera 10% de la población total padece de pobreza alimentaria.

(Gómez, 2010)

En México, “los municipios con mayores condiciones de riesgo nutricional coinciden con los municipios que presentan un mayor porcentaje de población indígena” (Coneval, 2011). De acuerdo con la Ensanut 2006, la prevalencia de desnutrición crónica de indígenas menores de 5 años es mayor que la de los no indígenas (33.2 contra 10.6 por ciento).

La siguiente figura muestra el mapa de riesgo nutricional que, al compararse con los municipios categorizados de acuerdo con su porcentaje de población indígena, revela que aquellos con mayores condiciones de riesgo nutricional coinciden con los que presentan un mayor porcentaje de población indígena. Las áreas de más alto riesgo se ubican en el centro, sur y sureste del país, así como en la sierra Tarahumara.

Gráfico 10. Riesgo nutricional



FUENTE: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán/Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 2003

FUENTE: CONEVAL con datos del Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005

Para los pueblos indígenas, la alimentación es un derecho relacionado con la salud, así como con la cultura, la tenencia de la tierra, el medio ambiente y la autodeterminación de los pueblos, entre otros.

El ejercicio del derecho a la alimentación de las personas que pertenecen a las poblaciones indígenas debería pasar por asegurar el acceso a los recursos naturales y a la gestión autónoma de sus propios procesos de producción y comercialización. En el mismo sentido resulta relevante respaldar la responsabilidad social que estas comunidades han tomado durante siglos para proteger la diversidad biológica de sus tierras, para conservar las aguas, los bosques y el resto de los recursos naturales a través de programas de sustentabilidad que las involucren en la toma de decisiones.

Otros temas relevantes que inciden actualmente en la discriminación contra las poblaciones indígenas son los desalojos forzados debidos a la construcción de grandes proyectos de infraestructura, la explotación minera y la contaminación de tierras y acuíferos. Ello influye en que el equilibrio alimentario de los pueblos indígenas sea vulnerable y se encuentre expuesto a riesgos crecientes.

“ La comprensión de lo que el derecho a la alimentación significa para los pueblos indígenas es más compleja que un simple examen de estadísticas sobre hambre y desnutrición. Los pueblos indígenas tienen sus propios conceptos de lo que constituye alimentación adecuada, y sus aspiraciones están divorciadas de los criterios económicos convencionales y de desarrollo. La percepción de los indígenas acerca de la seguridad del medio de vida está inextricablemente fundamentada en sus tradiciones socioculturales y su especial relación con territorios y recursos ancestrales. El alimento y su adquisición y consumo suelen formar parte importante de su cultura, así como de su organización social, económica y política. El ejercicio efectivo del derecho de los pueblos indígenas a la alimentación depende fundamentalmente de su acceso a los recursos naturales de sus tierras ancestrales y su control de ellas, por cuanto con frecuencia se alimentan mediante el cultivo de esas tierras o la recolección de alimentos, la pesca, la caza o la pequeña ganadería.”

FAO, 2010

DISCRIMINACIÓN ETARIA

El embarazo, la lactancia y la infancia son etapas fundamentales en la alimentación, ya que determinarán en gran medida el futuro de la persona en términos de salud física y desarrollo mental. En este sentido se ha pronunciado el Comité de los Derechos del Niño, al señalar en la Observación General número 7 que:

la malnutrición y la enfermedad tienen repercusiones a largo plazo en la salud y el desarrollo físicos del niño. Afectan al estado mental del niño, inhiben el aprendizaje y la participación social y reducen sus perspectivas de realizar todo su potencial. Lo mismo puede decirse de la obesidad y los estilos de vida poco saludables.

De acuerdo con la Ensanut, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2006:¹⁷

21.1 por ciento de las niñas que se encuentran entre los 36 y los 47 meses de edad muestran una estatura alarmantemente baja; lo mismo ocurre con 23.4 por ciento de los niños que se encuentran entre los 12 y los 23 meses de edad.

En las zonas rurales la prevalencia de anemia reveló una tasa de 26.1 por ciento para el grupo de edad que va de los 12 a los 35 meses de edad.

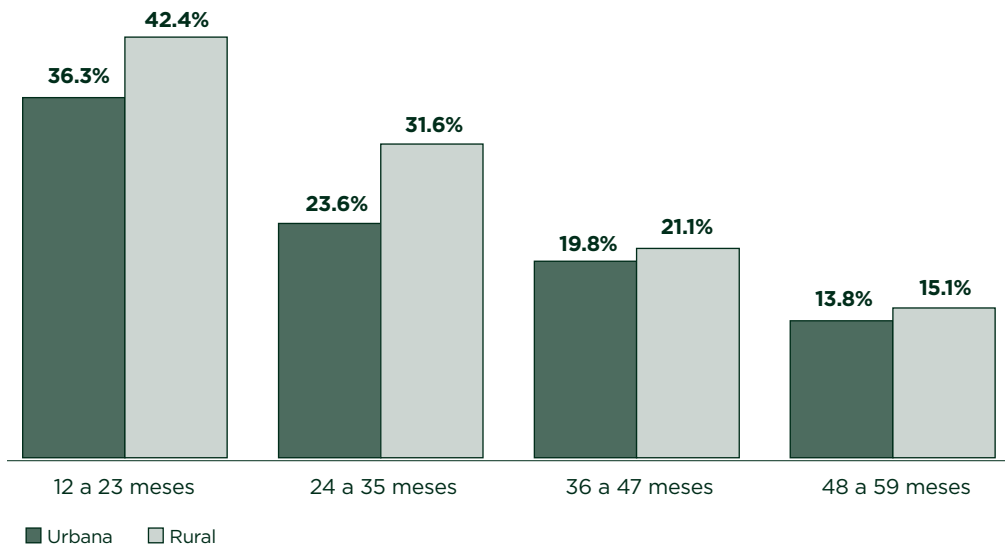
Los resultados nacionales muestran que 5 por ciento de las niñas y los niños se clasificaron con bajo peso, 12.7 por ciento con baja talla y 1.6 por ciento con emaciación.

En el grupo de niños menores de 5 años de edad, las mayores prevalencias de sobrepeso se ubicaron en el grupo de 0 a 11 meses de edad en la región norte y en la región sur (7 por ciento y 9.3 por ciento respectivamente). A nivel nacional se aproxima a 5 por ciento en menores de cinco años de edad.

La mayor prevalencia de anemia se encontró, en niños menores de 5 años, en los grupos de 12 a 23 meses: 36.3 por ciento en localidades urbanas y 42.2 por ciento en rurales y en los grupos de 24 a 35 meses (23.6 por ciento en zonas urbanas y 31.6 por ciento en rurales).

¹⁷ La próxima Ensanut estará disponible antes de finalizar el año 2012.

Gráfico 11. Prevalencia de anemia en preescolares por subgrupos de edad y tipo de localidad en 2006



FUENTE: Coneval con datos de Ensanut (2006).

En causas de mortalidad infantil se observa que las niñas y niños menores de un año siguen siendo particularmente vulnerables a la desnutrición y la anemia, causadas por una alimentación deficiente, tanto de ellos como de la madre.

Tabla 11. Causas de mortalidad infantil

CAUSA DE MORTALIDAD	MENOS DE 1 AÑO (MORTALIDAD INFANTIL)		DE 1 A 4 AÑOS		DE 5 A 14 AÑOS	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008
Desnutrición calórica	32.93*	23.4*	4.47**	3.0**	0.5**	0.7**
Anemia	3.8*	4.64*	0.9**	0.6**	0.4**	0.3**

FUENTE: elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud, 2000-2008, consultada en <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>> el 20 de marzo de 2012.

