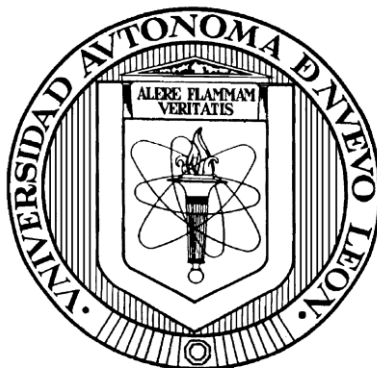


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACION EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

TESIS DOCTORAL

**ACCESO A LA SALUD, EQUIDAD Y SUSTENTABILIDAD:
CASO APLICADO PARA EL ESTADO DE NUEVO LEON**

**PRESENTA
MTRO. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA**

**COMITE TUTORAL
DIRECTORA: DRA. ESTHELA GUTIERREZ GARZA
CODIRECTORES: DR. JOSE MARIA INFANTE BONFIGLIO
DR. PEDRO CESAR CANTU MARTINEZ**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN
CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN
DESARROLLO SUSTENTABLE**

MARZO, 2012

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto de Investigaciones Sociales, a la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme apoyado económicamente en la realización de esta investigación y de mis estudios doctorales.

De igual manera, agradezco infinitamente a la Dra. Esthela Gutiérrez Garza por ser un excelente guía durante todos mis estudios doctorales y en esta investigación, por brindarme su apoyo incondicional, paciencia, su amistad, consejos, y por confiar en mi persona.

Asimismo agradezco a los doctores José María Infante Bonfiglio y Pedro César Cantú Martínez por todo su apoyo, consejos y sugerencias que me ayudaron para realizar esta investigación. Del mismo modo, les agradezco su amistad y orientación durante mis estudios doctorales. También, quiero agradecer al Dr. Adrián Sotelo y al Dr. José Luyando por darse el tiempo de conocer esta investigación y brindarme su experiencia y comentarios en beneficio de esta investigación.

De la misma manera, le agradezco al Mtro. Manuel Barragán Codina su apoyo y amistad, y a cada uno de los maestros del Instituto de Investigaciones Sociales que con su cátedra, orientación y experiencia, expresado en cada uno de los cursos que tome, me permitieron tener mejores bases para la realización de esta investigación.

Pero principalmente, les agradezco infinitamente a Dios por acompañarme siempre en mi vida.

A mis padres, Don Esteban Picasso y Doña Esmeralda Palencia por darme la mejor educación

del mundo y por brindarme las oportunidades para crecer y prepararme. Por enseñarme que con tenacidad, esfuerzo, fe y lucha todo se puede lograr. Por seguir conmigo en este camino y apoyarme incondicionalmente en mis sueños y objetivos en cada momento de mi vida. Gracias viejitos, lo logramos, conseguimos el doctorado!!!!

A mis hermanas María Guadalupe y Liliana, por compartir mis sueños y anhelos, por apoyarme en cada momento, y por ser parte importante de este logro, que es de toda la familia.

Y al Amor de mi vida, Jeyle Ortiz, por apoyarme incondicionalmente en las buenas y en las malas, por creer en mí, por estar conmigo en todo este proceso, por ser parte importante y fundamental de este logro que es la base de muchos más que compartiremos juntos. Por estar ahí siempre, por estar alentándome en cada momento, por comprenderme, entenderme, aconsejarme, apoyarme y sobre todo por brindarme su amor y compañía. Lo logramos amor, lo logramos!!!! Pero vamos por más mi Chocolatita, no hay límites solo los que nosotros queramos poner!!!!

Asimismo, agradezco también a todos mis compañeros del Doctorado que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante mis estudios doctorales: Elizabeth, Gloria Elías, Jesús, Fernando, Maricela, Ana Cecilia y Gabriela.

A todos mis compañeros de trabajo, les agradezco su amistad y apoyo durante la realización de este proyecto: Jorge, Eva, Isabel, Gabriela, Carlos, José Juan, Julio, Estela, Diana, Sandra, Marco, Mario, Elisa, Elizabeth, Yolanda y Sindi.

GRACIAS A TODOS!!!!

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO: LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO	9
Introducción.....	9
1. Antecedentes a la teoría del Desarrollo Humano.....	9
1.1 El Desarrollo centrado en el hombre: Francois Perroux.....	11
1.2 Nuevas prioridades del desarrollo: Empleo, distribución y pobreza.....	13
1.3 El enfoque de las necesidades básicas.....	15
1.4 El Ecodesarrollo y el Desarrollo Sustentable.....	18
1.4.1 El Ecodesarrollo.....	20
1.4.2 El desarrollo sustentable y la Declaración de Río.....	20
2. La teoría del Desarrollo Humano: Desarrollo como libertad	24
2.1 El origen del enfoque de capacidades de Amartya Sen.....	25
2.2 La diversidad humana y la justicia: los funcionamientos y la capacidad.....	29
2.2.1 Los funcionamientos y la capacidad.....	32
2.3 La perspectiva de la libertad.....	35
2.3.1 Las Libertades Constitutivas.....	37
2.3.2 Las Libertades Instrumentales.....	42
2.3.3 La equidad en el entorno para desplegar las libertades.....	45
3. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH).....	48
3.1 El IDH en México.....	54
4. Desarrollo humano y Desarrollo sustentable.....	55
5. Derechos humanos y desarrollo humano.....	60
6. Algunas consideraciones teóricas: la teoría del desarrollo humano vs. la teoría del capital humano.....	63
7. La salud en el desarrollo: La salud como una libertad para el desarrollo.....	66
7.1 Derechos humanos y Salud: El Estado como protector del derecho a la salud.....	74
7.2 La salud y el desarrollo sustentable.....	77
8. Equidad en salud.....	83
Conclusión.....	88
CAPITULO 2. LA LEGISLACIÓN Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO Y EN NUEVO LEÓN	90
Introducción.....	90
1. México y las instituciones internacionales de la salud: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.....	91
1.1 La Organización Panamericana de la Salud: Antecedentes y consolidación.	92

1.2 La Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud en materia de salud en México.....	98
1.2.1 Antecedentes y desarrollo de la cooperación.....	99
1.2.2. Áreas y prioridades de la Cooperación de la OPS/OMS en México para el siglo XXI.....	104
2. Derecho y Salud.....	112
2.1 El derecho a la salud en el contexto internacional.....	113
2.2 La universalización del derecho a la salud en algunas constituciones de países.....	119
2.3 El derecho a la salud en México.....	126
2.3.1 La Salud Pública y el derecho a la protección en salud en México: antecedentes.....	126
2.3.2 El derecho a la protección de la salud en la legislación de México.....	138
2.3.3 El Sistema Nacional de Salud y el derecho de los usuarios de los servicios de salud.....	144
3. El derecho a la salud en Nuevo León.....	150
3.1 El marco legal.....	150
3.2 Programas sociales en materia de salud aplicados en la entidad.....	154
3.3 El derecho al estándar más alto posible en la protección de la salud en Nuevo León.....	159
Conclusión.....	170
CAPITULO 3. LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD: UN PRIMER ACERCAMIENTO HACIA LOS INDICADORES EN MATERIA DE SALUD	173
Introducción.....	173
1. La salud en el contexto de la teoría del desarrollo humano.....	173
2. Índice de Desarrollo Humano: la dimensión en salud.....	175
3. Desarrollo Humano y Desarrollo Sustentable: hacia la convergencia.....	177
4. Los retos de la medición en salud en México y Nuevo León.....	181
4.1 Indicadores desde la perspectiva de la teoría del desarrollo humano y sustentable.....	182
4.1.1 La salud en el IDH: índice de Salud.....	182
4.1.2 Agenda 21 y Objetivos del Desarrollo del Milenio.....	183
4.2 Equidad y Salud: La propuesta del coeficiente de Gini aplicado en la Salud	191
Conclusión.....	195
CAPITULO 4. MARCO METODOLÓGICO: CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE SALUD EN EL MARCO DEL DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE	197
Introducción.....	197
1. El planteamiento de las libertades humanas de Amartya Sen: un enfoque metodológico para conocer el nivel de la salud en la población en general.....	197

2. Estructura metodológica.....	203
2.1 Libertades Constitutivas en salud.....	203
2.2 Libertades Instrumentales en salud.....	210
3. Hacia la construcción del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS).....	220
3.1 Aspectos metodológicos.....	221
3.2 Conformación del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable.....	230
3.2.1 El índice de las Libertades Constitutivas en Salud.....	230
3.2.2 El índice de las Libertades Instrumentales en Salud.....	232
3.2.3 Integración del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS).....	236
Conclusión.....	237
CAPITULO 5. EL INDICE DE SALUD PARA EL DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE	241
Introducción.....	241
1. Índice de Libertades Constitutivas en Salud.....	242
1.1 Índice de Salud Básica: Indicadores y resultados.....	244
1.2 Índice de Equidad en Salud: Indicadores y resultados.....	250
1.3 Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración y resultados.....	255
2. Índice de Libertades Instrumentales en Salud.....	259
2.1 Índice de Cobertura Sanitaria: Indicadores y resultados.....	261
2.2 Índice de Acceso a los Servicios de Salud: Indicadores y resultados.....	267
2.3 Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud: Indicadores y resultados.....	278
2.4 Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración y resultados.....	284
3. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable: Desarrollo y equidad.....	287
3.1 A manera de Conclusión.....	284
CAPITULO 6. RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE	296
BIBLIOGRAFIA GENERAL	313

INDICE DE CUADROS

1. Agenda 21: Dimensiones y capítulos	23
2. Informes del Desarrollo Humano, 1990-2010.....	51
3. IDH en México y Nuevo León, y municipios seleccionados 2005.....	54
4. Documentos que promueven a la salud como un factor importante para el desarrollo de las libertades y de los derechos.....	71
5. La salud en el IDH, México y Nuevo León. 1990-2005.....	183
6. Indicadores internacionales en materia de salud de la Agenda 21.....	185
7. Indicadores en materia de Salud de la Agenda 21, México y Nuevo León. 1990-2005.....	186
8. Indicadores de salud de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México.....	188
9. Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en materia de salud. México y Nuevo León. 1990-2005.....	189
10. Tasa de mortalidad infantil y el Coeficiente de Gini en salud. México y Nuevo León. 1990 – 2007.....	193
11. Tasa de mortalidad materna y Coeficiente de Gini en salud. México y Nuevo León. 1990 – 2007.....	194
12. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS).....	221
13. Libertad Constitutiva en Salud: componente e indicadores.....	221
14. Libertades Instrumentales en Salud: componentes e indicadores.....	222
15. Indicadores de las Libertades Constitutivas en Salud: valores mínimos y máximos utilizados.....	225
16. Indicadores de las Libertades Constitutivas en Salud: valores mínimos y máximos utilizados.....	226
17. Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados.....	226
18. Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados.....	227
19. Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados.....	229
20. Rangos de análisis del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable	237
21. Indicadores de la Salud Básica en México y Nuevo León. 1990-2005.....	245
22. Índices de Equidad en Salud en México y Nuevo León. 1990-2005.....	251
23. Indicadores de Cobertura Sanitaria en México y Nuevo León. 1990-2005.....	262
24. Indicadores de Acceso a los Servicios de Salud. México y Nuevo León. 1990-2005.....	268
25. Indicadores de Protección Estatal del Derecho a la Salud: Indicadores y resultados. México y Nuevo León. 1990-2005.....	279

INDICE DE FIGURAS

1. Conferencias Sanitarias Internacionales, seleccionadas. 1880-1900.....	93
2. Libertades para el desarrollo en salud: esquematización.....	202
3. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable: integración.....	242
4. Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración e indicadores.....	243
5. Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración.....	256
6. Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración e indicadores.....	260
7. Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración.....	285
8. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable.....	289

INDICE DE GRAFICAS

1. Índice de Salud Básica para México y Nuevo León.1990-2005.....	249
2. Índice de Equidad en Salud para México y Nuevo León.1990-2005.....	254
3. Índice de Libertades Constitutivas en Salud, México y Nuevo León. 1990-2005.	257
4. Índice de Cobertura Sanitaria para México y Nuevo León. 1990-2005.....	266
5. Índice de Acceso a los Servicios de Salud para México y Nuevo León. 1990-2005.....	277
6. Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud para México y Nuevo León 1990-2005.....	282
7. Índice de libertades Instrumentales en Salud, México y Nuevo León 1990-2005.....	286
8. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, México y Nuevo León.1990-2005.....	290
9. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable vs. Índice de Salud del IDH, México. 1990-2005.....	293
10. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable vs. Índice de Salud del IDH, Nuevo León. 1990-2005.....	294

INTRODUCCIÓN

Es imposible concebir la construcción de un futuro sustentable para la humanidad sin preocuparse por la salud de la población, ya que ésta es un elemento que impacta al bienestar de la sociedad, y a su vez, al de los individuos, en beneficio de tener mayores oportunidades de lograr un mejor desarrollo con carácter humano y sustentable. Por lo cual, todo ser humano tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza (ONU, 1993).

La salud es un componente esencial, pilar y libertad del desarrollo, que dotada en entornos de alta protección permite ofrecer oportunidades y libertades para el progreso no solo de las personas sino también en las naciones que luchan por protegerla y hacer una buena gestión en beneficio de la protección de este derecho.

De esta manera, la salud es un derecho fundamental y un objeto social, por el cual es necesario que ésta se provea en entornos equitativos, lo cual contribuiría a permitir a tener no solo un mejor nivel de salud en la población, sino también un mayor desarrollo social en donde las libertades del ser humano se puedan potencializar en beneficio de un desarrollo humano y sustentable.

En el marco del desarrollo humano y de las libertades propuesto por Amartya Sen, la salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque a la vez complementarios: el primero

en el sentido como medio para el desarrollo y el segundo como aspecto final del desarrollo. La primera acepción enmarca a la salud como una libertad que permita potencializar las libertades del ser humano en beneficio de tener un mejor nivel de salud y de calidad de vida de manera sustentable. La segunda vislumbra a la salud como una libertad fundamental básica del desarrollo de la población que ésta tiene que ser constitutiva o inherente al ser humano y que debe darse en términos de equidad.

Ambos ámbitos son complementarios y permiten observar el desarrollo de los entornos en donde se potencializan estas libertades y el fin último del desarrollo, asimismo nos ayudan a analizar dónde, cuándo y cómo se presentan las condiciones sociales para que el ser humano pueda desplegarlas (Sen 2002). Así, en estas libertades convergen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público, lo privado y las instituciones.

De esta manera, concebir al desarrollo como libertad permite ver a la salud como un medio y fin de las realizaciones personales y colectivas, fomenta la seguridad general de la sociedad y es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de la población, así como un elemento indispensable para la reproducción de la vida social en entornos equitativos y sustentables.

Por lo tanto, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que podemos valorar, así la justicia social no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables.

En este sentido, Sen (2000, 2002) atribuye una importancia destacada a la salud, como una libertad para que las personas puedan gozar de ella y lograr potenciar sus más amplias aspiraciones en beneficio de su desarrollo individual y como actores, en el ámbito productivo y social. Es decir, la salud entendida como un medio y un fin que permitirá desarrollar sus capacidades y libertades para llevar a cabo sus objetivos y metas. Asimismo, la salud surge y constituye una de las libertades constitutivas e instrumentales básicas de las personas, la cual debe estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos y de la justicia social.

Por lo tanto, esta investigación pretende analizar a la salud como un elemento tanto constitutivo como instrumental de la teoría del desarrollo humano propuesta por Amartya Sen, enmarcada por las condiciones institucionales y sociales que intervienen para que la sociedad cuente con esta oportunidad para avanzar hacia la sustentabilidad. Este estudio se realiza para el Estado de Nuevo León durante el período de 1990 al 2005.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Conocer y analizar en el campo de la salud, cuáles son las condiciones institucionales y sociales que intervienen para que la sociedad cuente con un acceso a la salud equitativo y sustentable en beneficio de un mejor desarrollo en la población neolonesa.

Objetivos específicos

1. Conocer y analizar la legislación que enmarca el acceso a la salud en Nuevo León.
2. Conocer el nivel de gestión del estado en la protección del derecho a la salud en la entidad.
3. Analizar la cobertura que tiene la población en el acceso a la salud, tanto de la infraestructura médica como de los recursos materiales y físicos de los prestadores de servicios de salud en la entidad.
4. Construir un indicador que muestre el nivel de desarrollo en salud en Nuevo León.

Hipótesis

1. El marco normativo que permite las condiciones de acceso a la salud, está siendo aplicado en forma insuficiente.
2. La cobertura de asegurados en los servicios privados presenta un crecimiento acelerado en comparación con la cobertura de la medicina social.
3. Se presenta poco avance y deterioro en las condiciones de cobertura de los médicos y las enfermeras en el estado.
4. El desarrollo en materia de salud no se ha incrementado de una forma considerable en el estado de Nuevo León y éste se da en una situación inequitativa en la entidad.

Justificación

Esta investigación tiene como prioridad estudiar la salud y las posibilidades de su accesibilidad desde la visión del desarrollo humano de Amartya Sen para tratar de encontrar las circunstancias que incrementen la potencialidad del desarrollo de la población y que éste se presente de manera equitativa en el ámbito de la salud.

Por lo cual, esta investigación pretende abordar temas cómo el desarrollo, la sustentabilidad y la equidad en salud, desde el enfoque del desarrollo humano y libertades de Amartya Sen. Asimismo se pretende desarrollar un marco teórico-metodológico que contemple esta visión y en donde quede enmarcada el concepto de salud, para la construcción de una metodología que conlleve a la generación de un Índice de Salud para el desarrollo humano y sustentable. El cual, permitirá analizar el nivel de desarrollo en esta materia tanto a nivel país como para el estado de Nuevo León durante el periodo 1990-2005.

Esta investigación tiene la intención de abrir el debate y ayudar en el desarrollo e implementación de políticas en materia de salud que nos lleven a un mejor desarrollo humano y sustentable en Nuevo León, el cual permita la integración de los objetivos económicos, sociales y medioambientales de la sociedad con el fin de optimizar el bienestar humano y la equidad sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras.

De igual manera, se pretende tener en su aporte empírico, la idea de proveer de instrumentos, como un índice de salud, que permita ver el progreso de las condiciones de salud de los neoloneses y de las políticas que se aplican por parte del Estado. Asimismo, permitirá la

generación de estudios que actualmente no existen, y que los investigadores y servidores públicos vean en el área de la salud un área de oportunidad de desarrollo de investigación social en beneficio de la equidad y el desarrollo humano y sustentable de la población neolonesa.

Finalmente, para poder llevar a cabo los objetivos trazados de esta investigación y tratar de probar las hipótesis planteadas, este estudio se desarrolla a lo largo de seis capítulos.

En el capítulo I, se presenta el marco teórico de la investigación, el cual está sustentando en el marco teórico-conceptual de Amartya Sen. Para esto, primero se analizan las teorías que antecedieron a la visión del desarrollo humano de Amartya Sen y como éstas se entrelazan y constituyen una nueva visión del desarrollo. En seguida se abordan las aportaciones de Amartya Sen, y de manera particular, su propuesta del enfoque de capacidades y su aportación del desarrollo humano. Asimismo, se analiza como la teoría del Desarrollo Humano se entrelaza con perspectivas como: el Desarrollo Sustentable, los derechos humanos y el capital humano. Finalmente, se aborda a la salud en el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, y se profundiza en el tema de la equidad en este ámbito como una condicionante del desarrollo.

El capítulo II, presenta el marco legislativo y normativo del derecho a la salud en México y en el estado de Nuevo León, así como las diferentes políticas dirigidas a la gestión del derecho a la salud. Para esto, se aborda el desarrollo de las instituciones de salud a nivel internacional y como ha sido la cooperación de ellas con México, además que programas o políticas se han implementado en beneficio de la salud y protección de este derecho. Asimismo se analiza el

marco legal y normativo a nivel internacional y Latinoamericano para conocer como está el derecho a la salud en algunos países de Europa, Asia y Latinoamérica. También, se aborda el marco legal de este derecho en México y cuáles son los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Finalmente, se analiza el marco legal y normativo del derecho a la protección de la salud en el estado de Nuevo León y su implicación en las normativas estatales y federales, así como también en los planes de desarrollo en la materia que permitan observar el entorno económico, institucional y social de las capacidades y libertades humanas en beneficio del desarrollo humano y sustentable de la salud de la población.

En el capítulo III, el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, se analiza la salud como elemento fundamental de la teoría del desarrollo humano, y se abordan las propuestas de mediciones de los indicadores de salud en el marco del desarrollo humano y sustentable para ser aplicadas en México y en el estado de Nuevo León, al considerar los indicadores relacionados al ámbito de la salud del Índice de Desarrollo Humano, la Agenda 21 y de los Objetivos del Milenio. Esto se realiza en una dimensión más amplia, incluyendo el aspecto de la equidad en materia de salud a través del uso del Coeficiente de Gini aplicado a indicadores de salud.

El capítulo IV, plantea el diseño y estructuración del marco metodológico para la construcción del *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*, el cual permite medir los avances o retrocesos de las libertades humanas en materia de salud para el estado de Nuevo León –en lo particular- y para México –en lo general. Este índice será estimado mediante un instrumento metodológico que tendrá como base la visión teórica del Desarrollo Humano de Amartya Sen y la perspectiva del Desarrollo Sustentable, centrándose en las libertades

humanas, las cuales se dividen en constitutivas e instrumentales. En este caso, estas libertades estarán enmarcadas en el tema de salud y cada una de ellas contendrá una serie de indicadores para poder generar los respectivos *Índices de Libertades Constitutivas en Salud* e *Índice de Libertades Instrumentales en Salud* que integraran al *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*.

El capítulo V, presenta para el período de 1990 al 2005 los resultados del indicador compuesto, el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* tanto para México como para el estado de Nuevo León, así como de cada uno de los sub-índices que lo integran: el *Índice de Libertades Constitutivas en Salud*, el cual está integrado por los índices de *Salud Básica y Equidad en Salud*, y el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud*, integrado por los índices de: *Cobertura Sanitaria, Acceso a los Servicios de Salud y de la Protección Estatal del Derecho a la Salud*. Mediante los cuales, en su conjunto, se analizan los avances en el desarrollo de las oportunidades en materia de salud y de las condiciones de los entornos sociales e institucionales en donde se expanden y potencializan las libertades humanas. Así como de las condiciones de la salud en la población, y si estas, están transitando hacia la sustentabilidad y la equidad.

Finalmente, en el capítulo VI se presentan las conclusiones generales de esta investigación, además de exponer las aportaciones del estudio y establecer las líneas de investigación que se desprenden de esta tesis para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO: LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO

Introducción

En el presente capítulo se presenta el marco teórico de la investigación, el cual está sustentado en la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen. Para desarrollar este enfoque, primero se analizará las teorías que antecedieron a la visión del desarrollo humano de Sen y como éstas se entrelazan y constituyen una nueva visión del desarrollo. En segunda, se desarrolla la teoría del desarrollo humano y las aportaciones de Amartya Sen, y de manera particular, su propuesta con la salud y sus entornos. Después, se analiza como la teoría del Desarrollo Humano se entrelaza -converge o diverge- con perspectivas como: El Desarrollo Sustentable, los derechos humanos y el capital humano. Finalmente, se estudia a la salud en el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, y se profundiza en el tema de la equidad en materia de salud como una condicionante del desarrollo.

1. Antecedentes a la teoría del Desarrollo Humano

La teoría del desarrollo humano tiene sus raíces en la preocupación que despiertan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y la búsqueda por integrar en el análisis

los aspectos sociales y culturales de la población, es decir, las necesidades de los destinatarios del desarrollo. Este enfoque crítico ocurrió simultáneamente en América Latina con los trabajos de la Teoría de la Dependencia y su crítica a la Teoría de la CEPAL, y en Europa con las propuestas de organizaciones supranacionales en torno al medio ambiente, como lo fue la creación del Club de Roma¹ en 1968 y el enfoque del ecodesarrollo presentado en 1973 por Maurice Strong director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

Así, autores como Sotelo (1999:14) mencionan que la crisis capitalista abrió una crisis de los paradigmas, en virtud de las formas de reproducción, señalando que esto: “...nos coloca en nuevos escenarios teóricos que deben adaptarse a las condiciones de existencia inédita de las sociedades humanas, dentro de ese sistema en proceso de mundialización.” Y agrega: “...se puede hablar de “crisis de los paradigmas” en un sentido positivo, en función de las grandes transformaciones ocurridas en el siglo veinte, que han abierto lo que podemos denominar transición crítica hacia la búsqueda de nuevos conceptos y categorías que hagan las veces de “conceptos reemplazo”, no para desplazar o sustituir los precedentes, sino para enriquecerlos y profundizarlos.”

En el marco de este orden de ideas, esta nueva visión del mundo que desplaza su atención en el crecimiento y la productividad -como centro del quehacer en la sociedad-, hacia la noción del desarrollo, sus destinatarios y el medio ambiente, fue significativamente enriquecido con

¹ El Club de Roma fue creado por destacados intelectuales que preocupados por el deterioro del medio ambiente derivado del frenético desarrollo de la Época de Oro en Estados Unidos y su influencia en el resto del mundo colocaron en el centro de la discusión en un libro clásico *Los límites del desarrollo* (Meadows, D., et al, 1972) el modelo civilizatorio prevaleciente.

las aportaciones del economista francés Francois Perroux y su propuesta de los *costos del hombre*, los trabajos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la década de los setenta en relación a *las necesidades básicas* y su política sobre el Empleo Global, así como, la *teoría del desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)* inspirado en la obra de Amartya Sen y la elaboración posterior del Índice del Desarrollo Humano a finales de la década de los ochenta. Finalmente, en 1987 en el conocido Informe Brundtland titulado *Nuestro futuro común* se presenta por primera vez el concepto del desarrollo sustentable que engloba el crecimiento económico, la equidad intra e intergeneracional y el cuidado del medio ambiente (Gutiérrez Garza y González Gaudiano, 2009).

1.1 El Desarrollo centrado en el hombre: Francois Perroux

En un artículo notable de Héctor Guillén (2008) sostiene que Francois Perroux “...es el economista francés más reputado, prolijo y singular del siglo XX. Como afirmó Paul Streeten “entre los economistas fue un gigante”.² Y Guillén Romo (2008:12) agrega: su pensamiento fue original, “... de la economía abierta a la historia, la sociología, la política, la cultura, la ideología, la filología y la religión. El único hilo conductor en toda su obra es un humanismo cristiano no necesariamente bien apreciado entre los economistas”

Para Perroux, el desarrollo contempla “la combinación de los cambios mentales y sociales de una población que la vuelven apta para hacer crecer, cumulativa y durablemente su producto real global.” (Perroux, 1991:191). Así, la teoría de Perroux no contempla al ser humano como

² Paul Streeten (1989).

simple medio de producción, sino lo contempla como agente capaz de modificar su entorno. En palabras de Perroux (1981:96) “El agente es una organización y una individualidad, (...) combina sus variables-medios y sus variables-objetivos según su información y sus potencialidades, recurriendo a su memoria para formar proyectos”.

Por otra parte, Perroux se interesó tempranamente en los estudios del subdesarrollo y a finales de la década de los cincuenta escribe un importante artículo titulado “Tres elementos para el análisis del subdesarrollo” (1958). Su preocupación por el Tercer Mundo constituyó un desenlace natural de un pensador que buscó afanosamente entender los problemas de la desigualdad y buscar alternativas para atenuarlas. En su libro *La economía del siglo XXe* (1991), sostiene que el subdesarrollo es resultado de una acción de *dominación* de los países más desarrollados que durante la etapa de la colonización, sus acciones de saqueo y explotación, condujeron a la *desarticulación* de las estructuras productivas prevalecientes en dichos países que constituyó el verdadero obstáculo al desarrollo. La manifestación más clara del subdesarrollo se expresa en un indicador profundo, complejo y global: la ausencia de cobertura del los *costos del hombre* (Guillén Romo, 2008).

Los costos del hombre son aquellos factores constitutivos que permiten vivir satisfactoriamente en una época histórica determinada. Son derechos de carácter universal por el hecho de existir y no están vinculados al empleo o la actividad que desempeñan. Esto significa que son las instituciones y la sociedad los responsables de proveer estos derechos. Para Perroux los costos del hombre los constituyen “los gastos fundamentales del estatuto humano de la vida para cada uno en un grupo determinado” (1991:192) y se refiere a la

alimentación, la salud, la educación y la recreación; y para todo ello, es necesario instrumentar medidas institucionales específicas en el marco de una política económica de desarrollo.