* Tasa por 100 000 nacimientos.

** Tasa por 100 000 habitantes.

De acuerdo con la OCDE, la tasa de mortalidad infantil de México triplica el promedio de la existente en el conjunto de naciones incluidas en esa organización (OCDE, 2010, p. 21).

Con respecto a las personas adultas mayores, también son especialmente vulnerables ante la discriminación en el acceso a los alimentos.

LEY DE DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 5

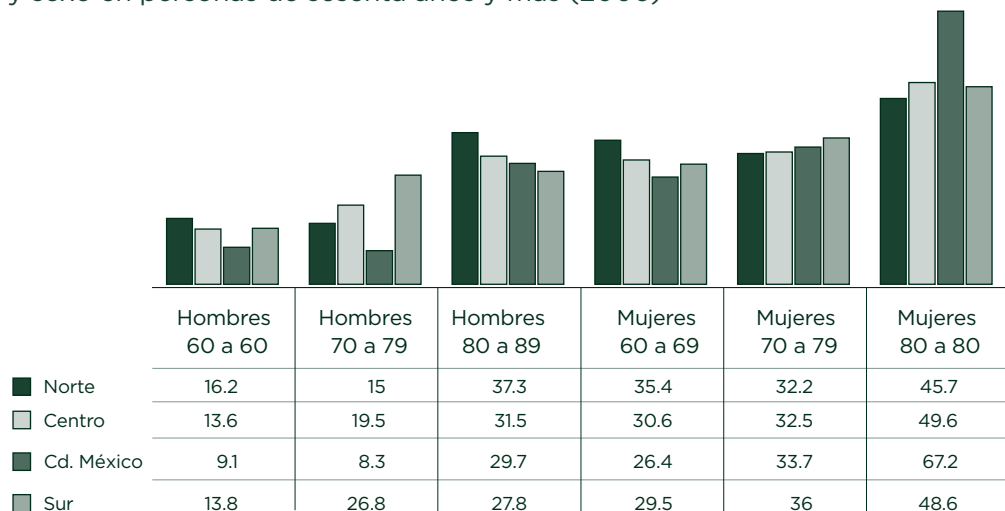
las personas adultas mayores tienen derecho a la salud, a la alimentación y a la familia ... [y] “a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal”.

Artículo 5, fracción III. De la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios [...]
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

De este grupo, las mujeres son quienes se ven más afectadas en su derecho a la alimentación. Tienen una prevalencia de obesidad 15 puntos porcentuales mayor que los hombres. Lo mismo pasa con la anemia: en las mujeres adultas mayores la prevalencia es de 34.8 por ciento, mientras que en los hombres es de 17 por ciento (Shama-Levy *et al.*, 2007, p. 386).

Gráfico 13. Prevalencia de anemia por rangos de edad y sexo en personas de sesenta años y más (2006)



FUENTE: Coneval con datos de Ensanut (2006).

La diabetes es un problema nacional de salud que afecta a las personas adultas mayores, sobre todo a las mujeres: 19.6 por ciento, contra 15.4 por ciento en hombres (Shama-Levy *et al.*, 2007, p. 388).

En resumen, toda política que deba emprenderse para luchar contra el hambre y la desnutrición habrá de enfocarse a las poblaciones más vulnerables, es decir, a las mujeres, los grupos indígenas, las niñas y los niños y las personas adultas mayores; particular atención merecen estas poblaciones cuando habitan en zonas rurales.

RECOMENDACIONES

LAS RECOMENDACIONES SE AGRUPAN EN TRES CAMPOS: i) aquellas referidas al ámbito legislativo, ii) las sugerencias en materia de políticas públicas y iii) las propuestas encaminadas a un cambio cultural. En el primer campo se incluyen las modificaciones o iniciativas legislativas que deben emprenderse para asegurar que exista un marco normativo armonizado con el respeto y garantía de la igualdad y la no discriminación. Las recomendaciones agrupadas en torno a las políticas públicas, refieren los elementos centrales a considerar para el diseño e implementación de políticas acordes con la resolución de los problemas discriminatorios que en este reporte se señalan. Finalmente, se incluyen las acciones destinadas a contribuir a un cambio cultural y en las percepciones y relaciones sociales, a fin de evitar que sigan perpetuándose los mecanismos que hacen posible la discriminación en este ámbito en particular.

Entre las recomendaciones se encuentran algunas de carácter general, otras son específicas. Todas son pertinentes a los aspectos planteados en el reporte, en tanto acciones que se derivan del análisis de las problemáticas descritas, y que además se refuerzan en las observaciones y recomendaciones de los comités de vigilancia de los tratados suscritos y ratificados por México, mismas que el Estado está obligado a cumplir.

ACCIONES EN EL ÁMBITO LEGISLATIVO

- › Se recomienda que el Estado mexicano adopte las “Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional”, aprobadas por el Consejo de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en su 127 periodo de sesiones, celebrado en noviembre de 2004.
- › Aprobar las reformas necesarias a la Ley Federal de Competencia Económica para darle a la Comisión Federal de Competencia todas las herramientas necesarias para combatir los monopolios y las concentraciones de mercado.
- › Fortalecer el marco legislativo e institucional mediante la aprobación de una ley marco sobre el derecho a la alimentación y, sobre la base de un diálogo participativo con todas y todos los interesados que contenga una estrategia nacional con la finalidad de avanzar hacia la plena realización del derecho a la alimentación (De Schutter, 2011).
- › Promover el establecimiento de un salario mínimo que garantice a todas y todos los trabajadores un sueldo vital que les permita mantenerse a sí mismos y a sus familiares, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y profundice en las importantes iniciativas en curso para mejorar la situación de los jornaleros agrícolas, en particular la de los migrantes (De Schutter, 2011).

ACCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

- › La desnutrición en zonas rurales muestra síntomas graves que no se resolverán sin una intervención decidida por parte del Estado. Su vulnerabilidad crece en tiempos de crisis alimentaria relacionada con incremento de precios o problemas de abasto.
- › Dentro de las zonas rurales, los grupos en mayor riesgo alimentario son los indígenas. Por tanto, una política que mejore la distribución, el acceso y la adecuación de nutrientes para los

distintos grupos étnicos debería colocarse en el corazón de las preocupaciones relacionadas con el ejercicio del derecho a la alimentación.

- › El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) ha recomendado al Estado mexicano tomar medidas para eliminar la discriminación estructural e histórica de la población indígena “a través de políticas de inclusión social que reduzcan los altos niveles de desigualdad y reduzcan los niveles de pobreza y extrema pobreza a fin de garantizar plenamente a todos los mexicanos y mexicanas, en especial los y las indígenas, el derecho a la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación, observando y respetando su pertenencia cultural y consultando con los pueblos que pudieran ser afectados por estas iniciativas del Estado” (CERD, 2012b). El derecho a la alimentación de las personas que pertenecen a un pueblo indígena está íntimamente ligado al derecho al territorio. En este sentido, el CERD recomendó al Estado mexicano que se asegure de que se estén llevando a cabo consultas efectivas en cada etapa del proceso con las comunidades que puedan verse afectadas por proyectos de desarrollo y explotación de recursos naturales con el objetivo de obtener su consentimiento libre, previo e informado, particularmente en los casos de explotación minera (CERD, 2012a).
- › Esta medida tendría que pugnar porque las poblaciones indígenas mejoren la ingesta de productos cárnicos, huevo, lácteos, grasas, verduras y frutas.
- › El objetivo central habría de ser el abatimiento de la anemia que golpea a las y los indígenas mexicanos.
- › Respecto de los pueblos indígenas, la política alimentaria específica debería hacer distinción por grupo y por región, considerando su localización geográfica, costumbres alimentarias y composición social.
- › También las mujeres, niñas y niños y personas adultas mayores tendrían que ser sujetos prioritarios de un esfuerzo como el que se requiere en materia de política nutricional.
- › Diseñar acciones más contundentes para erradicar la discriminación estructural contra las mujeres que provoca que generalmente sean las más afectadas en todos los derechos.