Así, la teoría de Perroux de los costos del hombre permitió sentar las bases de estrategias posteriores de política de desarrollo como el enfoque de las necesidades básicas, la teoría del Desarrollo Humano de Amartya Sen y el PNUD, que a través de ellas responderían principalmente a la preocupación de Perroux, la de edificar “medidas numéricas de fenómenos sociales exteriores al funcionamiento del mercado” (Perroux, 1991:514).

Esta visión del desarrollo centrada en el ser humano formó parte de una coyuntura histórica importante caracterizada de una expansión social de la conciencia que se manifestó en el movimiento estudiantil internacional, -destacando Francia y México-, la lucha por los derechos civiles en Estados Unidos, el rechazo a la emergencia de las dictaduras militares en el Tercer Mundo (donde los teóricos de la teoría de la dependencia fueron los críticos principales) y la compasión que provocaron las muertes por hambruna en Etiopía y Bangladesh a principios de la década de los setenta (Bustelo, 1999).

1.2 Nuevas prioridades del desarrollo: Empleo, distribución y pobreza

En 1969 en la 11ª Conferencia Mundial de la Sociedad Internacional para el Desarrollo celebrada en Nueva Delhi estuvieron presentes los temas sociales. En esta conferencia el director del Instituto de Estudios del Desarrollo (IED) de la Universidad de Sussex, el señor Dudley Seers, presentó un enfoque de desarrollo que tenía un alto contenido social y que se fundamentaba en tres líneas: el empleo, la distribución y la pobreza.

En palabras de Seers:

“Las preguntas que hay que hacerse sobre el desarrollo de un país son, por tanto, las siguientes: ¿qué ha ocurrido con la pobreza?, ¿qué ha ocurrido con el desempleo?, ¿qué ha ocurrido con la desigualdad? Si todos esos tres problemas se han hecho menos graves, entonces se ha registrado sin duda un periodo de desarrollo en el país en cuestión. (...) Un plan que no contenga objetivos para reducir la pobreza, el desempleo y la desigualdad difícilmente puede considerarse como un plan de desarrollo.” (Bustelo, 1999:142)

En este mismo año, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con la colaboración del Instituto de Estudios del Desarrollo inició su programa sobre el Empleo Global en donde participaron especialistas como: Hans Singer, R Jolly y D. Seers. Este programa permitió dar cabida a una revisión del concepto de desarrollo y sus posibles alcances hacia el futuro. Además, permitió el surgimiento de nuevas publicaciones en esta misma línea de pensamiento en la década de los setenta, de las que destacan las siguientes:

- ✓ El artículo “What are you trying to measure?” (1972) en donde Seers plantea que el desarrollo debe ser reinterpretado para tener en cuenta las tendencias no sólo del crecimiento, sino además de la pobreza, la distribución de los ingresos y el empleo.
- ✓ El informe de la OIT en 1972 “Employment, incomes and equality; a strategy for increasing productive employment in Kenya” en donde se identifica al sector informal³ como una importante fuente creadora de crecimiento, trabajo y ganancias para los trabajadores pobres.
- ✓ En 1974 el Banco Mundial y el Instituto de Estudios del Desarrollo de la Universidad de Sussex hizo un compilado de artículos que llevaría por nombre “Redistribution with growth” en donde se promovía los fundamentos analíticos para un nuevo enfoque del

³ Este sector era definido como aquellas empresas de trabajo intensivo de pequeña escala.

desarrollo que profundizaba las medidas e implicaciones políticas que minimizarían el intercambio entre crecimiento e igualdad. (Hidalgo, 1998)

Además, en el marco de este nuevo enfoque la OIT organizó tres misiones sobre el empleo en el marco de su programa el Empleo Global: en Colombia en 1979, en Ceilán (actual Sri Lanka) y en Kenia en 1972, donde empezó a teorizarse el problema del desempleo desde una perspectiva diferente sentando las bases de lo que posteriormente sería su contribución a los estudios del empleo y del sector informal (OIT, 1972).

1.3 El enfoque de las necesidades básicas

La combinación de la lucha contra el desempleo, la distribución de los ingresos y la pobreza dio lugar a un enfoque integrado sobre las necesidades básicas, teniendo en Streeten, Ul Haq, Jolly y A. Sen (quien luego éste formaría la base teórica del enfoque de desarrollo humano) a sus principales impulsores.

Este nuevo enfoque de ver el desarrollo junto con tres acontecimientos históricos permitirían darle sustento al enfoque de las necesidades básicas. Estos acontecimientos serían:

- 1) el discurso de McNamara, presidente del Banco Mundial, ante el consejo de gobernadores del Banco Mundial en 1973, donde señaló como las poblaciones de los países en desarrollo no son capaces de asumir su propio destino y de satisfacer sus necesidades más esenciales, por lo tanto, los gobiernos de estos países deberían preocuparse en mayor sentido de las principales necesidades humanas (Hunt, 1989);

- 2) la Declaración de Cocoyoc⁴ (México) que fue redactada en 1974, la cual planteaba que cualquier proceso de crecimiento que no conduzca a la satisfacción -de las necesidades básicas- o que la perturbe es una parodia de la idea de desarrollo (Esteva, 1996); y
- 3) el informe de la Fundación Dag Hammarskjold llamado “¿Qué hacer? ¿Otro desarrollo?” en 1975 que plantea un “desarrollo distinto basado en la satisfacción de las necesidades, la self-reliance, la armonía con la naturaleza y los cambios estructurales.” (Rist, 2002:181-182).

En 1976, en el informe “Employment, Growth and Basic Needs: A One-World Problem” desarrollado por la Conferencia Mundial sobre el Empleo de la OIT, por primera vez se toca la idea de la satisfacción de las necesidades básicas, muy probablemente inspirados en Perroux, como un objetivo del desarrollo. La OIT en este informe propone un desarrollo que incluya, como meta explícita, la satisfacción de un nivel absoluto de necesidades básicas que vaya más allá de la intención y que permita concentrar medidas de desarrollo más enfocadas a los grupos más pobres de la población. Así, la definición de un conjunto de necesidades básicas constituirá un estándar mínimo de vida, que permitirá identificar los grupos más vulnerables para proporcionarle metas concretas hacia el progreso.

De esta manera, la OIT define a las necesidades básicas como las que aseguran un nivel de vida mínimo que toda sociedad debería tener y, especialmente, los grupos más pobres.

Asimismo, las agrupa en cuatro categorías:

- ✓ Los requerimientos mínimos de una familia para el consumo alimentario, la vivienda y el vestido.
- ✓ El acceso a los servicios esenciales de educación, saneamiento, transporte, agua potable y salud.

⁴ La declaración resalta la necesidad de la diversidad y de seguir diferentes caminos al desarrollo, así como la meta de la autosuficiencia y el requerimiento de cambios económicos, sociales y políticos fundamentales.

- ✓ El acceso a un puesto de trabajo remunerado.
- ✓ La satisfacción de las necesidades cualitativas: un medio ambiente saludable, participar en las decisiones que afectan a la vida y al sustento de las personas y las libertades individuales. (OIT, 1976)

Por lo tanto, estas necesidades contemplan las condiciones elementales que le permiten a todos los seres humanos tener una vida física y mental mínima saludable con empleo, alimentación, vivienda, servicios médicos, seguro profesional y de desempleo, así como una vida específicamente humana con educación, recreación y cultura.

A partir de 1978, el Banco Mundial tomó el protagonismo de este enfoque y realiza diversos estudios, los cuales fueron recogidos posteriormente en la obra de Streeten, Burki, Mahub Ul Haq, Hicks y Stewart en 1981 que llevó por nombre: “Lo primero es lo primero: Satisfacer las necesidades humanas básicas de los países en desarrollo”

En esta obra, Mahub Ul Haq resalta como las teorías del desarrollo han insistido en la necesidad de un crecimiento que no se había traducido en calidad de vida, ni en una disminución de las desigualdades y tampoco en la eliminación de la pobreza absoluta. Además, expresa como este nuevo enfoque profundiza en que la vía para eliminar la pobreza no debe consistir solamente en aumentar la productividad de los pobres, sino que además estas personas deberían tener cubiertas sus necesidades básicas. (Streeten et al, 1981).

Para Streeten (1981) el enfoque de las necesidades básicas es un intento por proporcionar las oportunidades para el pleno desarrollo físico, mental y social de los seres humanos y para derivar los medios para alcanzarlos. Asimismo, tiene una serie de ventajas, como: a) que el objetivo del desarrollo es proporcionar a todos la oportunidad de alcanzar una vida plena; b)

va más allá de los agregados macroeconómicos; y c) tiene una gran concepción integradora que puede servir de marco intelectual y político.

Esta corriente ha seguido su curso y se ha nutrido de otros horizontes, conformando un movimiento progresista y progresivo hacia la construcción de una visión integral del desarrollo que comprende, además de la dimensión económica, se agrega lo social, político, cultural y lo ambiental. Esta corriente cobró expresión concreta a principios de los años noventa, cuando aparece una nueva forma de medir el desarrollo que superó las mediciones tradicionales centradas en el Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita*, que es una medida de la riqueza producida en promedio por habitante. Este indicador, de carácter estrictamente económico, tiene además la característica de ser un promedio estadístico que oculta las desigualdades sociales y no considera la degradación del medio ambiente. “David Morse, antiguo director general de la OIT, propuso incluso el derrocamiento del PIB, expresión que luego haría fortuna”, citado por Bustelo (1999:144).

1.4 El Ecodesarrollo y el Desarrollo Sustentable

Otro aspecto significativo de los cambios profundos en el paradigma del desarrollo lo constituye sin lugar a dudas la preocupación por el medio ambiente. Éste fue otro de los preceptos que se impulsó en el medio social desde los años setenta. Uno de los primeros intentos de empatar el medio ambiente con el desarrollo fue la obra de Meadows et al, llamado *Los límites del crecimiento* publicada en 1972, el mismo año de la Conferencia de Estocolmo sobre el medio ambiente, donde se utilizó el concepto de Ecodesarrollo, que sería desarrollado durante los setenta por autores como Ignacy Sachs (Hidalgo, 1998).

Esta obra fue publicada por el Club de Roma, un equipo del Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) formado entre otros por Donella H. Meadows, Dennis L. Meadows, Jorge Randers y Williams W. Nehrens, donde se cuestiona el crecimiento dinámico de los años de oro (*Golden Age*) en Estados Unidos y se centra la atención sobre la existencia de los límites físicos al crecimiento. Este estudio consistía en un análisis prospectivo del futuro del planeta, el cual mantenía constante las tasas y el modelo de crecimiento económico de los años sesenta y principios de los setenta⁵. Según este análisis, de mantener las tendencias de la población y la explotación de los recursos y el medio ambiente, en un plazo de cien años ocurriría lo siguiente:

- ✓ El mundo se quedaría sin materias primas estratégicas, debido a la sobreexplotación de los recursos renovables y el agotamiento de los recursos no renovables.
- ✓ La contaminación que genera el crecimiento tendría efectos muy negativos sobre el planeta.
- ✓ La población sobrepasaría las posibilidades de abastecimiento alimentario del planeta; es decir, el modelo de desarrollo será incapaz de satisfacer la necesidad básica de la alimentación.

Este documento llevó a la conclusión que, como se pensaba, no era posible un crecimiento infinito con recursos finitos, lo que llevaría a la doctrina del crecimiento cero, en donde era necesario limitar el crecimiento económico para hacer compatible la calidad económica con la calidad del medio ambiente. Veinte años después, en 1992, Meadows y su equipo, publicaron la continuación de su obra bajo el título *Más allá de los límites del crecimiento: Colapso global o futuro sustentable* que ha prevalecido en el debate de la sustentabilidad del desarrollo hasta la actualidad.

⁵ Dicho análisis incluía dos modelos prospectivos el World2 de Forrester y el World-3 de Meadows.

1.4.1 El Ecodesarrollo

Por otra parte, a partir de una noción expuesta del enfoque del ecodesarrollo presentado en 1973 por Maurice Strong director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el economista francés I. Sachs elaboró el concepto de Ecodesarrollo que apareció publicado un año después en su artículo que lleva el mismo nombre: “Ecodesarrollo”. Para Sachs (1974), el Ecodesarrollo es un estilo de desarrollo que requiere soluciones específicas para cada región teniendo en cuenta los datos culturales y ecológicos tanto a corto como largo plazo; así, el criterio de progreso está relacionado con cada caso particular en donde el medio ambiente juega un papel preponderante.

Por lo tanto, el Ecodesarrollo implica que la comunidad o región y el ecosistema se desarrollen juntos en búsqueda de una mayor productividad y de un mayor grado de satisfacción de las necesidades, pero sobre todo que este desarrollo sea sustentable en términos ecológicos y sociales.

Todas estas aportaciones ambientalistas tuvieron un gran impacto en esta transición hacia la construcción de un paradigma orientado al enfoque interdisciplinario, el Desarrollo Sustentable.

1.4.2 El desarrollo sustentable y la Declaración de Río

Durante los años ochenta el debate sobre la relación entre desarrollo y medio ambiente continuaba y en 1987 mediante la publicación del informe de la Comisión Mundial de Medio

Ambiente de Naciones Unidas llamado “Nuestro Futuro Común” que después sería conocido como el Informe Brundtland, se presenta la definición más conocida del concepto Desarrollo Sustentable.

En este informe, que encabezó la Dra. Gro Harlem Brundtland, define al Desarrollo Sustentable como aquel *desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.*

Así, el desarrollo sustentable, propuesto en este informe, se presenta como un nuevo estilo de desarrollo solidario inter e intra generacional, que requiere nuevas formas de cooperación basada en la solidaridad entre los seres humanos.

Posterior a este informe y dentro de los acuerdos derivados de la Cumbre, en 1992, se celebró en Río de Janeiro la Conferencia de las Naciones Unidas Sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, conocida como la Cumbre de la Tierra, que concluyó con la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Esta declaración, en su primer principio, menciona que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”, además considera la erradicación de la pobreza como requisito indispensable para la consecución de un desarrollo sustentable. Asimismo, refiere a éste en términos de respuesta equitativa a las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

Cabe resaltar que la declaración de Río se enmarca con el desarrollo de un programa de acción llamado Agenda 21, el cual está encaminado a la consecución del desarrollo sustentable. Esta agenda aborda los problemas que enfrenta el mundo actual y permite sentar las bases para

enfrentar los desafíos del desarrollo en los próximos siglos, en donde la participación de las instituciones públicas como privadas deben de estar conciliadas con la participación activa de la sociedad para hacer frente a la problemática presente y futura que enfrenta el mundo.

La Agenda 21 está comprendida por cuatro grandes dimensiones que permiten englobar las acciones que debe realizar la sociedad en su conjunto para enfrentar la problemática del desarrollo social, económico y medio ambiental en beneficio de las presentes y futuras generaciones. Estas dimensiones son:

- ✓ Sociales y económicas;
- ✓ Conservación y gestión de los recursos para el desarrollo;
- ✓ Fortalecimiento del papel de los grupos principales; y
- ✓ Medios de ejecución.

Estas cuatro dimensiones que dan forma a la Agenda 21 y se desagregan en 40 capítulos, los cuales se presentan en el cuadro 1. Cabe destacar que la salud está presente como un objetivo de protección y fomento para el desarrollo sustentable en el capítulo sexto.

Cuadro 1
Agenda 21: Dimensiones y capítulos

Dimensión	Capítulo
Social y Económica	1. Preámbulo.
	2. Cooperación internacional para acelerar el desarrollo sostenible de los países en desarrollo y políticas internas conexas.
	3. Lucha contra la pobreza.
	4. Evolución de las modalidades de consumo.
	5. Dinámica demográfica y sostenibilidad.
	6. Protección y fomento de la salud humana.
	7. Fomento del desarrollo sostenible de los asentamientos humanos.
	8. Integración del medio ambiente y el desarrollo en la adopción de decisiones.
Conservación y gestión de los recursos para el desarrollo	9. Protección de la atmósfera.
	10. Enfoque integrado de la planificación y la ordenación de los recursos de tierras.
	11. Lucha contra la deforestación.
	12. Ordenación de los ecosistemas frágiles: lucha contra la desertificación.
	13. Ordenación de los ecosistemas frágiles: desarrollo sostenible de las zonas montañosas.
	14. Fomento de la agricultura y del desarrollo rural sostenible.
	15. Conservación de la diversidad biológica.
	16. Gestión ecológicamente racional de la biotecnología.
	17. Protección de los océanos y de los mares de todo tipo, incluidos los mares cerrados y semicerrados, y de las zonas costeras, y protección, utilización racional y desarrollo de sus recursos vivos.
	18. Protección de la calidad y el suministro de los recursos de agua dulce: aplicación de criterios integrados para el aprovechamiento, ordenación y uso de los recursos de agua dulce.
	19. Gestión ecológicamente racional de los productos químicos tóxicos, incluida la prevención del tráfico internacional ilícito de productos tóxicos y peligrosos.
	20. Gestión ecológicamente racional de los desechos peligrosos, incluida la prevención del tráfico internacional ilícito de desechos peligrosos.
	21. Gestión ecológicamente racional de los desechos sólidos y cuestiones relacionadas con las aguas cloacales.
	22. Gestión inocua y ecológicamente racional de los desechos radiactivos.
Fortalecimiento del papel de los grupos principales	23. Preámbulo.
	24. Medidas mundiales a favor de la mujer para lograr un desarrollo sostenible y equitativo.
	25. La iniciativa y la juventud en el desarrollo sostenible.
	26. Reconocimiento y fortalecimiento del papel de las poblaciones indígenas y sus comunidades.
	27. Fortalecimiento del papel de las organizaciones no gubernamentales: asociadas en la búsqueda de un desarrollo sostenible.
	28. Iniciativas de las autoridades locales en apoyo de la Agenda 21.
	29. Fortalecimiento del papel de los trabajadores y sus sindicatos.
	30. Fortalecimiento del papel del comercio y la industria.
	31. La comunidad científica y tecnológica.
	32. Fortalecimientos del papel de los agricultores.
Medios de ejecución	33. Recursos y mecanismos de financiación.
	34. Transferencia de tecnología ecológicamente racional, cooperación y aumento de la capacidad.
	35. La ciencia para el desarrollo sostenible.
	36. Fomento de la educación, la capacitación y la toma de conciencia.
	37. Mecanismos nacionales y cooperación internacional para aumentar la capacidad nacional en los países en desarrollo.
	38. Arreglos institucionales internacionales.
	39. Instrumentos y mecanismos jurídicos internacionales.
	40. Información para la adopción de decisiones.

Fuente: Agenda 21. <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/agenda21sptoc.htm>

2. La teoría del Desarrollo Humano: Desarrollo como libertad

En el marco de esta coyuntura histórica, podemos decir que de manera simultánea a la Cumbre de la Tierra, se empieza a trabajar en una propuesta alternativa al indicador del PIB que fue el resultado de una convocatoria del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), hizo a especialistas⁶ en el área de ciencias sociales a finales de la década de los ochenta con el propósito de elaborar una concepción distinta para medir el desarrollo. El resultado constituyó un parte aguas en la medición del desarrollo. En los hechos, este enfoque superó la visión economicista centrada en el tener -dinero y mercancías-, por una visión holística centrada en el ser -bienestar y las capacidades de los seres humanos- en el cual el papel de las instituciones juega un papel determinante (Sen y Nussbaum, 1993).

La visión resultante rinde tributo a las aportaciones que, en materia de desarrollo, había propuesto Amartya Sen, (posteriormente Premio Nóbel de Economía en 1998) quien, en su libro *Development as Freedom* (1999), sintetiza las principales ideas de su pensamiento. Sen inicia sus trabajos preocupándose por la pobreza y de manera particular por las hambrunas. Descubre que, muy a menudo, algunas hambrunas tienen lugar ahí donde existen cantidades de alimento disponible, por lo que concluye que no son solo los factores materiales, sino las oportunidades reales que gozan los individuos son lo que puede explicar la pobreza extrema que escenifican las hambrunas.

⁶ Entre estos especialistas se encontraban: Mahbub Ul-Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis, Keith Griffin y Amartya Sen.

Este enfoque define al desarrollo como un proceso de ampliación de oportunidades para que las personas puedan ser y logren hacer lo que valoran. Por lo tanto, esta teoría coloca en el centro de sus postulados la expansión de las libertades y la superación de las privaciones para alcanzar las aspiraciones de las personas. Así se concibe al ser humano, como portador de las capacidades y libertades, en el fin y el medio del desarrollo.

2.1 El origen del enfoque de capacidades de Amartya Sen

En 1979, en el Ciclo Tanner sobre los valores humanos en la Universidad de Stanford, Amartya Sen en su ponencia, que llevó por nombre *Equality of what?*⁷, por primera vez utilizó el concepto de capacidades o <<capability>>, el cual daría el marco de acción y sustento al enfoque de capacidades y posteriormente a la teoría del Desarrollo Humano.

Este concepto fue introducido por Sen, debido a un sentido de la igualdad, el cual determinó “igualdad de capacidad básica”. Así, planteaba un nuevo enfoque de evaluar y valorar el bienestar desde la perspectiva de la habilidad de una persona para hacer o alcanzar actos que valorara. De esta manera, Sen argumentaba que “lo que falta (...) es una noción de capacidades básicas: que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas” (1980:217). Por lo tanto, Sen define el término de capacidad para representar las distintas combinaciones que una persona puede hacer o ser, es decir, los funcionamientos que puede lograr (Sen y Nussbaum 1993). Estos funcionamientos del ser humano representan las diversas acciones y

⁷ Además, en el marco de esta conferencia Sen presenta una crítica fuerte a la igualdad de las utilidades propuesta por el utilitarismo, la igualdad total útil y el concepto rawlsiano de igualdad (1979).

aspectos de la vida que las personas pueden realizar, los cuales son valorados altamente por la gente, entre ellos se encuentran estar sanos, comer, trabajar, leer, escribir, entre otros.

Así, el bienestar que buscaba medir Sen a través de este enfoque hace referencia a aspectos relacionados con las habilidades, ventajas y oportunidades de las personas, es decir, concretamente con los logros del ser humano o su calidad de vida, es decir con la libertad que tiene el individuo para ser y hacer cosas valiosas (Sen, 1985), lo cual difiere de la visión economicista del bienestar económico.

Años posteriores al origen del enfoque, Sen en su obra *Capacidad y Bienestar*, menciona que:

“La palabra capacidad no es excesivamente atractiva. Suena como algo tecnocrático, y para algunos puede sugerir la imagen de estrategias nucleares frotándose las manos de placer por algún plan contingente de bárbaro heroísmo. (...) Quizá se hubiera podido elegir una mejor palabra cuando hace algunos años traté de explorar un enfoque particular del bienestar y la ventaja en términos de la habilidad de una persona para hacer activos valiosos, o alcanzar estados para ser valiosos. Se eligió esta expresión para representar las combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser: los distintos funcionamientos que se puede lograr” (1993:30).

Considerando lo anterior, Sen reafirma su intención de basar su enfoque en el bienestar humano y la capacidad, en términos de la habilidad de una persona para hacer actividades valiosas, es decir de su libertad. Permitiendo así, crear un marco conceptual teórico que permita evaluar y valorar el bienestar o calidad de vida del ser humano, los acuerdos sociales, la pobreza, la desigualdad y la equidad, además del diseño de políticas públicas. No obstante, que este enfoque surge para evaluar en un principio el bienestar individual, esto no lo exime para ser usado y planteado como marco teórico de acción diferente a la economía del

bienestar, sino también puede ser usado en el ámbito de las políticas públicas, la ética y la filosofía política, pero principalmente para el desarrollo humano.

En este sentido, Sen menciona que “la perspectiva de la capacidad no es un conjunto de formulas mecánicas, sino un marco para el análisis de la información, el escrutinio crítico y los juicios reflexionados.” (1996:117)

Por lo tanto, Sen al introducir el concepto de capacidades (o conjunto de capacidades), a partir de su conferencia ¿Equality of what?, define dicho concepto como el entorno en el que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas, como la habilidad de moverse, de satisfacer ciertas necesidades alimentarias y de salud, la capacidad de disponer de medios para vestirse y tener alojamiento o la capacidad de participar en la vida social. En este sentir, las capacidades o habilidades las reconoce como básicas en la medida en que éstas se consideren valiosas y no estén dentro del contexto de la representación de la igualdad utilitarista o marginalista de la teoría económica del bienestar tradicional o en su caso en la de los bienes primarios expuesta por Rawls en su teoría de la justicia como equidad, y desde luego ni en la combinación de ambas teorías, sostiene Sen.

Con sus propias palabras, Sen plantea que:

“Los bienes primarios padecen del defecto fetichista de ocuparse de los bienes, y aunque la lista de bienes se especifica de un modo amplio e inclusivo, abarcando derechos, libertades, oportunidades, ingresos, riqueza y las bases sociales de la propia estimación, sigue ocupándose de las cosas buenas, en vez de lo que suponen esas cosas para los seres humanos. La utilidad, en cambio, sí se ocupa de lo que esas cosas suponen para las personas, pero no valora lo que la persona hace con ellos, sino su reacción mental. Sigue faltando algo de la lista combinada de utilidades y bienes primarios. Si se afirma que deben dedicarse recursos a eliminar o reducir sustancialmente la desventaja de un inválido a pesar de que no exista

argumento alguno basado en la utilidad marginal (dado que es tan caro) ni en la utilidad total (dado que está tan satisfecho), debemos apoyarnos en otro argumento. En mi opinión, lo que se está discutiendo es la interpretación de las necesidades como capacidades básicas. Esta interpretación de las necesidades y los intereses está frecuentemente implícita en las exigencias de igualdad. A este tipo de igualdad la llamaré igualdad de capacidad básica” (1980:218)

Así, el enfoque de capacidades surge de las exigencias y el principio ético de la igualdad en el entorno de la economía y de la filosofía política. De esta manera, como lo considera Sen, la preocupación de la igualdad de capacidades es una extensión de la preocupación de la teoría de Rawls por la igualdad de los bienes primarios. En donde lo importante no es solamente la atención de proveer en una sociedad los bienes primarios, sino lo que las personas pueden hacer con esos bienes. Sobre esta premisa Sen introduce otro aspecto fundamental, el de la libertad. Es decir, Sen considera que la igualdad de capacidades es una exigencia que debe ser cubierta si se quiere una *sociedad libre*. Así, el entorno que enfrente la sociedad debe de proveer las condiciones para que las capacidades del ser humano tengan la oportunidad de realizarse en un marco de libertad. Para ello, las instituciones de orden público deben en mayor medida converger en cubrir las necesidades mínimas del ser humano que le provean de una mayor libertad para potencializar sus capacidades en forma equitativa.

Sen, al finalizar su conferencia confirma su idea de ver al enfoque de capacidades como una dimensión moral relevante de un gran alcance, contrario al que brinda la igualdad de utilidades y los bienes primarios. Así, menciona:

“Por último, la mayor parte de esta conferencia ha girado en torno al rechazo de las pretensiones de la igualdad utilitarista, de la igualdad del total de utilidad y de la igualdad rawlsiana para proporcionar un fundamento suficiente a la cuestión moral de la igualdad, incluso para aquella parte que se ocupa de las necesidades, y no de lo que se ofrece. He afirmado que ninguno de los tres es suficiente, ni tampoco combinación alguna de los tres. Ésta es mi tesis principal. También he formulado la afirmación constructiva de que esta laguna la puede estrechar la idea

de la igualdad de la capacidad básica, y también, ya de forma más general, el uso de la capacidad básica como una dimensión moral relevante, que nos lleve más allá de la utilidad y los bienes primarios” (Sen, 1980:220).

Por lo tanto, el enfoque de capacidades surge de una reflexión hermenéutica sobre la diversidad humana y sus logros, y de la crítica a teorías de la igualdad en bienes y en pensamiento, como lo son: la teoría de la justicia de Rawls y el utilitarismo económico, con lo cual Amartya Sen configura un nuevo modelo de justicia social y de desarrollo con pretensiones universales, en donde las capacidades nos permiten impulsar la libertad de ser y hacer del ser humano, la cual daría las bases y sustento a una nueva teoría de desarrollo que surgirá diez años después, nos referimos a la teoría del Desarrollo Humano.

2.2 La diversidad humana y la justicia: los funcionamientos y la capacidad

El pensamiento de Amartya Sen ha sido un punto de inflexión en la línea de pensamiento económico, ético y filosófico de la justicia social y de la igualdad. Este pensamiento reafirma la diversidad existente entre los seres humanos y sus posibilidades y oportunidades de desarrollo y su carácter de justicia.