- › Revisar y atacar las causas de la aún elevada mortalidad infantil por desnutrición calórico-proteica.
- › Las poblaciones que mayor esfuerzo requieren por parte del Estado nacional son aquellas menores a 5 000 habitantes que se encuentran en las entidades de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Cabe también mencionar a las comunidades que habitan en la sierra Tarahumara del estado de Chihuahua.
- › Para asegurar una disponibilidad adecuada de los nutrientes faltantes en las comunidades mencionadas tendría que emprenderse una política destinada a mejorar sustancialmente la infraestructura física (carreteras, caminos rurales, puentes y empalmes).
- › Se requiere incrementar la inversión en vías de comunicación, concentrando el esfuerzo en lo que tiene que ver con vías de acceso que conecten con tales comunidades.
- › Destinar mayores recursos al mejoramiento de la infraestructura carretera, tanto en cobertura como en calidad, privilegiando las zonas más apartadas y marginadas del país.
- › Por responsabilidad histórica, el Estado mexicano no puede mantener a tales poblaciones en el aislamiento al que hoy están condenadas.
- › También será fundamental diversificar los mercados de alimentos y, sobre todo, el número de agentes económicos que intervienen en las regiones más apartadas. Para alcanzar este objetivo los productores rurales de las regiones vulneradas tendrían que ser actores principalísimos de tal diversificación.
- › Una política alimentaria que responda a las mejores prácticas tendría que fortalecer los procesos de producción y comercialización, propios de las poblaciones originarias, que sirvan para mejorar las condiciones nutricionales de sus integrantes.
- › El ejercicio de diversificación de agentes dentro de los mercados de referencia tendría que incluir sobre todo a los agentes económicos de las comunidades afectadas.
- › Dotar de apoyos a la producción de alimentos cuando ésta se realice directamente por los pequeños productores de las comunidades excluidas. La concentración que pocas empresas sostienen sobre la distribución y venta de alimentos coloca en circunstancia injusta a las poblaciones de menores ingresos. Se-

gún los estudios consultados por este reporte, la competencia y desconcentración de mercado podría incrementar en cerca de 10 puntos el ingreso de las poblaciones más pobres.

- › Evaluar como modelo para erradicar el hambre el programa brasileño Hambre Cero (Fome Zero), constituido por:
 1. Una bolsa de familia, que consiste en transferencias condicionadas a la matriculación en las escuelas y a controles de salud;
 2. Un programa que garantiza alimentación a niños y niñas de preescolar y educación básica.
 3. Un programa que proporciona crédito y servicios técnicos a pequeños agricultores.
 4. Un programa que promueve la compra de alimentos de pequeños agricultores para abastecer localmente a instituciones de la red de protección social.
 5. Un programa de construcción de cisternas, para recolectar y almacenar agua de lluvia para uso doméstico en zonas semiáridas al noreste del país. Gracias a este programa, 20 millones de brasileños han salido de la pobreza (Oxfam, 2011, p. 5).
- › Aumentar el número de programas sociales en apoyo del acceso de las familias de bajos ingresos a los alimentos mediante la adopción de un enfoque basado en los derechos, establecidos en el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación (De Schutter, 2011).
- › Adoptar medidas para combatir la desigualdad entre los géneros y la discriminación de la mujer, en particular cuando contribuyen a la malnutrición de las mujeres y las niñas. Incorporar medidas para asegurar la efectividad plena y en condiciones de igualdad del derecho a la alimentación y para asegurar a las mujeres igualdad de acceso a los recursos, incluidos ingresos, tierras y agua, y su propiedad, así como el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la educación, la ciencia y la tecnología, para que puedan alimentarse y alimentar a sus familias (Consejo de Derechos Humanos, El derecho a la alimentación A/HRC/RES/19/7).
- › Adoptar medidas especiales para luchar contra las causas subyacentes del nivel desproporcionadamente alto de hambre y malnutrición que existe entre los pueblos indígenas y la cons-

tante discriminación de que son objeto (Consejo de Derechos Humanos, El derecho a la alimentación A/HRC/RES/19/7).

- › Incorporar una perspectiva de derechos humanos al formular y revisar sus estrategias nacionales para hacer efectivo el derecho de toda persona a la alimentación (Consejo de Derechos Humanos, El derecho a la alimentación A/HRC/RES/19/7).
- › Adoptar las medidas inmediatas y urgentes para garantizar “el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre” y la malnutrición.
- › Incorporar y adecuar, en los programas relativos a salvaguardar el derecho a la alimentación adecuada, los elementos de respetar, proteger y realizar mencionados en la Observación General núm. 12, sobre el derecho a una alimentación adecuada, elaborada por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- › Incorporar en la Ley de Desarrollo Social el principio de no discriminación en el acceso a los alimentos, así como los medios y derechos para obtenerlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, edad, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales constituye una violación del Pacto. (Observación General núm. 12. Sobre el derecho a una alimentación adecuada. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

ACCIONES PARA UN CAMBIO CULTURAL

162

- › Las transferencias en efectivo que actualmente se entregan a través de programas como Oportunidades deben continuar fuertemente vinculadas a otras medidas relacionadas con la salud, la educación y la información nutricional. También debe velarse porque éstas no sean tema aislado de las prácticas culturales alimentarias de las poblaciones beneficiadas.
- › Desde los sectores de la salud y la educación debe combatirse frontalmente la epidemia de obesidad que, como aquí se ha hecho notar, representa el otro lado de la moneda de un mal contexto nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

SALUD

- Abramovich, V., y C. Curtis (2004). "Hacia la exigibilidad de los derechos", en Carbonell, M., J. Cruz Parceroy R. Vázquez. *Derechos sociales y derechos de las minorías*. México: UNAM / Porrúa.
- Acevedo, G. (s. f.). *El Sistema Nacional de Salud*. México: IJ-UNAM.
- _____ y Bensusán (2012). *Discriminación y el derecho al trabajo*. México: Conapred.
- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (2005). "Los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes". *Las hojas de andar*. México.
- Aparicio, R. (2002). "Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez". *La situación demográfica de México*. México: Conapo, pp. 155-168.
- Aresti, L. (2007). "Homofobia y salud". *Homofobia y Salud*. México: Memorias CNB 1.
- Argüero, R. (2009). "La salud en México. Estado actual y perspectivas". *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud, Hacia una cobertura universal en salud. Memoria*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud-Seminario de medicina y salud, pp. 355-374.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, D.C.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2007). Evolución del Gasto en Salud. Disponible en <<http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp1032007.pdf>> (Recuperado el 2 de febrero de 2012).