Aristóteles, fue quien en una primera instancia distingue esa diversidad humana y la relaciona con la justicia, mencionando en su obra “Ética a Nicómaco” que si los seres humanos “no son iguales, no tendrán parte iguales, de lo contrario vienen las disputas y reclamaciones, cuando o los que son iguales no tienen o reciben partes iguales, o los que no son iguales tienen y reciben partes iguales (...) lo justo es, pues una proporción.” Así, la justicia desde esta perspectiva consiste en tratar los casos iguales como iguales y los desiguales como desiguales.

En este sentido, Sen menciona que “los seres humanos somos profundamente diversos (...) La potente retórica de la igualdad del hombre, a menudo suele desviar la atención de estas diferencias. Aunque tal retórica, por ejemplo, todos los hombres nacen iguales, se ha considerado siempre como parte esencial del igualitarismo, las consecuencias de pasar por alto esas diferencias entre los individuos, de hecho, pueden llegar a ser muy poco igualitarias, al no tener en cuenta el hecho de que el considerar a todos por igual pueden resultar en que se dé un trato desigual a aquellos que se encuentran en un posición desfavorable.” (1992:13)

Por lo tanto, Sen (2000) conceptualiza cinco aspectos que enmarcan la diversidad humana que se tienen que tomar en consideración cuando se hable de igualdad y justicia social. Estos aspectos son:

- ✓ *La heterogeneidad personal:* en este aspecto se agrupan las diferencias humanas de carácter físico, en relación con la incapacidad, enfermedad o sexo, que pueden hacer que las necesidades y oportunidades de unos difieran con otros. Un ejemplo de ello es tratar igual a dos personas diferentes, desde un inválido en relación a un enfermo o un sano, un hombre y una mujer.
- ✓ *La diversidad relacionada con el medio ambiente:* este relaciona las diferencias entre personas que viven en distintos climas sujetos a inundaciones o sequías, temperaturas diversas, las necesidades de ropa de acuerdo al clima y su entorno de calefacción, la contaminación e inclusive la presencia de enfermedades infecciosas en una región relacionadas a factores del medio ambiente.
- ✓ *Diferencias de clima social:* en ello se tiene en cuenta todas las condiciones sociales que influyen en las posibilidades de alcanzar una vida de libertad y por tanto justa. Para esto se considera todo lo relacionado a los servicios públicos, sistemas educativos

y salud, la presencia o ausencia de delincuencia, las cuestiones relacionadas con la epidemiología y la contaminación. Además, se consideran las posibilidades de crear en el seno de una comunidad lazos y redes asociativas, lo que se ha llamado actualmente capital social.

- ✓ *Diferencias en perspectivas relacionadas:* hacen referencia a los bienes que exigen las pautas de conducta arraigadas en distintas comunidades o localidades y que dependen de las costumbres. Un ejemplo de ello, es la libertad que tiene una persona para participar en la vida de la comunidad o sociedad, ya que ésta puede ser distinta para una persona pobre que para una rica.
- ✓ *La distribución dentro de la familia:* el bienestar de toda la familia y la libertad de sus miembros dependen de cómo se utilice el ingreso para satisfacer los intereses y los objetivos de cada uno de ellos. Así, las reglas de distribución que se utilicen dentro de la familia –relacionadas con el género, la edad o las necesidades que se crea que tiene cada miembro- darán el punto de partida para los logros y capacidades de sus miembros, creando una situación de justicia o de injusticia.

Desde esta perspectiva la visión del desarrollo humano fundamentada en el enfoque de Amartya Sen es un punto crucial para el desarrollo de políticas públicas justas y equitativas, donde se consideren aspectos sociales, económicos, ambientales, culturales y políticos que permitan dar el sustento de un desarrollo para los más vulnerables y desprotegidos.

Así, la teoría del desarrollo humano permite abordar la justicia como equidad desde una visión no igualitaria de los seres humanos, es decir, tomando en cuenta la diversidad personal y circunstancial antes mencionada. Así, lo que importa es lo que las personas pueden hacer con

las cosas que obtienen – o bienes-, en donde la diversidad en factores como el género, la salud, la educación, el entorno social, ambiental, cultural y económico tiene mucho que ver para convertir lo que obtienen en oportunidades para un desarrollo con libertad.

Por lo tanto, en la teoría del desarrollo humano de Sen, que tiene como base su enfoque de capacidades, se establecen dos niveles normativos centrales que están estrechamente ligados, no obstante hay diferencia entre ellos. Estos dos aspectos constitutivos de la teoría del desarrollo humano son los funcionamientos y las capacidades, los cuales fundamentan el centro del criterio normativo que permite la evaluación y valoración del bienestar del individuo, y por lo tanto, de la justicia social.

2.2.1 Los funcionamientos y la capacidad

Los funcionamientos o funciones del ser humano representan diversos y múltiples aspectos de la vida, los cuales las personas valoran, de ahí que los funcionamientos se definan como “las diversas cosas que una personas puede valorar hacer o ser” (Sen, 2000:75). Desde la óptica de Amartya Sen, la vida se considera como un conjunto de funcionamientos que se encuentran interrelacionados, consistentes en estados y acciones (Sen, 1992). Así, el conjunto de funcionamientos son de tal importancia ya que la realización de una persona puede entenderse como la suma de sus funcionamientos (Sen, 1985).

Además, Sen menciona que: “Los funcionamientos (...), interrelacionados, definen un estilo de vida. (...) Los funcionamientos son constitutivos del estado de una persona” (1992:53). Pero cabe mencionar, que en su obra *Development on Freedom*, presenta la definición más

completa acerca de este concepto: “El concepto de funciones que tiene raíces claramente aristotélicas, refleja las diversas cosas que una persona puede valorar, hacer o ser. Las funciones valoradas puede ir desde las elementales, como comer bien y no padecer enfermedades evitables, hasta actividades o estados personales muy complejos, como ser capaz de participar en la vida de la comunidad y respetarse a uno mismo.” (2000:99)

Así, los funcionamientos⁸ se pueden clasificar en simples y complejos; los *funcionamientos simples* comprenderían aquellas funciones más elementales, como estar bien alimentado, tener un buen nivel de salud, no padecer enfermedades evitables ni mortalidad infantil, entre otras. Por otro lado, *los funcionamientos complejos* comprenden funciones de alto grado de complejidad como: ser feliz, tener dignidad en tu entorno social y laboral, participar en la vida de la sociedad, entre otros. De esta manera, la vida es una combinación de estas funciones que nos permitirán llegar a distintos estados o niveles de vida que se puede o quiere alcanzar.

A partir del concepto de funcionamientos se constituye el concepto de capacidades. Debido a que las capacidades son una combinación de los funcionamientos. En palabras de Amartya Sen (2000:100):

“El conjunto de capacidades estaría formado por los distintos vectores de funciones entre los que se puede elegir. Mientras que la combinación de funciones de una persona refleja sus logros reales, el conjunto de capacidades representa la libertad para lograrlos: las distintas combinaciones de funciones entre las que puede elegir esta persona.”

⁸ Sin embargo, algo que se tiene que mencionar es que Sen a lo largo de sus obras aborda de diferentes maneras el concepto de funcionamientos. Con respecto a esto, autores como Cohen (1993) ha criticado estos diferentes sentidos de referencia de los funcionamientos que refiere Sen en sus obras.

Así, el análisis del desarrollo parte de la noción de las capacidades que se pueden lograr, como una combinación de la libertad y el bienestar de los seres humanos. A partir del estudio Aristotélico del concepto que realiza M. Nussbaum (1988; 1993), se pueden clasificar en dos grandes niveles las capacidades, en este sentido, cabe señalar que Amartya Sen esta clasificación la acepta y la comparte (Sen, 1992:59):

- ✓ *Las capacidades básicas:* serían aquéllas que están determinadas por el principio o valor de la justicia, en otras palabras, factores como estar bien alimentado y no padecer enfermedades evitables ni la mortalidad prematura, entre otras. Es decir, las capacidades exigidas para un nivel mínimo de vida y valiosas por sí mismas como derecho de todo ser humano por el simple hecho de existir.
- ✓ *Las capacidades potenciales:* estas comprenden aquellas que son deseables por que permiten alcanzar una mayor calidad de vida, y por consecuencia una justicia social de mayores condiciones. Entre ellas están las actividades como la participación social, la dignidad y el respeto a uno mismo, el cual puede entrar en discusión ya que se pueden dar matices de la valoración personal y entre personas.

El desarrollo de estas capacidades en el ser humano en mayor o menor medida permitirá establecer su estilo de vida, su calidad y la bondad y justicia de ésta. Así, los funcionamientos y capacidades y lo que se puede lograr con ellos forman el sustento teórico del enfoque de las capacidades que da forma a la nueva perspectiva de abordar el desarrollo, y que permite que la libertad, entendida como el entorno para poder desplegar las oportunidades del ser humano, sea el punto clave y detonador de estos factores que permitirán una mayor justicia dando contenido a la teoría del desarrollo humano. (Sen, 2000)

2.3 La perspectiva de la libertad

Desde la visión de la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen y de su enfoque de las capacidades, el desarrollo constituye la construcción de entornos en los cuales se manifieste la libertad de poder desplegar las capacidades u oportunidades y las más preciadas aspiraciones de los seres humanos. Sen evita la definición estrecha del desarrollo que lo reduce al crecimiento del PIB, al aumento de los ingresos, a la industrialización y al progreso tecnológico.

Así, la libertad es concebida como el conjunto de capacidades individuales para hacer cosas que una persona tiene razones para valorar (Sen, 2000). Por lo tanto, el desarrollo ha de evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos. Entonces, no importa la cantidad de bienes o medios que tiene la persona, sino lo que consigue realizar con lo que tenga y considerando el grado de libertad que tiene.

Desde el enfoque del Desarrollo Humano, una visión de la justicia debe centrarse en la expansión de las opciones de las personas, a través de la expansión de los funcionamientos y capacidades humanas, es decir, la variedad de cosas que las personas pueden “ser y hacer”.

En este sentido, la capacidad es pues, un tipo de libertad, la libertad fundamental para conseguir distintas combinaciones de funciones, esto es, la libertad para conseguir los diferentes estilos de vida que tenemos razones para valorar. En palabras de Amartya Sen (1992:81):

“En la valoración de la justicia basada en las capacidades, las demandas o títulos individuales no tienen que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, respectivamente, sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar. Es esta la libertad real la que está representada por las capacidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos”

Por lo tanto, las personas son las portadoras de las capacidades, y estas son el sustento del desarrollo, es decir las capacidades son el fin y el medio del desarrollo. Las capacidades de la persona están fuertemente condicionadas por el entorno, económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrollan, por ello, para garantizar la ampliación de las capacidades del ser humano, es decir su libertad. La definición de las políticas públicas debe de incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas, para potencializar el desarrollo.

Sen (1999) menciona que: “la calidad de la vida tiene que ser juzgada no solamente por la forma en que terminamos viviendo, sino también por las alternativas substanciales que tenemos”, es decir, la libertad de elegir. Por lo tanto, “la libertad puede ser susceptible tanto a lo que hace una persona como a las alternativas que tiene. La libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar una ventaja humana, y por medio de ella, evaluar el éxito social.” (Sen, 1999). Siendo así la libertad una valoración fundamental en el cuerpo de la teoría del desarrollo humano.

En este sentido, Sen (1999) hace una revisión valorativa sobre este principio y señala que “el desarrollo en términos de la ampliación de las libertades (...) dirige la atención hacia los fines que hacen el desarrollo importante...”, sin embargo “las libertades que la gente disfruta depende también de otros factores determinantes, tales como las instituciones sociales y

económicas (...), así como también los derechos políticos y civiles (...)"'. Por lo tanto, la libertad es al mismo tiempo el principal fin y el principal medio para lograr el desarrollo. De esta manera, la libertad es tanto un valor constitutivo (fin) como instrumental (medio). Entonces, la libertad de optar por diferentes tipos de vida se refleja en el conjunto de capacidades reales de las personas (libertad de bienestar) y también de los entornos. Así para Amartya Sen en su dimensión integral clasifica las libertades en constitutivas e instrumentales, que en las siguientes secciones se presenta un análisis más extenso de cada una de ellas.

2.3.1 Las Libertades Constitutivas

Las *libertades constitutivas* son el conjunto de capacidades básicas o fundamentales que permiten contar con una vida saludable, tener un nivel de vida digno, de poder leer y adquirir conocimientos y disfrutar de una libertad política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente, entre otras. Nos recuerda el concepto de Perroux de los *costos del hombre*, lo que mínimamente tiene derecho cualquier ser humano por haber nacido.

“El papel constitutivo de la libertad está relacionado con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana (...) Desde esta perspectiva constitutiva, el desarrollo implica la expansión de éstas y otras libertades....” (Sen, 2000:55).

La preocupación fundamental de Sen es que los individuos sean capaces de vivir el tipo de vida de acuerdo a sus más sensibles aspiraciones. El criterio esencial es la libertad de elección y la superación de los obstáculos que impiden el despliegue de las libertades. Como, por ejemplo, la capacidad de vivir muchos años, de ocupar un empleo gratificante, de vivir en un ambiente pacífico y seguro y de gozar de la libertad.

Desde la visión del desarrollo humano, y teniendo como base el enfoque de Amartya Sen, la libertad como fin constitutivo del desarrollo se puede estructurar en tres dimensiones: i) Valor universal, ii) oportunidades y procesos y iii) compromiso social.

i) Valor Universal

Desde la dimensión de la libertad como valor universal, se presentan las *libertades constitutivas*, las cuales anteriormente ya mencionábamos son las que permiten contar con una vida saludable, tener un nivel de vida digno, entre otras. Así, la libertad, al igual que la democracia y otros valores y derechos universales, se concibe como un valor intrínseco de justicia económica y social, y por consiguiente del desarrollo. Por lo tanto, sin la expansión de la libertad, el desarrollo podría enfocarse en aspectos materiales y descuidar al ser humano que es el destinatario del desarrollo.

En este sentido, Amartya Sen (2000:30) bajo la concepción de la libertad como valor universal, menciona que: “la expansión de las libertades nos permiten ser personas sociales más plenas, que ejercen su propia voluntad e interactúan con –e influyen en- el mundo en el que viven”. Y señala (PNUD, 2004:22): “para construir sociedades humanas y justas, es necesario entender cabalmente la importancia que reviste la libertad en general...”

ii) Oportunidades y procesos de la libertad

En primera instancia la libertad nos da la oportunidad de lograr nuestros objetivos y metas de las cosas que tenemos razones de valorar. Sin embargo, la libertad engloba tanto “los procesos

que hacen posible la libertad de acción y de decisión como las oportunidades reales que tienen los individuos, dadas sus circunstancias personales y sociales” (Sen, 2000:33). Así, la libertad nos permite hacer referencia tanto de los procesos de la toma de decisiones como al conjunto de oportunidades que nos permiten lograr resultados y acciones que valoramos.

De esta manera, la libertad como faceta de *oportunidad* es la capacidad real para conseguir las cosas de acuerdo a las oportunidades reales que se tiene. “*La faceta de oportunidad se refiere, pues, a la capacidad real para conseguir cosas*” (Sen, 1997:128). Cabe señalar, que este concepto se tienen que expandir e integrar a las oportunidades –tanto sociales, económicas y medio ambiental- que son ofrecidas para la elección del ser humano como: vivir muchos años, tener un empleo digno, comprar bienes y servicios, entre otras.

Sin embargo, la faceta de la libertad como oportunidad tiene dos vertientes que destaca Sen (2000): la importancia intrínseca y la importancia derivada de las oportunidades. La primera de ellas, es la libertad que tenemos de elegir para hacer algo o no hacerlo, por otro lado, en lo que se refiere a la importancia derivada esta depende únicamente del uso real de la misma. En este sentido, Hayek menciona que: “la importancia de ser libres para hacer una cosa no tiene nada que ver con la cuestión de si es probable o no que nosotros o la mayoría hagamos alguna vez uso de esa posibilidad” (Sen, 2000:349).

En lo que respecta a su faceta como proceso, tenemos que considerar que en el análisis del desarrollo se debe incluir ciertos procesos como la participación política y en los debates, que no solo son medios para lograr mayor crecimiento económico y social, sino que además juegan un papel constitutivo para los fines del desarrollo. Por lo tanto, en el desarrollo humano

no solo debe incluir la libertad como faceta de oportunidad, sino también debe de coexistir con su faceta de procedimiento o proceso que hace factible el aumento de las oportunidades, ésta faceta incluye dos características distintivas: 1) la autonomía (decisional) y 2) la no coacción (inmunidad hacia terceros).

En el sentido de autonomía, la libertad, hace referencia a la capacidad de decidir por uno mismo, ser los dueños de nuestras acciones y decisiones. Por lo tanto, la autonomía decisional en palabras de Sen (1997:130-131): “se refiere al papel operativo que una persona tiene en el proceso de elección y lo esencial en ello es que uno mismo tome las decisiones, (...) Esto exige la identificación del dominio propio de las decisiones autónomas.”

En lo que respecta a la inmunidad frente a la interferencia de los demás (la libertad de inmunidad). La libertad como inmunidad es posible considerarla como una idea negativa de ausencia de actividades de terceros. Esta idea está relacionada con la conceptualización de la libertad negativa que según Berlin (1998:220) responde a la pregunta: “cuál es el ámbito en que el sujeto –una persona o un grupo de personas- se le deja o se le debe dejar hacer o ser lo que es capaz de hacer o ser, sin que en ello interfieran otras personas”. En este sentido, Sen (199:131) menciona que: “para esbozar el significado de inmunidad, es necesario definir lo que constituye <<interferencia>> (...) Es posible considerar la libertad como inmunidad como una idea <<negativa>> -la ausencia de actividades intrusivas-...” Así, las facetas de procesos y oportunidades de la libertad como fin constitutivo del desarrollo permitiría sentar las bases para evaluar la eficacia y bondad de las instituciones en beneficio del desarrollo y en la solidez de las instituciones para permitir un escenario social con alto grado de justicia social y equidad, en donde se dé un abanico extenso de oportunidades, sin que se presente la

intromisión de terceros en las decisiones o de las circunstancias para llevar a cabo éste proceso.

iii) Compromiso social

Finalmente, es necesario resaltar que para resolver las problemáticas sociales que el ser humano enfrenta, las libertades constitutivas tienen que tener un compromiso social. Para Sen, es necesario percatarse de nuestra humanidad en su totalidad para tomar decisiones y considera que “la libertad no es solo un valor social central, sino también un producto social inseparable”. (Sen, 2003)

Así, el sentido de la responsabilidad y compromiso social no tiene porque referirse solo a las consecuencias que pueden causar nuestra propia conducta y hechos sino también a concepciones generales como por ejemplo a las miserias, hambrunas o enfermedades que se observa a nuestro alrededor y que podríamos remediar si están en nuestro alcance (Sen, 2000). Por lo tanto, para Sen en todo momento la sociedad y su ayuda es necesaria, además reconoce que la autonomía individual no puede quedar fuera del entorno social y ésta debe ser consciente de las decisiones que se toman. Esta conciencia social permitirá dar las bases para generar un modelo de Estado humanista con visión compartida y comprometida.

Por lo tanto, la libertad como fin último del desarrollo necesita garantizar la universalidad, la oportunidad de elección y de los procesos que le rodean, además del compromiso social que conlleva potencializarlas en el entorno económico, político, social y medio ambiental.

2.3.2 Las Libertades Instrumentales

En el contexto de la visión del desarrollo de Amartya Sen, las *libertades instrumentales* son las que sirven como medio para el desarrollo, entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica. En palabras de Amartya Sen:

“El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo (...) La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otros.” (Sen, 2000:56).

Y agrega:

“Las opciones que una persona tiene dependen grandemente de las relaciones con los otros y de lo que el Estado y otras instituciones hagan. Deberíamos estar particularmente preocupados por esas oportunidades que están fuertemente influenciadas por las circunstancias sociales y las políticas públicas.” (Sen y Drèze, 2002:6).

La libertad como objetivo final del desarrollo necesita garantizar y potencializar las libertades instrumentales, es decir su papel de medio para el desarrollo. Estas libertades instrumentales están compuestas por las siguientes características:

- ✓ *Libertades políticas*: estas se refieren a la conciencia política, de expresión y pluralismo político, y los derechos de voto y de oposición política de las democracias. Hace énfasis en la oportunidad de decidir quién gobierna y bajo que principios, a la libertad de oposición –política-, de crítica a las autoridades, a la libertad de expresión, al diálogo, discrepar y criticar en el ámbito político, asimismo permite el derecho de participación en la elección de poderes (Sen, 2000). En particular, Dworkin (1995)

identifica estas libertades como fundamentales para sustentar los derechos básicos de primera generación⁹ que deben ser cubiertas principalmente por los gobiernos para disminuir las desigualdades.

- ✓ *Servicios económicos:* son la libertad de realizar intercambios, de producir o de consumir recursos o bienes, la existencia y al acceso a recursos financieros (créditos, financiamiento, etc.) por parte de los consumidores o empresas. Estos derechos y libertades que se dan en el marco regulatorio de mayor o menor libertad de los funcionamientos de los mercados, es decir, de las condiciones de intercambio y de los precios relativos. Pueden influir de manera importante y decisiva en los procesos económicos que permiten elevar el ingreso y la riqueza de un país, que esto a su vez, se refleja en un aumento de las libertades y derechos económicos de la población (Sen, 2000).

- ✓ *Oportunidades sociales:* en ellas, se incluyen principalmente el grado de accesibilidad que tiene la sociedad a los servicios públicos como de educación y salud, además de la integración y diversidad política y cultural y, el acceso a otro tipo de servicios públicos. Estas oportunidades sociales (educación y salud) no sólo permiten que el ser humano lleve una vida sana y con conocimientos, evitar enfermedades y muertes prematuras, sino permiten el aumento de la libertad para participar más eficazmente en actividades sociales, económicas y políticas (Sen, 2000). Así, combatir enfermedades evitables y muertes prematuras aumentan las libertades fundamentales de los individuos, ya que permite aumentar las oportunidades de participar activamente en el

⁹ Entre estos derechos se encuentran: el derecho a la educación, la salud, la alimentación, la vida, entre otros.

entorno ambiental, social, económico y político de la sociedad, además le permite la posibilidad de estar con su familia, con mayor autoestima haciendo actividades colectivas.

- ✓ *Garantías de transparencia:* se refiere a la necesidad de la honestidad que esperan los individuos; es decir, la libertad para interrelacionarse con otros con la garantía de la divulgación de la información y de la claridad de ésta. Así, surge como una libertad fundamental que garantiza un claro y limpio funcionamiento de todos los demás mecanismos sociales, económicos y políticos que permite prevenir la corrupción, la irresponsabilidad financiera y de los tratos poco limpios (Sen, 2000).

- ✓ *Seguridad protectora:* esta libertad comprende mecanismos institucionales como las prestaciones o seguros de desempleo, las ayudas económicas para los indigentes, ayudas para aliviar las hambrunas o generación de empleo de emergencia para proporcionar ingresos a los pobres, entre otras (Sen, 2000). Así, la seguridad protectora es necesaria para proporcionar una red social de protección que permita que la población que está en la miseria o vulnerable caiga en un mayor grado de pobreza, y hasta en ciertos casos, en la muerte y desesperanza.

Así, la perspectiva de la libertad como medio o instrumento del desarrollo consiste en que las libertades y los derechos pueden contribuir de gran manera para el progreso social y económico, de esta manera los derechos y las oportunidades contribuyen a que se presente un desarrollo humano. Lo anterior tiene como base las interconexiones que se establecen entre los distintos elementos intermedios, de tal manera que un tipo de libertad puede contribuir

extraordinariamente a aumentar otras, impulsando así a la larga el desarrollo humano (Sen, 2000).

Consecuentemente, para Sen es importante considerar en el análisis del desarrollo, además del indicador de la expansión económica, el impacto de la democracia, las instituciones y las libertades públicas sobre la vida y las oportunidades de los individuos. El reconocimiento de los derechos cívicos, una de las aportaciones de la democracia, que otorga a los ciudadanos la posibilidad de acceder a servicios que atiendan sus necesidades elementales y de ejercer presiones sobre una política pública adecuada.

2.3.3 La equidad en el entorno para desplegar las libertades

El desarrollo implica el logro de las libertades. Pero, además el proceso de procurarlas de manera equitativa, participativa y sustentable. Por lo tanto, “la equidad y la libertad” son características fundamentales del desarrollo.

Sen considera que la equidad es un elemento constitutivo del bienestar. Por lo tanto, la equidad está presente en los medios con preferencia al más débil, y en el colectivo abre más posibilidades y potencia la libertad individual. Por lo tanto, la equidad en el enfoque del Desarrollo Humano exige que todas las personas tengan una oportunidad equivalente para alcanzar las libertades tanto constitutivas como instrumentales que requieren para llevar la vida que desean vivir. Así, la equidad o justicia social debe estar sustentada en primera instancia en la igualdad para desplegar las capacidades, seguida de un entorno social, político,

económico y medio ambiental equitativo de oportunidades que sean promovidas por las instituciones públicas en mayor grado.

Amartya Sen (1992:81) señala que “la justicia (...) no tiene que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, (...) sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar”. Y argumenta “que las comparaciones de posesiones de medios para la libertad (tales como <<bienes primarios>>, <<recursos>> o <<rentas>>) no pueden proporcionar las comparaciones interpersonales que constituyen una parte esencial de la (...) justicia” (1997:110).

De esta manera, “las libertades de las que las personas gozan constituyen un territorio destacado de la justicia”, por lo tanto, “una teoría de la justicia basada en la equidad ha de tratar profunda y directamente de las libertades reales de que gocen las distintas personas – personas que pueden tener objetivos diversos- para llevar vidas diferentes que es posible que tengan razones de valorar” (Sen 1997:110 y 121).

Además, Sen (2000:102) señala que una característica general que se debe considerar para la evaluación real del desarrollo es “la heterogeneidad de los factores que influyen en la ventaja individual”. Así, “las diferencias de edad, sexo, dotes especiales, incapacidad, propensión a enfermar, etc., pueden hacer que dos personas distintas tengan oportunidades muy diferentes de disfrutar de una calidad de vida incluso aunque compartan la misma cesta de bienes” (Sen 2000:93).

Por lo tanto, es de suma importancia considerar la diversidad existente entre los seres humanos y sus oportunidades de desarrollo, las cuales estarían enmarcadas en los diferentes entornos en donde se puedan potencializar sus libertades. En este sentido Sen (1995:264) menciona que:

“las distancias entre las libertades y los medios para las libertades no hubieran sido de gran importancia (...) si las posibilidades de transformación de medios en libertades reales fueran idénticas para todos los seres humanos. Ya que estas posibilidades de transformación varían enormemente de un persona a otra, los juicios de la ventaja en el espacio de los medios para la libertad resultan ser bastantes diferentes para las valoraciones de los alcances de las libertades en sí mismos. La fuente del problema es *la* diversidad dominante de los seres humanos que hacen la igualdad de un espacio entrar en conflicto con la igualdad en otro espacio.”

De esta manera

“... resulta difícil entender una perspectiva de la libertad que no tenga a la equidad como elemento central. (...) En este contexto es importante reconocer que las negaciones y violaciones de la libertad se presentan típicamente bajo la forma de negar los beneficios de la libertad a algunos, aún cuando otros tienen la plena oportunidad de disfrutarlos” (Sen, 2003).

Así, el principio primordial para obtener equidad es la compensación de las desigualdades en las libertades básicas. Entonces, la solución radica no en que los individuos gocen solo de un trato igualitario, sino que éste considere sus diferentes condiciones, es decir, un trato no igualitario sino equitativo, el cual permita brindar oportunidades diferentes para que los individuos puedan desarrollar sus distintas oportunidades. Por lo tanto, el concepto de equidad no es sinónimo de igualdad y viceversa. Así, una igualdad injusta presente en el entorno social puede construir una inequidad aguda (Sen, 2000; 2003).

3. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Si bien el clima intelectual predominante de la década de los ochenta expresada por el surgimiento del neoliberalismo y las políticas públicas impulsadas por Estados Unidos en la época de Ronald Reagan y de Inglaterra por Margaret Thatcher, abandonaron el humanismo y los sustituyeron por el consumismo dirigido por el mercado, los cambios de mentalidad introducidos por Perroux, las necesidades básicas de la OIT, el pensamiento humanista de Sen, así como, las preocupaciones trascendentes de los ambientalistas condujeron progresivamente a que los organismos internacionales asumieran progresivamente un compromiso social dando la espalda al neoliberalismo ortodoxo. (Hidalgo, 1998)

A finales de la década de los ochenta las Naciones Unidas a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) integró un equipo de trabajo de destacados economistas,¹⁰ entre ellos el propio Amartya Sen, no solo con el propósito de elaborar una visión alternativa del desarrollo, sino también la propuesta de un nuevo instrumento de medición que generara una tendencia internacional para que los países se preocuparan para crear las condiciones estructurales, los entornos institucionales a fin de que los individuos puedan tener la libertad de aspirar a la realización de sus justas aspiraciones. Estas condiciones se articulan en torno al derecho de educación, salud, ingreso digno y el derecho a una vida prolongada y se midieron en indicadores que integran el Índice del Desarrollo Humano (IDH).

¹⁰ Mahbub Ul-Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis, Keith Griffin y Amartya Sen.

La teoría del desarrollo humano de Amartya Sen fue el marco conceptual que alimentó a la reunión de expertos convocados por el PNUD a finales de la década de los ochenta para construir un nuevo indicador que pudiera medir el desarrollo. Justamente, los informes anuales del PNUD, publicados desde 1990, pretenden responder a la necesidad de desarrollar un enfoque global para mejorar el bienestar humano, tanto en los países ricos como en los países pobres, en el presente y en el futuro y abordar un nuevo enfoque que coloca al individuo, sus necesidades, sus aspiraciones y sus capacidades, en el centro del esfuerzo del desarrollo. Esta modalidad también representó que, desde las Naciones Unidas, se recogiera una demanda profundamente arraigada en la sociedad y en sus intelectuales de traspasar las limitaciones de la propuesta neoliberal, en la que solo se hablaba de equilibrios presupuestales y finanzas sanas a lo largo de la década de los ochenta.

El PNUD fue fundado en 1965 con la fusión del Programa Ampliado de Asistencia Técnica (creado en 1950) y el Fondo Especial para el Desarrollo (creado en 1959), sus objetivos básicos son la consecución del desarrollo humano y la lucha contra la pobreza. En 1989 este organismo encargó a Mahbub Ul Haq –economista perteneciente a la corriente de las necesidades básicas- la preparación de un informe anual sobre la nueva concepción del desarrollo, la cual está sustentada en el pensamiento teórico –filosófico y económico- del pensador Amartya Sen.

A partir de 1990, el PNUD comenzó a publicar anualmente un Informe sobre Desarrollo Humano que intentaba demostrar a los responsables de diseñar las políticas de desarrollo de como la estrategia podía traducirse en términos operativos. Así, desde la teoría del Desarrollo Humano, el PNUD conceptualizó una nueva forma de visualizar el desarrollo. En donde el

desarrollo humano surge como el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo.

Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles. Pero el desarrollo humano no termina solo en eso. Otras oportunidades, altamente valoradas por muchas personas, van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar de la garantía de derechos humanos. El desarrollo humano tiene dos aspectos. La formación de capacidades humanas –tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas- y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas –para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas.” (PNUD, 1990:34).

Las propuestas hechas por los Informes de Desarrollo Humano desde su aparición es prueba expresa de la variedad de cuestiones analizadas desde la concepción teórica del desarrollo humano. En la siguiente tabla se muestran las diferentes propuestas hechas por los informes.

Cuadro 2
 Informes del Desarrollo Humano, 1990-2010

Año	Tema
1990	Concepto y medición del desarrollo humano.
1991	Financiación del desarrollo humano.
1992	Dimensiones globales del desarrollo humano.
1993	Participación popular.
1994	Nuevas dimensiones de la seguridad humana.
1995	Género y desarrollo humano.
1996	Crecimiento económico y desarrollo humano
1997	Desarrollo humano para erradicar la pobreza.
1998	Consumo para el desarrollo humano.
1999	La mundialización con rostro humano.
2000	Derechos humanos y desarrollo humano.
2001	Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano.
2002	Profundizar la democracia en un mundo fragmentado.
2003	Objetivos del desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza.
2004	La libertad cultural en el mundo diverso de hoy.
2005	La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual.
2006	Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua.
2007/8	La lucha contra el cambio climático: solidaridad frente a un mundo dividido.
2009	Movilidad y desarrollo humanos
2010	Caminos al desarrollo humano

Fuente: PNUD; http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?v=*&c=g&t=*&k=

Teniendo como base la teoría del desarrollo humano (desarrollada e impulsada por Sen), UI Haq, Meghnad Desai (Lord Desai), Amartya Sen, entre otros, construyeron un indicador del desarrollo de las capacidades y libertades del ser humano y de su calidad de vida, el cual llevaría por nombre Índice de Desarrollo Humano (IDH).

El IDH permite evaluar el nivel medio alcanzado por cada país a partir de tres aspectos esenciales, la salud, la educación y el ingreso. Progresivamente el PNUD fue incorporando nuevos aspectos sociales que generaron nuevos índices, entre ellos destacan:

- Índice de pobreza humana -1
- Índice de pobreza humana -2
- Índice sexo específico de desarrollo humano
- Índice de participación femenina

El IDH no contempló inicialmente factores ambientales, solamente económicos, de educación, de salud y de género. Fue hasta 2001, cuando se adicionó el factor de sustentabilidad ambiental representado por los valores de emisiones de dióxido de carbono y eficiencia energética, como un elemento a considerar en la evaluación del desarrollo humano y de la calidad de vida (Véase PNUD, 2001). Sin embargo, si el IDH se vinculara con algún otro índice ambiental más amplio como el de la huella ecológica, el orden actual de los países en dicho índice cambiaría sustantivamente.

El aspecto instrumental del IDH abarca los siguientes rubros:

- Longevidad y salud, representadas por la esperanza de vida.
- Instrucción y acceso al saber, representados por la tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles (un tercio).
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida digno representado por el PIB por habitante.

La fórmula del IDH:

$$\text{Índice dimensional} = \frac{\text{Valor constatado} - \text{Valor mínimo}}{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}}$$

Se considera que los valores máximos y mínimos para el cálculo del IDH son los siguientes: 85 y 25 años para la esperanza de vida al nacimiento; 100 y 0% para la tasa de alfabetización de los adultos y 100 y 0% para la tasa bruta de escolarización y, 40,000 y 100 dólares para el PIB por habitante. Esto para el denominador. Para el numerador, los datos correspondientes al país de referencia. Veamos como ejemplo el caso de México.

El IDH en México, 2005:

$$\text{Índice de esperanza de vida} = \frac{75.6 - 25}{85 - 25} = \frac{50.6}{60} = 0.84$$

$$\text{Índice de alfabetización de los adultos} = \frac{91.6}{100} = 0.92$$

$$\text{Índice de escolarización} = \frac{75.6}{100} = 0.76$$

$$\text{Índice de nivel de instrucción} = 2/3(0.92) + 1/3(0.76) = 0.86$$

$$\text{Índice de PIB} = \frac{\log(10751) - \log(100)}{\log(40000) - \log(100)} = 0.78$$

El IDH tiene una ponderación de 1/3 para cada valor y se obtiene de la siguiente manera:

$$\text{IDH, México 2005} = 1/3(0.84) + 1/3(0.86) + 1/3(0.78) = 0.83$$

El IDH tiene tres estratos: Aquellos países que tienen un índice mayor a 0.80 tienen un desarrollo humano elevado; los que oscilan entre 0.50 y 0.79 tienen un desarrollo humano mediano y los que tienen un índice inferior a 0.50 tienen un desarrollo humano bajo, según el PNUD.

3.1 El IDH en México

El PNUD publica en México desde el año 2000 el Informe sobre desarrollo humano y presenta información desagregada por entidades federativas y municipios. De acuerdo con estos Informes, México se encuentra en el estrato de países con alto desarrollo humano pues en 2005 su Índice fue de 0.83. Destaca entre los estados de mayor bienestar social Nuevo León con un índice de 0.85. Dentro de los municipios el que tiene uno de los índices más altos es San Pedro Garza García con 0.95, le sigue San Nicolás de los Garza con 0.91 y Monterrey con el 0.88 y el más bajo, dentro de los municipios seleccionados, es General Zuazua con 0.82 como lo podemos ver en la tabla siguiente.

Cuadro 3
IDH en México y Nuevo León, y municipios seleccionados. 2005

Entidad/Municipios	IDH	Índice de salud	Índice de educación	Índice de ingreso
México*	0.8031	0.8250	0.8331	0.7513
Nuevo León*	0.8513	0.8373	0.8634	0.8531
San Pedro Garza García	0.9500	0.9984	0.8797	0.9720
San Nicolás de los Garza	0.9151	0.9870	0.8864	0.8720
Monterrey	0.8869	0.9453	0.8599	0.8558
Guadalupe	0.8840	0.9521	0.8684	0.8317
Apodaca	0.8774	0.9442	0.8789	0.8093
Melchor Ocampo	0.8714	0.8958	0.8690	0.8495
Santiago	0.8650	0.8929	0.8507	0.8516
Santa Catarina	0.8599	0.9262	0.8511	0.8026
Hidalgo	0.8581	0.9036	0.8400	0.8309
Gral. Escobedo	0.8534	0.9141	0.8635	0.7827
Cadereyta Jiménez	0.8520	0.8984	0.8431	0.8147
Allende	0.8440	0.8779	0.8432	0.8112
Sabinas Hidalgo	0.8435	0.9007	0.8572	0.7727
Carmen	0.8426	0.9178	0.8421	0.7680
Juárez	0.8380	0.8864	0.8327	0.7951
Higueras	0.8376	0.8552	0.8386	0.8191
Montemorelos	0.8358	0.8441	0.8563	0.8071
Cerralvo	0.8282	0.8998	0.8276	0.7574
Ciénega de Flores	0.8256	0.8882	0.8398	0.7490
Gral. Zuazua	0.8209	0.8940	0.8076	0.7614

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano e Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005. *Nota: Los índices para México y Nuevo León corresponden para el año 2004.

Cabe señalar la importancia de esta contribución al pensamiento económico que centra su reflexión no en el crecimiento, sino en la habilidad que tiene una sociedad para brindar a la población el conjunto de capacidades que le permitan acceder a mejores oportunidades de bienestar social y desarrollo. Esta aportación teórica nunca hubiese sido incorporada en la definición de las políticas institucionales y mucho menos en una supra-institución como las Naciones Unidas, si no hubiese existido la amplia movilización social en el mundo que pugnaba por crear una sociedad más justa, donde prevaleciera la libertad y la equidad.

4. Desarrollo humano y Desarrollo sustentable

La visión del Desarrollo Humano de Sen valora la libertad constitutiva de los individuos para vivir la vida que tiene razones para valorarla y para aumentar las opciones reales entre las que pueden elegir. Por lo tanto, este enfoque pone a los individuos en el centro de la propuesta teórica.

Esta misma visión, en donde se pone en el centro del análisis y de la reflexión al ser humano, la considera la perspectiva del Desarrollo Sustentable (prestada en la Cumbre de Río) y está plasmada en el primer principio de la Declaración de Río (de Janeiro) sobre el Ambiente y Desarrollo (1992) en donde se afirma que *“Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”*.

Es importante señalar que la persona encargada junto con un grupo de expertos de poner en la escena mundial el término “desarrollo sustentable” fue la doctora Gro Harlem Brundtland¹¹ en 1987, cuando encabezó la comisión del informe originalmente llamado “Our Common Future” (Nuestro Futuro Común) que después se conocería como el “Informe Brundtland”. En donde se definió al Desarrollo Sustentable *como aquel desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.*

A principios de la década de los noventa, y en el marco del Informe Brundtland, se desarrolló en 1992 la Cumbre de la Tierra donde se aprobó un documento conocido como *Agenda 21*, el programa global de acción sobre el desarrollo sustentable donde se plantea un nuevo enfoque para el tratamiento de cuestiones medioambientales y de desarrollo. De esta manera, el término desarrollo sustentable utilizado para describir estas iniciativas, capta la idea de una vía que dé respuesta a las necesidades de las personas preservando, al mismo tiempo, las bases sociales, económicas y medioambientales de las que depende el desarrollo.

Entonces, un instrumento que puede permitir enmarcar la visión del Desarrollo Sustentable en el enfoque del Desarrollo Humano y en la sustentabilidad de las oportunidades y libertades de la población, es la Agenda 21. Programa redactado después de la Conferencia Mundial de Ambiente y Desarrollo en Río (1992), el cual incluye temas relacionados con el desarrollo de potencialidades y capacidades como la educación, salud, alimentación, vivienda, entre otras; y sigue siendo hasta ahora un marco importante para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales.

¹¹ Directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1998-2003.

Por lo tanto, el desarrollo sustentable pasa a ser una tarea de la concepción del desarrollo humano, quien partiendo del postulado de Brundtland, plantea que la sustentabilidad de las oportunidades y capacidades humanas dependen de mantener una base de recursos: físico, humano, financiero, social y medioambiental.

Para Sen y Anand (1994) se debe compartir la capacidad de bienestar entre la presente y las futuras generaciones. Por lo tanto, el Desarrollo Humano debe de promover la equidad intergeneracional e intrageneracional. Por lo tanto, el Desarrollo Humano debe garantizar a las generaciones futuras oportunidades y libertades semejantes y el mismo potencial que han gozado las generaciones presentes. Asimismo, la sustentabilidad no puede implicar mantener condiciones de indigencia y pobreza para la generación presente en beneficio de la generación futura. Así, no se puede pensar en equidad intergeneracional sin pensar igualmente y antes en la equidad intrageneracional.

De esta manera, la perspectiva del desarrollo humano permite reconocer que se necesita reforzar los esfuerzos individuales y colectivos para preservar la calidad del entorno ambiental en donde el ser humano actúa y vive. Sin olvidar, que para proteger y potencializar las oportunidades de las generaciones futuras no se debe abandonar la eliminación de la privación de las libertades humanas de las generaciones actuales y del estado medio ambiental donde las potencializa.