- _____ (2012). Presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal 2012. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2012.pdf> (Recuperado el 1 de noviembre de 2011).
- CDHDF (2008). *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*. México.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, CESOP. (2005). *Programa Seguro Popular*. Disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/El%20Seguro%20Popular.pdf>> (Recuperado el 3 de marzo de 2012).
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, Censida (2010). *El VIH/sida en México 2010*. México: Censida.
- _____ (2011). *Numeralia*. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf> (Recuperado el 2 de febrero de 2012).
- Comisión Internacional de Juristas (2009). *Orientación sexual e identidad de género y derecho internacional de los derechos humanos*. Ginebra: Servicios Gráficos Kenaf.
- Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, CMMS (2006). *Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico*. México: CMMS.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW (2006). Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. México, 36° periodo de sesiones 7 a 25 de agosto de 2006.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2006). Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. México. 36° periodo de sesiones, 1 a 19 de mayo de 2006.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, Coneval (2008). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008*. México: Coneval.
- _____ (2009). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe sobre la pobreza en México*. México: Coneval.
- Consejo Nacional de Población (2006). *México en cifras. Proyecciones de población 1970-2030*. México: Conapo.
- _____ (2010a): *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. México.

- _____ (2010b). *La salud de los jóvenes*. Serie de documentos técnicos. México: Conapo.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Conapred (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010*. México: Conapred.
- _____ (2011). *Resolución por disposición: 2/2011*. México: Conapred.
- Córdova, J. A. (2011). Conferencia inaugural. *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud, Memoria (2009)*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud-Seminario de medicina y salud.
- Chávez, J., F. Hernández y L. F. López (2012). *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*. México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- Díaz, G. y G. Kuhner (2007). *Mujeres migrantes en México: propuestas de acciones y política pública*. México: Centro de Estudios y Programas Interamericanos (13).
- Disability Rights International y Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (2010). *Abandonados y desaparecidos: segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México*. México: Rosenthal, E.
- Durán, L. (2009). "Financiamiento y organización de los servicios de salud. Una visión para el sistema de salud en México". *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud, Hacia una cobertura universal en salud. Memoria*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud.
- Fundación Mexicana para la Salud (2006). *La Salud en México 2006-2012*. México.
- García, S. (2009). "Mexico's Health Sector Reform. Are We Going in the Right Direction?", en *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud, Hacia una cobertura universal en salud. Memoria*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud.
- Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos (2011). *Diario Oficial de la Federación*. DCXCII (8).
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República (2008). *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012*, 29 de agosto de 2008, Dia-

- rio Oficial de la Federación*. Disponible en <http://derechos-humanos.gob.mx/work/models/Derechos_Humanos/Resource/49/1/images/informe_de_implementacion_2009.pdf>.
- Hernández, R. (2007). "La no discriminación como derecho humano: el caso de la homofobia", en *Homofobia y Salud*. México: Memorias CNB 1.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2000). *Los extranjeros en México*. Aguascalientes: INEGI.
- _____ (2011). *Censo general de población y vivienda 2010*. Aguascalientes: INEGI.
- _____ (2012). *Mujeres y hombres en México*. Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres (2008). *Mortalidad materna y programas sociales 1997-2006*. México: Inmujeres.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2010). Limitado consumo de frutas y verduras en hogares indígenas. Disponible en <<http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/150-limitado-consumo-de-frutas-y-verduras-en-hogares-indigenas.html>> (Recuperado el 2 de febrero de 2012).
- Juárez, F., J. L. Palma, S. Singh y A. Bankole (2010). *Las necesidades de salud sexual y reproductiva en adolescentes en México: retos y oportunidades*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Lara, F y A. Milena (2008). *Análisis del acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud y educación en la región metropolitana: un enfoque a partir de la diversidad sexual*. Colección Estudios 2007. México: Conapred.
- Lerner, S. e I. Szasz (2009). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: Colmex.
- Levy, S. (2008). *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*. Washington: Brooking Institution Press.
- Marmot, M. et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*, Londres.
- Mendoza, F. (s. f.). "Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal", Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Disponible en <<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a02.pdf>> (Recuperado el 3 de enero de 2012).

- Montiel, L. (2004). "Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria". *Revista IIDH*, 40, pp. 291-313.
- Morales, P. (2003). Análisis de la situación legal de la discriminación de que son objeto las personas afectadas por el VIH/sida en México, 2003. Disponible en <http://www.portalsida.org/repos/Reporte_situacion_legal_MEDILEX.pdf>.
- Morlachetti, A. (2007). "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los humanos". *Notas de Población*, núm. 85, CEPAL 63, pp. 63-95.
- Narro, J. (2009) "Equidad y justicia social en salud", en *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud. Memoria*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud-Seminario de medicina y salud, pp. 439-462. Disponible en <<http://cvsp.cucs.udg.mx/uqi/documentos/Medicina%20y%20Salud>>.
- Nerio, A. L. (2009). *Informe anual sobre la situación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en México, 2008-2009*. México: Centro de Derechos Humanos Fr. Francisco de Vitoria.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2011). *Mortalidad Materna en México Numeralia 2010*. México.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Health inequality, inequity, and social determinants of health*. Ginebra: OMS.
- _____ (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.
- _____ (2011). *Ceguera y discapacidad visual*. Disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/index.html>>.
- Organización Panamericana de la Salud (s. f.). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/guia_equidad.pdf> (Recuperado el 3 de octubre de 2011).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México: OCDE.

- _____ (2011). *Health at a glance 2011*. Ginebra: OCDE.
- Oropeza, C. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México.
- Pisarello, G. (2007). *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*. Madrid: Trotta.
- Presidencia de la República (2007). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2008). *Índice de Desarrollo Humano Municipal 2000-2005*. México: ONU.
- _____ (2010) *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*. México: ONU.
- Rivero, P. (2009). "La responsabilidad ética del Estado en materia de salud", en *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud, Memoria*. México: UNAM / Organización Panamericana de la Salud-Seminario de medicina y salud, pp. 341-354.
- Rojas, M. y Ángeles, H. (s. f.). Migración femenina y derechos: la situación de las migrantes guatemaltecas en México. Disponible en <<http://www.alapop.org/2009/SerieInvestigaciones/Serie10/Serie10.8RojasCruz.pdf>> (Recuperado el 1 de marzo de 2012).
- Salgado de Synder, N. (2005). "“No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales". *Salud Pública de México*, 47 (4), pp. 294-302.
- Santos, H. (2006). "Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México". *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (2), Ciudad de la Habana, Sociedad Cubana de Administración de Salud, abril-junio 2006, pp. 131-145.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Ssa.
- _____ (2003) *Información para la rendición de cuentas*. México: Ssa.
- _____ (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012, Atención de Salud Mental*. México: Ssa..
- _____ (2011). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados*. México: SSA.

- _____ (2012a). *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. México: Ssa.
- _____ (2012b). *Sistema Nacional de Información en Salud*. México: Ssa.
- _____ (s. f.). *Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/metas_pns/metas_pns.pdf> (Recuperado el 3 de febrero de 2012).
- Seguro Popular (2012a). *¿Qué es el Seguro Popular?* Disponible en <<http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/>> (Recuperado el 5 de febrero de 2012).
- _____ (2012b). *Seguro Popular*. Disponible en <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=17> (Recuperado el 26 de junio de 2012).
- Sevilla, M. (2007). "El discurso homofóbico como expresión de la discriminación sexual". *Homofobia y Salud*. México: Memorias CNB 1.
- Soberón, A. (2000). *El derecho constitucional a la protección de la salud*. México: SCJN.
- Sosa, I. (2005). *Significados de salud y la sexualidad en los jóvenes*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Tamez, S. y Eibenschutz, C. (2008). "Popular Health Insurance: Key Piece of Inequity in Health in Mexico". *Revista de Salud Pública*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 133-145.
- Tamez, S. y R. Valle (2005). "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud". *Revista Mexicana de Sociología*, 67 (2). México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, pp. 321-356.
- Tirado-Gómez L. L., J. L. Durán-Arenas, M. E. Rojas-Russell, A. Vendo-Estrada, R. L. Pacheco-Domínguez y M. López-Cervantes (2011). Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados. *Salud Pública*. México; 53 supl. 4:S491-S498. Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%20no.4/11proces.pdf>.
- Valdez, E., R. Román y M. J. Cubillas (2005). "Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas". *Psicología y Salud*, 15 (1), pp. 127-133.

ALIMENTACIÓN

- Banco Mundial (2006). *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Panorama general*. Washington.
- Becker, G. S. (1971). *The Economics of Discrimination*. Estados Unidos: The University of Chicago Press.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, CESOP (2004). *Los programas de abasto social en México. Abasto social de leche y tortilla*. México: Cámara de Diputados, LIX Legislatura.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2012a). Observación Final núm. 17 del informe final emitido a México el 4 de abril de 2012. Doc. CERD/C/MEX/CO/16-17.
- _____ (2012b). Observación Final núm. 18 del informe final emitido a México el 4 de abril de 2012. Doc. CERD/C/MEX/CO/16-18.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Coneval (2009). *Informe de evolución de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*. México.
- _____ (2010). *Dimensiones de la seguridad alimentaria. Evaluación estratégica de nutrición y abasto*. México.
- _____ (2011) *Evaluación de las políticas de desarrollo social en México*. México.
- Consejo Nacional de Población, Conapo (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Conapred (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010. Resultados Generales*. México.
- De Schutter, Olivier (2011). *Declaración final de la misión del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación*. Visita realizada a México del 13 al 20 de junio de 2011. <<http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=11173&LangID=S>>.
- Dorantes Ugalde, D. y S. Naranjo Modad (2011). "Etiquetado frontal: entre la mercadotecnia y las políticas de salud pública" en *Nutrición clínica y dietética hospitalaria* (revista electrónica). España: SEDCA. <http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2011_03/Etiquetado-frontal.pdf>.

- Elizondo, C. (2011). *Por eso estamos como estamos. La economía política de un crecimiento mediocre*. México: Debate.
- FAO (2010) *El derecho a la alimentación adecuada*, Folleto 34. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.
- _____. *Perfiles nutricionales por países: México*. Italia. <http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/mex_es.stm>. [Retomado el: 5 de octubre 2012.]
- Flores Dávila, J. I. (2004). *Jóvenes mexicanos del siglo XXI. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Habitar la gran ciudad. Jóvenes en el Distrito Federal*. México: Imjuve.
- Foro Económico Mundial (2011). *The Global Competitiveness Report, 2011-2012*. Ginebra, Suiza.
- Foro Iberoamericano de Agencias Gubernamentales de Protección al Consumidor <<http://www.fiagc.org/fiagc.php>>.
- Fundación Este País (2008). "Los consumidores como ciudadanos. Derechos e instrumentos para el ejercicio de los derechos del consumidor en México". *Este País*, núm. 204, México, pp. 59-64.
- _____/ Banamex (2011). *Encuesta Nacional de Valores, lo que une y divide a los mexicanos*. Disponible en <<http://www.banamex.com/envud/>>.
- Gidi, A. (2004). *Las acciones colectivas y la tutela de los derechos difusos, colectivos e individuales en Brasil. Un modelo para países de derecho civil*. México: UNAM.
- Gómez, Emmanuel (2010). *Del derecho a la alimentación a la autonomía alimentaria*. Dossier para el seminario de sustentabilidad. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México: Otros Mundos Chiapas, A.C.
- González Andrade, C. (2011). "El derecho del consumo en el constitucionalismo mexicano". *Revista Con-Ciencia Política*, vol. 2, núm. 4. Disponible en [http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/COLVER/DIFUSION/REVISTA_CONCIENCIA/REVISTANO.8/12.-CEDMA por ciento20GOZ por ciento20C1LEZ por ciento20ANDRADE.PDF](http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/COLVER/DIFUSION/REVISTA_CONCIENCIA/REVISTANO.8/12.-CEDMA%20por%20GOZ%20por%20C1LEZ%20por%20ANDRADE.PDF)
- González Martín, N. (2011). Un acercamiento al comercio electrónico y la protección del consumidor en México. Disponible en <http://www.colombiadigital.net/newcd/index.php?option=com_

- docman&task=doc_view&gid=165&tmpl=component&format=raw&Itemid=)>.
- Guadarrama López, E. (2006). *La protección jurídica de los consumidores en materia inmobiliaria*. México: UNAM / Profeco.
- Gutiérrez Lara, Aníbal (2012). Ponencia celebrada para la realización del presente reporte.
- Gutiérrez Rivas, R. y P. Salazar Ugarte (2011). *Igualdad, no discriminación y derechos sociales. Una vinculación virtuosa*. México: Conapred. <http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/INDYDS.pdf>.
- Incide Social (2010). *El derecho a la alimentación en México. Un acercamiento desde la perspectiva de los derechos*. Héctor E. Nájera Catalán (coord.). Lecturas de política social y derechos humanos. México: Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2010). *Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (Enigh) 2008-2010*. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública, INSP (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut)*. México. <<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>>.
- _____ (2008). *Encuesta Nacional de Abasto, Alimentación y Estado Nutricio en el Medio Rural*. México.
- Lara, R. y J. Echaide (¿año?). *Consumo y derecho. Elemento jurídico-privado de derecho del consumo*. España: ESIC Editorial.
- Ley Federal de Protección al Consumidor. <http://www.profeco.gob.mx/juridico/pdf/1_lfpc_ultimo_camDip.pdf>.
- López Bárcenas, F. (2009). *El derecho a la alimentación en la legislación mexicana*. Legislación y Desarrollo. México: Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria / Cámara de Diputados, LXI Legislatura.
- Morales de la Peña, A. (s. f.) *Retos de la protección al consumidor en la coyuntura internacional contemporánea*. *Revista Peruana de Derecho de la Empresa*, núm. 67. <<http://www.teleley.com/revistaperuana/antoniom-67.pdf>>. [Retomado el: 5 de mayo 2011.]
- Murayama Rendón, Ciro (2011). Discriminación y salud en México, ponencia celebrada para la realización del presente reporte.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (2010) *Políticas clave para un desarrollo sostenible. Perspectivas OCDE: México*. Mexico.
- _____ (2012). *Perspectivas OCDE: México, Reformas para el cambio*. México.
- Oficina Regional de la FAO para América Latina y El Caribe (2006). *Hambre cero: principales lecciones*. Documento de trabajo videoconferencia Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Perú y Venezuela. Brasil.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2003). *Directrices de las Naciones Unidas para la protección del consumidor*. Nueva York: ONU.
- _____ (2010). *El derecho a la alimentación adecuada*. Folleto informativo núm. 34. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra.
- Orozco Argote, Iris del Rocío (2011). *Los derechos fundamentales en la protección del consumidor*. México: Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco. <<http://www.cedhj.org.mx/instituto/articulos/Los%20derechos%20del%20consumidor.pdf>>. [Consulta: 25 de mayo, 2011.]
- Ovalle Favela, J. (2000). *Derechos del consumidor*. México: Cámara de Diputados LVIII Legislatura / UNAM.
- Ovilla Bueno, R. (2002). *¿Quién le teme al comercio electrónico? Protección del consumidor en el ámbito digital: el caso de México*. Panel de derechos patrimoniales y morales en la era digital. Segundo Congreso Mundial de Derecho Informático. Universidad Complutense de Madrid / Centro Internacional de Informática y Derecho / Comunidad Alfa-Redi, Madrid.
- Oxfam GB (2011). *Combatir el hambre en Brasil*. Reino Unido. <<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/cs-fighting-hunger-brazil-090611-en.pdf>> (en inglés).
- Procuraduría Federal del Consumidor y Consultores en Investigación y Comunicación, S. C. (2007). *Encuesta Nacional sobre Cultura de las Reclamaciones y Percepción de Riesgos*. México.
- Programa Fome Zero (2012). <<http://www.fomezero.gov.br/>>.
- Programa Nacional de Infraestructura (2007-2012). México. <<http://www.infraestructura.gob.mx/pdf/ProgramaNacionalInfraestructura2007-2012.pdf>>.

- Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2001-2006). <<http://www.itnogales.edu.mx/formatos/03pe.pdf>>
- Quiroz Ruiz, Sara Luz C., (2006). "El derecho de los consumidores y los patrones de consumo". *Letras Jurídicas*, vol. 14, Veracruz, julio-diciembre 2006. <<http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/14/quiroz14.pdf>>. [Consulta: 12 de abril, 2011.]
- ____ (2007). "México en la protección económica del consumidor previa a la contratación". *Letras Jurídicas*, vol. 15, enero a junio 2007. <<http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/15/quiroz15.pdf>> [Consulta: 9 de mayo, 2011.]
- Raphael, Ricardo (2011). *El otro México. Un viaje hacia el país de las historias extraordinarias*. México: Planeta.
- Sánchez, J. (1981). *La protección del consumidor*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- Secretaría de Salud (2012). *Sistema Nacional de Información en Salud. Información 2000-2008*. <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>>.
- Shama-Levy, T., S. Villalpando et al. (2007). *Resultados de desnutrición de la Ensanut 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sour, Laura (2011). *Inversión en infraestructura pública y reducción de la pobreza en América Latina*. Río de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Székely, Miguel (2006). "Un nuevo rostro en el espejo: percepciones sobre la discriminación y la cohesión social en México", en Fuentes, M. y M. Székely, *Un nuevo rostro en el espejo: percepciones sobre la discriminación en México*. México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias, A. C.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2011). *Evaluación de Procesos del Programa E005. Prevenir y corregir prácticas abusivas en las relaciones de consumo entre proveedores y consumidores*. México: UNAM.

AGRADECIMIENTOS

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Enrique Cabrero Mendoza

Director general

Sergio López Ayllón

Secretario general

Guillermo M. Cejudo

Director de la División

de Administración Pública

Ricardo Miguel Raphael de la Madrid

Profesor afiliado a la División de

Administración Pública

Paulina Azuela Gómez

Víctor González Tlatempa

Alejandra Haas Paciuc

Jacqueline Hernández

Jorge Israel Hernández

Roberto Ibarra

Ix-Nic Iruegas Peón

Miguel Ángel Leal Arriola

Fernanda López Portillo

Rocío Martínez Velázquez

Lizeth Vásquez Castillo

Secretaría de Gobernación

Alejandro Poiré Romero

Secretario

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Ricardo Antonio Bucio Mújica

Presidente

Coordinación de Gestión
de la Presidencia

Dirección de Coordinación Territorial
e Interinstitucional

Dirección Jurídica, Planeación
y Evaluación

Dirección de Administración
y Finanzas

Dirección General Adjunta de Estudios,
Legislación y Políticas Públicas

Dirección General Adjunta
de Vinculación, Programas Educativos y
Divulgación

Dirección General Adjunta de Quejas
y Reclamaciones

Junta de Gobierno

REPRESENTANTES

DEL PODER EJECUTIVO FEDERAL

Max Alberto Diener Sala

Secretaría de Gobernación

Carlos Montaña Fernández
Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Pablo Antonio Kuri Morales
Secretaría de Salud

Guillermo Edmundo Bernal Miranda
Secretaría de Educación Pública

Patricia Espinosa Torres
Secretaría del Trabajo y Previsión Social

REPRESENTANTES DESIGNADOS
POR LA ASAMBLEA CONSULTIVA

Roy Campos Esquerria
Katia D'Artigues Beauregard
Rogelio Alberto Gómez-Hermosillo Marín
Mauricio Merino Huerta
Francisco Javier Rangel González

INSTITUCIONES INVITADAS

María del Rocío García Gaytán
Instituto Nacional de las Mujeres
Miguel Ángel Carreón Sánchez
Instituto Mexicano de la Juventud
Xavier Antonio Abreu Sierra
*Comisión Nacional para el Desarrollo de los
Pueblos Indígenas*

Alejandro Lucas Orozco Rubio
*Instituto Nacional de las Personas Adultas
Mayores*

José Antonio Izazola Licea
*Centro Nacional para la Prevención y el
Control del VIH/sida*

María Cecilia Landerreche Gómez-Morín
*Sistema Nacional para el Desarrollo Integral
de la Familia*

Rodrigo Quevedo Daher

José Antonio Silva Peñuñuri
Secretaría de la Función Pública

Asamblea Consultiva

Mauricio Merino Huerta
Presidente

Karina Ansolabehere Sesti
Judit Ester Bokser Misses de Liwerant
Roy Campos Esquerria
Miguel Carbonell Sánchez
Katia D'Artigues Beauregard
Rossana Fuentes-Berain Villenave
Rogelio Alberto Gómez-Hermosillo Marín
Epigmenio Carlos Ibarra Almada
Clara Jusidman Rapoport
Rebeca Montemayor López
Adriana Ortiz Ortega
José Antonio Peña Merino
Luis Perelman Javnozov
Juan Martín Pérez García
Francisco Javier Rangel González
Ricardo Raphael de la Madrid
Martha Sánchez Néstor
Regina Tamés Noriega
Fabienne Venet Rebiffé

Ponentes

Carlos Acevedo Rodríguez
Rosío Arroyo Casanova
León Bendesky Bronstein
Graciela Bensunsán Areous
Lorenzo Córdova Vianello
David Gómez Álvarez

Mónica González Contró
Abelardo Aníbal Gutiérrez Lara
Sandra Lorenzano
Ciro Murayama Rendón
Lina Ornelas Núñez
Catalina Pérez Correa
Jaqueline Peschard Mariscal
Antonio Purón
Jesús Rodríguez Zepeda
Mario Ramón Silva Rodríguez
Paula Sofía Vásquez Sánchez

Personas entrevistadas

Emilio Álvarez Icaza Longoria
Ana Amuchástegui Herrera
Salvador Beltrán del Río Madrid
Roberto J. Blancarte Pimentel
Ricardo A. Bucio Mújica
David Calderón
Sergio Chedraui Eguía †
Salomón Chertorivski Woldenberg
Patricia Colchero Aragonés
Enrique De la Madrid Cordero
Ernesto Díaz Iturbe Diego
Janitzio Enrique Durán Ortegón
Mario Luis Fuentes Alcalá
Daniel Gershenson
Luis Emilio Giménez Cacho
Juan Luis González Alcántara
Gonzalo Hernández Licona
Clara Jusidman Rapoport
Andrés Lajous
Ernesto López Portillo
Anuar Luna Cadena
Mauricio Merino Huerta

Mara Sofía Mondragón
Lina Ornelas Núñez
Enrique Ortiz Flores
Juan E. Pardinás
Juan Martín Pérez García
Nashieli Ramírez Hernández
Francisco Javier Rangel González
Carlos Ríos Espinosa
Ernesto Rodríguez Chávez
Jesús Rodríguez Zepeda
Carlos E. Sánchez Carrillo
Alejandro Solalinde Guerra
Fernando Sosa Pastrana
Regina Tamés Noriega
Rodolfo Tuirán Gutiérrez
Estefanía Vela Barba
Rosalinda Vélez Juárez

Participantes de las mesas

Migrantes

Edoardo Bazzaco (i[dh]eas, Litigio Estratégico en Derechos Humanos, A. C.)
Luis F. Fernández (Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación)
Rodolfo Franco Franco (Organización Internacional para las Migraciones)
Beatriz Manzur Macías (Comunitec y Asociados, S. A. de C. V.)
Paula Cristina Nogueira Leite (Consultora)
Tania Ramírez Hernández (Colegio de Derechos Humanos y Gestión de Paz de la Universidad del Claustro de Sor Juana)

Luis Miguel Sánchez López (Instituto Nacional de Migración [INM])

Fabián Sánchez Matus (i[dh]eas)

Hildilberto Soto Nájera (INM)

Renata Terrazas Tapia (Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.)

Fabienne Venet Rebiffé (Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración, A. C.)

Niñas, niños y adolescentes

Elizabeth Aguirre (Centro de Investigación Familiar A. C.)

Severine Durín (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [CIESAS]-Programa Noreste)

Angélica María Elizondo Riojas (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León [DIF Nuevo León])

Armando Estrada Zobía (Vía Educación, A. C.)

Carmen Farías Campero (Zihuame Mochilla, A. C.)

Fernando Flores Vicencio (H. Congreso del Estado de Nuevo León)

Ana Bertha Garza Guerra (Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIF Nuevo León)

María Agustina Garza Morales (DIF Nuevo León)

Deisy Hernández (Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública del Tecnológico de Monterrey [EGAP])

Fabiola Nahas Sánchez (CreeSer, Educación para la Paz, A. B. P.)

Irma Alma Ochoa Treviño (Arthemisas por la Equidad, A. C.)

Juan Martín Pérez García (Red por los Derechos de la Infancia en México [Redim])

Sylvia Guadalupe Puente Aguilar (Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León)

Uriel Reyes Torres (DIF Nuevo León)

Josefina Rodríguez C. (Niñez Siglo XXI, A. C.)

José A. Sánchez Gutiérrez (Secretaría de Educación Pública [SEP])

Liz Sánchez Reyna (Ciudadanos en Apoyo a los Derechos Humanos, A. C. [CADHAC])

Alejandra Vela Garza (Alternativas Pacíficas, A. C.)

Jóvenes

Olga Aguilar (SEP)

María Guadalupe Balderas Alanís (Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal)

Verónica Barba Romero (Unidos Somos Iguales, A. B. P.)

Nelly Contreras Rosa (DIF Nuevo León)

Carlos Cruz S. (Cauce Ciudadano, A. C.)

Gloria Hazel Davenport Fentanes (Género, Ética y Salud Sexual, A. C.)

Severine Durín (CIESAS-Programa Noreste)

Carmen Farías Campero (Zihuame Mochilla, A. C.)

María Agustina Garza Morales (DIF Nuevo León)

Abel Garza Ramírez (Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL])

Deisy Hernández (EGAP)
Wendy Matilde Hernández Juárez (DIF
Nuevo León)
Consuelo Morales (CADHAC)
Ximena Peredo (Movimientos Ambientalistas
y de Participación de Jóvenes)
Juan Martín Pérez García (Redim)
Alfonso Robledo Leal (H. Congreso
del Estado de Nuevo León)
José A. Sánchez Gutiérrez (SEP)
Ana Bertha Tamez Salas (Universidad
Tecnológica de Santa Catarina [UTSC])
Alejandra Vela Garza (Alternativas
Pacíficas, A. C.)
Giovanni Xochipa (Cauce
Ciudadano, A. C.)

Personas adultas mayores

Wendy Arrieta Camacho (Organización
de las Naciones Unidas para la Educación,
la Ciencia y la Cultura [UNESCO])
Fidel F. Astorga Ortiz (Instituto Federal
de Acceso a la Información)
Rosaura Ávalos Pérez (Escuela Nacional
de Trabajo Social de la Universidad
Nacional Autónoma de México [UNAM])
José Díaz Reyes (Asociación Mexicana de
Gerontología y Geriatría, A. C.)
Ana Gamble Sánchez Gavito (Instituto
para la Atención de los Adultos Mayores
en el Distrito Federal)
Verónica Z. Montes de Oca Zavala
(Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM)
Rocío Angélica Quintana Rivera
(Comisión de Derechos Humanos del
Distrito Federal)

Diego Sánchez González (Facultad de
Arquitectura-UANL)
Ricardo Tinajero Ramírez (Secretaría del
Trabajo y Previsión Social [STYPS])
María Alejandra Vázquez Rodríguez
(Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia)

Personas con discapacidad

Claudia Edith Anaya Mota (Comisión
Especial sobre la No Discriminación
de la Cámara de Diputados del H.
Congreso de la Unión)
Laura Lizbeth Bermejo Molina (Libre
Acceso, A. C.)
Atenea Caballero (Disability Rights
International)
Humberto Cruz Mancilla (Comisión de
Fomento a Empresas de Personas con
Discapacidad de la Canacintra)
Agustín De Pavia Frías (Comisión
Mexicana de Defensa y Promoción de los
Derechos Humanos, A. C.)
Sofía Galván Puente (Disability Rights
International)
Guillermo Hernández Martínez
(Coalición México por los Derechos de las
Personas con Discapacidad)
Ofelia Landa Fuentes (Instituto Down
Xalapa, A. C.)
Patricia López Arciniega Gómez
(Asociación Tutelar, I. A. P.)
Alicia Angélica López Campos (Comité
de Atención a la Discapacidad-UNAM)
Teresa Morán Romero (Asociación
Tutelar, I. A. P.)

Carmen Robles (Asamblea Consultiva del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [Conadis])

Jacqueline Marilú Rodríguez Gallegos (Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad [Indepedi])

Ernesto Rosas Barrientos (Conadis)

Juan Armando Ruiz Hernández (Indepedi)

Hermilo Salas Espíndola (Facultad de Arquitectura-UNAM)

Raúl Santamaría Montoya (Colectivo Chuhcan, A. C.)

Ofelia Torres Acosta (UTSC)

Martha Zarate Tinoco (STYPS)

Diversidad religiosa

Jesús Rogelio Alcántara Méndez (Segob)

Neftalí Álvarez (Foro Intereclesiástico Mexicano, A. C. [FIM])

Nayeli De León Ramírez (Escuela Nacional de Antropología e Historia [ENAH])

Hortensia Granillo Rodríguez (Instituto Nacional de Estadística y Geografía)

Gabriela Juárez Palacio (Observatorio Eclesial)

José Luis López González (FIM)

Brenda Mandujano Alanuza (Segob)

Elio Masferrer Kan (ENAH)

Ilse Mayer (Conferencia de Superiores Mayores de Religiosos de México, A. R.)

Luis Perelman Javnozón (Tribuna Israelita)

Ittai Pérez Márquez (FIM)

Isabel Resano González (Casa Tibet México)

Isa Rojas (Centro Educativo de la Comunidad Musulmana)

Rubén Ruiz Guerra (UNAM)

Diversidad sexual

Ana Amuchastegui (Universidad Autónoma Metropolitana [UAM] Xochimilco)

Lourdes Angulo Salazar (Universidad Pedagógica Nacional-Guadalajara)

Patricia A. Becerril (Colegio Mexicano de Sexología y Educación Sexual, A. C.)

Myriam Brito Domínguez (UAM Azcapotzalco)

Alejandro Brito Lemus (Letra S. VIH/Sida, Sexualidad, Salud)

Gloria Careaga (UNAM)

Lol Kin Castañeda Badillo (Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal)

Misael Del Olmo Delgado (Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres])

Juan Ángel Gallardo (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS])

Cecilia Garibi González (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida)

Teresa González Luna (Cátedra UNESCO sede Universidad de Guadalajara [U. de G.])

María de los Ángeles González Ramírez (Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades [CUCSH] de la U. de G.)

Alberto Herrera

Guadalupe López García (Lesbianas en Patlatonalli, A. C.)

Ignacio Lozano
Anuar Luna Cadena
Javier Marmolejo
José Merino (Instituto Tecnológico Autónomo de México)
Lydia Miranda (Segob)
Mara Sofía Mondragón (Centro de Apoyo a las Identidades Trans, A. C.)
Sayani Moska Estrada (Instituto de Investigaciones en Innovación y Gobernanza de la U. de G.)
Luis Perelman Javnozón (Tribuna Israelita)
Luis Adrián Quiroz (Derechohabientes Viviendo con VIH/Sida del mss)
María Guadalupe Ramos Ponce (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer)
Trilce Rangel Lara (CUCSH-U. de G.)
Yuriria A. Rodríguez Martínez (Secretaría de Salud)
José Eduardo Rodríguez Pérez (Red Universitaria de la Diversidad Sexual)
Angie Rueda Castillo (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)
Jorge Saavedra López (AIDS Healthcare Foundation)
Ricardo Salazar (U. de G.-TV)
Raymundo Sandoval
Yamileth Ugalde
Judith Minerva Vázquez Arreola (Acciona, Transformando Caminos para Ser y Hacer, A. C.)
Estefanía Vela Barba (Centro de Investigación y Docencia Económicas)
Martha Villaseñor Farías (CUCSH-U. de G.)

Mujeres

Ximena Andión Ibáñez (EQUIS: Justicia para las Mujeres en México)
Arminda Balbuena Cisneros (Centro para el Desarrollo Democrático del Instituto Federal Electoral [CDD-IFE])
Mercedes Barquet Montané (El Colegio de México)
Dalia Barrera Bassols (Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A. C.)
María Paula Castañeda (EQUIS)
María de los Ángeles Corte Ríos (Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género)
Gabriela Delgado Ballesteros (Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación-UNAM)
Mariana García (Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C.)
Martha Juárez Pérez (Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, A. C.)
Alicia Leal Puerta (Ashoka México y Centroamérica)
María Eugenia Medina Domínguez (Inmujeres)
Alicia Mesa Bribiesca (Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos, A. C.)
Lydia Miranda Eslava (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres)
Nashieli Ramírez Hernández (RIRIKI, Intervención Social, S. C.)
Gabriela Revueltas Valle (CDD-IFE)

Genoveva Roldán Dávila (Instituto de Investigaciones Económicas-UNAM)
María Guadalupe Serna Pérez (Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora)

Apariencia y clase social

Pilar Barzalobre Aragón (Comisión Estatal de la Juventud [Cejuve])
Alejandro P. Celis Albarrán (Procuraduría Federal del Consumidor [Profeco])
Luis Enrique Cordero Aguilar (Tribunal Estatal Electoral de Oaxaca)
Patricia Cruz Santiago (Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida)
Eréndira Cruzvillegas Fuentes (Gobierno del Estado de Oaxaca)
Margarita Daltón Palomo (CIESAS-Unidad Pacífico Sur, Oaxaca)
Sara Figueroa Armentia (Profeco, Delegación Oaxaca)
Minerva Nora Martínez Lázaro (Centro Regional de Derechos Humanos Bartolomé Carrasco Briseño, A. C.)
Olga J. Montes García (Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca [UABJO])
María de la Luz Morales Torres (Cejuve)
Guadalupe Lourdes Oroscó
Pedro Antonio Pérez Ruiz (Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca)
Isidro Ramírez López (Socpinda-DH, A. C.)
Virginia Guadalupe Reyes de la Cruz (Instituto de Investigaciones Sociológicas-UABJO)

Carlos E. Sánchez Carrillo (Piña Palmera, Centro de Atención Infantil, A. C.)
Martín Elías Santiago Merlín (Cejuve)
Eduardo Zamora Vásquez (Piña Palmera)

Grupos étnicos

Judith Bautista Pérez (Secretaría de las Culturas y Artes de Oaxaca)
Daniel Cardona (Radiodifusora XEGLO)
Vicente Marcial Cerqueda (Instituto Nacional de Lenguas Indígenas)
Francisco Rodolfo Córdoba Rafael (Procuraduría para la Defensa del Indígena)
Alejandro E. Cruz López (Comisión Política-Oaxaca)
Marco Antonio Espinosa Rodríguez (Secretaría de Desarrollo Agropecuario, Forestal, Pesca y Acuicultura [Sedafpa])
Aldo González Rojas (Secretaría de Asuntos Indígenas)
Tomás López Sarabia (Centro Profesional Indígena de Asesoría, Defensa y Traducción, A. C.)
Ibette Irasema López Soriano (Sedafpa)
Juan Carlos Martínez Martínez (CIESAS-Unidad Pacífico Sur, Oaxaca)
Modesta Martínez (Radiodifusora XEGLO)
Nayeli Celia Morales Reyes (Sedafpa)
Nemesio J. Rodríguez Mitchell (México Nación Multicultural, Programa Universitario UNAM, Oaxaca)
Maurilio Santiago Reyes (Centro de Derechos Humanos y Asesoría a Pueblos Indígenas, A. C.)

Reporte sobre la discriminación en México 2012.
Salud y alimentación se terminó de imprimir en octubre
de 2012 en los talleres gráficos de Corporación Mexicana
de Impresión S. A. de C. V., General Victoriano Zepeda 22,
col. Observatorio, 11860, México, D. F.
Se tiraron 1 500 ejemplares.

Este libro contiene dos capítulos del Reporte sobre la discriminación en México 2012. El primero analiza la discriminación en el ámbito de la salud. En nuestro país, la salud es un bien que todavía se obtiene de manera desigual, pues los servicios que la procuran suelen variar dependiendo de las características de quienes los requieren. En este texto se reconoce que el Estado mexicano ha dado pasos importantes para extender los servicios de salud, sin embargo, también advierte que el cierre social excluyente sigue operando en dicho ámbito. Este libro contribuye a comprender mejor esta circunstancia, analizando cuáles son los grupos de población más vulnerables en materia de salud y cómo opera la discriminación en esta área.

El segundo capítulo analiza la discriminación frente a la alimentación. El derecho a una adecuada alimentación es vital para que cualquier persona pueda desarrollar con dignidad su plan de vida y ejercer plenamente otros derechos. Este volumen profundiza en el conocimiento de la discriminación en el ámbito alimentario en México y de las barreras que ésta impone al ejercicio pleno de ese derecho fundamental.

Los dos capítulos concluyen con recomendaciones para generar condiciones que permitan a todas las personas que viven en nuestro país ejercer plenamente ambos derechos.