En palabras de Sen y Anand (1994:4):

“La promoción del desarrollo humano en el mundo de hoy debe complementarse con salvaguardas para que sus frutos estén disponibles en el futuro. A medida que se llega a una mejor comprensión de los temas discutidos en la conferencia sobre el medio ambiente (UNCED) en Rio de Janeiro en 1992, la integración del progreso humano y de la conservación del medio ambiente emerge como uno de los desafíos centrales del mundo moderno (...). El valor moral de sostener lo que tenemos ahora depende de la calidad de lo que tengamos. El enfoque de desarrollo sostenible como un todo apunta hacia la dirección del futuro tanto como hacia la dirección del presente. No existe, de hecho, ninguna dificultad básica en ampliar el concepto de desarrollo humano (...) para que se le integren los derechos de las generaciones futuras y la urgencia de la protección del medio ambiente.”

Y agregan:

“la sostenibilidad es un asunto de equidad distributiva, es decir, de compartir la capacidad de bienestar entre la gente de hoy y la gente del futuro...Por ende, el desarrollo humano debería considerarse como una contribución mayor al logro de la sostenibilidad” (Sen y Anand, 1994:16-17).

En 1994, el Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), J. Speth en su ponencia “Building a new UNDP: Agenda for Change” presentada hacia el pleno del PNUD articula y expone una visión integradora del desarrollo, la cual estaba centrada en el ser humano y el proceso del desarrollo debería ser equitativo y comprometido con la conservación del medio ambiente. En palabras de J. Speth:

“El desarrollo, por supuesto, debe ser un proceso integrador, un proceso que reúna el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos “desarrollo humano” y “desarrollo sustentable”. Esta fusión, debe ocurrir conceptual y operativamente, debe tener un nombre (...) “desarrollo humano sustentable”, una unión natural de las dos palabras.” (PNUD-DP, 1994/39)

De esta manera, se presenta el proceso integrador de la perspectiva del desarrollo humano y el desarrollo sustentable, y llegar a lo que sería el Desarrollo Humano y Sustentable, esta nueva perspectiva del desarrollo Speth, como dirigente del PNUD, lo define como:

“el desarrollo que no sólo genera crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo; potencializa a las personas en lugar de marginarlas. Da prioridad a los pobres, ampliando sus opciones y oportunidades, y prevé su participación en las decisiones que les afectan. Es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo, a favor de la democracia, a favor de la mujer y a favor de la niñez.” (PNUD-DP, 1994/39)

Así, el Desarrollo Humano y Sustentable es una perspectiva del desarrollo centrado en la gente que promueve el crecimiento y la potenciación de las libertades y oportunidades del ser humano para un desarrollo equitativo, con integración social y de gobernanza. Además, protegiendo y regenerando el medio ambiente y salvaguardando las opciones de las generaciones presentes y futuras.

Así, el PNUD en el Informe del Desarrollo Humano de 1994 menciona que el desarrollo humano y sustentable valora la vida humana en sí misma y no la valora simplemente porque las personas pueden producir bienes materiales, ni tampoco valora la vida de una persona más que la de otra, y señala:

“Ningún recién nacido debe estar condenado a una vida breve o miserable sólo porque ese niño ha nacido en una "clase social incorrecta" o un "país incorrecto" o es del "sexo incorrecto". (PNUD, 1994:15)

Además:

“El desarrollo debe posibilitar que todos los individuos aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el económico, el cultural o el político. El universalismo de las reivindicaciones vitales es el hilo común que une las exigencias del desarrollo humano de la actualidad con las exigencias del desarrollo del mañana, especialmente con la necesidad de la conservación del medio ambiente y de su regeneración para el futuro.” (PNUD, 1994:15).

Por lo tanto, este concepto se basa en una lógica que coloca al hombre como sujeto y objetivo de sus propias transformaciones, criticando el carácter hegemónico, de mercado y neoliberal

del desarrollo. Así, el desarrollo humano sustentable se posiciona en las nuevas formas de ver el desarrollo como una visión que permite contemplar una visión holística de las libertades para el desarrollo.

5. Derechos humanos y desarrollo humano

Como lo hemos señalado, en la teoría del Desarrollo Humano, el desarrollo se concibe como un proceso de potenciación de libertades humanas que permiten ampliar las opciones y oportunidades del ser humano para alcanzar la vida que desea y valore. Por otro lado, los Derechos Humanos surgen como los derechos que tienen las personas, en su esencia como ser humano, que les permiten vivir una vida de libertad y dignidad, expresando el compromiso de garantía hacia todas las personas para que disfruten de los bienes y de las libertades necesarias para una vida digna, entre estos derechos se encuentran los derechos políticos, civiles, económicos, culturales y sociales¹² (PNUD, 2000) y se le agregaría un último, el derecho a un medio ambiente saludable.

Con la Carta de las Naciones Unidas en 1945 y la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 se planteó la base del compromiso internacional hacia la libertad humana, en donde se enfatizó el carácter universal de los derechos humanos centrados en la igualdad del ser humano y la paz. En este sentido, Sen (1984) reconoce la importancia de los derechos,

¹² **Derechos civiles:** se trata de libertades individuales (de expresión, de pensamiento, de asociación, de reunión, etc.) que se afirman frente a cualquier pretensión del Estado de infringirlas; **Derechos políticos:** la facultad de participar en el gobierno, eligiendo y pudiendo ser elegido. **Derechos económicos, culturales y sociales:** incluyen los derechos de trabajar; recibir igual salario por igual trabajo; gozar de protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio acceso a la educación y a la vida cultural de la comunidad.

y señala que si una persona se le niegan ciertos derechos, se le está privando de algo valioso, asimismo plantea que los derechos pueden tener formas muy diferentes, como por ejemplo los derechos sociales que toman las formas de demandas substantivas contra el Estado para garantizar la protección de la atención básica en salud, subsidio al desempleo, entre otros.

Además, resalta que “los derechos no especifican de manera directa qué pueden o no tener una persona sino que especifican las reglas que deben seguirse para hacer él o ella verdaderas sus tendencias y legítimas sus acciones.” (1984:311). Por lo tanto, desde la perspectiva del Desarrollo Humano se enfatiza la libertad fundamental o constitutiva de los individuos y de la sociedad para tener el derecho al desarrollo de sus oportunidades. Así, si los derechos permiten sentar las posibilidades de ejercer el ejercicio de ciertas capacidades como los derechos económicos, sociales y culturales, entonces se podría estar hablando de un sistema de derechos de capacidades (Sen, 1982).

Entonces, desde la visión teórica del Desarrollo Humano, los derechos humanos se presentan como demandas éticas que incorporan libertades, que son identificadas y promovidas en su formulación. Así, las libertades son características descriptivas de las condiciones de la persona y alcanzan reconocimiento como derechos humanos en la medida en que reflejan una valoración general e influencia en la significación social (Sen 2004).

Por lo tanto, los derechos humanos y la visión del desarrollo humano persiguen un objetivo común, el compromiso de promover la libertad, el bienestar y la dignidad humana de los individuos en la sociedad y la paz. Ambos persiguen proteger y promover en la sociedad las siguientes libertades: libertad de la no discriminación, la libertad de vivir un nivel de vida

decente, la libertad de desarrollarse y potencializar las capacidades del individuo, la libertad de seguridad y no tener temor hacia las arbitrariedades judiciales, la libertad de la injusticia y del estado de derecho, la libertad de participar en las actividades de la sociedad y la libertad para tener un trabajo decente y el derecho a la paz (PNUD 2000).

Así, el desarrollo humano y los derechos humanos impulsados por las Naciones Unidas comparten un núcleo central que es la libertad. La cual, para el desarrollo humano es una cuestión de las opciones y capacidades humanas, y para los derechos humanos es una cuestión de garantía para disfrutar y potencializar esas opciones y oportunidades (Sen, 2000). Por lo tanto, en una adecuada concepción del Desarrollo Humano no se puede pasar por alto la importancia de las libertades políticas y democráticas (PNUD 2000).

De esta manera, se puede señalar que hay una correspondencia entre la visión del desarrollo humano y los derechos humanos, ambos son compatibles se complementan y se fortalecen. Los Derechos Humanos contribuyen y dan elementos para que se presente el desarrollo humano, entre esos elementos se encuentran: 1) los límites que proveen los derechos individuales, los cuales protegen a las minorías políticas en beneficio de la comunidad en su conjunto; 2) permite comprender mejor las características sociales de una comunidad para darle un mejor tratamiento a la evaluación de su progreso social; 3) da las bases de las condiciones y derechos obligatorios que provee el Estado y otras instituciones; y 4) facilita el marco de rendición de cuentas y de respuesta del fracaso de no lograr el desarrollo humano.

Por el otro lado, la teoría del desarrollo humano nutre a la concepción de los derechos humanos de una serie de mecanismos que permiten darle una metodología para su evaluación

tanto cualitativa como cuantitativamente, como lo es el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Además, le ofrece un marco de análisis y gradualidad que le ayuda a determinar la forma en que las diferentes opciones de política pública afectan la realización del derecho, así, como también le provee de un análisis de impacto de las limitaciones de los recursos para proveer los derechos por parte de las instituciones. De igual manera, permite dar un panorama claro y dinámico del avance de la ejecución de los derechos humanos (PNUD 2000). Por lo tanto, la combinación de ambas perspectivas aporta algo que ninguna de las dos provee por separado.

6. Algunas consideraciones teóricas: la teoría del desarrollo humano vs. la teoría del capital humano

La Teoría del Capital Humano es un enfoque teórico contemporáneo -que se desarrolló desde la visión de la economía neoclásica- que enfatiza el crecimiento económico y acumulación del capital, en el cual el factor humano, de sus capacidades y habilidades son determinantes.

Esta concepción teórica centra al trabajador como un instrumento o medio para llegar al crecimiento económico, ya que por medio de las habilidades, conocimientos y esfuerzos personales se aumentan las posibilidades de producción y de salarios.

Quien realizó los primeros estudios en este tema fue Theodore Shultz a finales de la década de los cincuenta al publicar un destacado artículo titulado “Inversión en el hombre: una perspectiva económica” (1959), el cual se popularizó gracias a los estudios posteriores de Gary Becker (1962) y Jacob Mincer (1974) quienes han sido los principales impulsores de esta teoría.

La teoría del Capital Humano desde los inicios de su concepción reconoce que para la explicación y desarrollo de ciertos fenómenos económicos, como el crecimiento del ingreso nacional o del Producto Interno Bruto (PIB), no basta sólo con considerar los factores como: trabajo (horas hombre) y capital físico (tierra, maquinaria, equipo e infraestructura), además, es necesario la inclusión de un tercer factor que integre el conjunto de habilidades y capacidades de los trabajadores.

Con respecto a esto Shultz menciona:

“Ha sido ampliamente observado que los aumentos ocurridos en la producción nacional han sido grandes comparados con los aumentos de tierra, horas-hombre, y capital físico reproducible. La inversión en capital humano es probablemente la principal explicación para esta diferencia.” (1961:1)

Este tercer factor, al cual se le conoce como Capital Humano, constituye un conjunto intangible de habilidades y capacidades (educación, salud, etc.) que contribuyen a elevar y conservar la productividad, la innovación y la empleabilidad de una persona. En palabras de Gary Becker (2002:26):

“El Capital Humano se entiende como la inversión en dar conocimientos, formación e información a las personas; esta inversión permite a la gente dar un mayor rendimiento y productividad en la economía moderna y aprovecha el talento de las personas”

De esta manera, la teoría del Capital Humano contempla los siguientes fundamentos:

- ✓ Maximizar la productividad económica invirtiendo en las habilidades y capacidades humanas.
- ✓ Eficiencia económica y utilitarismo.
- ✓ Considera al ser humano como medio para alcanzar el crecimiento económico.
- ✓ Su área de acción es la perspectiva económica.

Así, la Teoría del Capital Humano presenta una visión que solo concibe a las cualidades humanas en su relación con el crecimiento de la productividad y la expansión económica; es decir, una visión productivista. En palabras de Amartya Sen (2000:293), su reflexión sobre la noción del *capital humano* es la siguiente:

“Dadas las características personales, su origen social, sus circunstancias económicas, etc., tiene capacidad para hacer (o ser) ciertas cosas que tiene razones para valorar. La razón por la que las valora puede ser directa (el funcionamiento implicado puede enriquecer su vida, por ejemplo, puede permitirle estar bien nutrido o sano) o indirecta (el funcionamiento implica que puede contribuir a producir más o a tener un precio en el mercado). La perspectiva del capital humano puede definirse –en principio- en un sentido muy amplio e incluir ambos tipos de valoración, pero normalmente se define –por convención- por su valor indirecto: las cualidades humanas que pueden emplearse como <<capital>> en la producción (de la misma forma que el capital físico).”

Entonces, la perspectiva del Desarrollo Humano parte de una visión más amplia que el enfoque del Capital Humano, pues el proceso de bienestar no se circunscribe simplemente a un incremento de la producción o salario (como lo hace la Teoría del Capital Humano), sino en la expansión de las oportunidades del ser humano para llevar una vida más libre y equitativa, ampliando las posibilidades reales de elección.

Por lo tanto, no se puede reducir a los seres humanos solamente a términos productivos e individuales llevándolos a una concepción de su naturaleza humana como algo simplemente instrumental. Es necesario ir más allá del concepto de capital humano. Asimismo, se debe tener presente el papel que desempeña la expansión de las libertades y habilidades en la realización de cambios sociales, ambientales y políticos que llevan más allá de los cambios económicos. De esta manera, se debe evitar ver a los seres humanos como simples medios de producción y de prosperidad económica, considerando esta última como el fin del análisis, ya que esto sería confundir los medios con los fines.

7. La salud en el desarrollo: La salud como una libertad para el desarrollo

El desarrollo humano, desde su concepción teórica, es un proceso de ampliación de las libertades para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran. Así, esta visión del desarrollo pone en el centro de sus postulados, la expansión de las oportunidades y la superación de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo humano (PNUD, 1990). En este sentido, entre las principales privaciones de esas libertades están los efectos negativos en la salud que guardan una relación con la inequidad en los servicios de salud, así como otros determinantes sociales de ésta. Por lo cual, la salud es una característica básica y fundamental en la calidad de vida y libertad de las personas (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2010)

Por lo tanto, una persona con mayores oportunidades tiene un mayor abanico de opciones para escoger y, por tanto, tiene mayor libertad. Desde esta concepción, la salud constituye una de las libertades constitutivas e instrumentales necesarias para el desarrollo que debe estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos y la justicia social, asimismo con las oportunidades o entornos sociales que tiene el individuo y que le proporciona la sociedad y el Estado (Sen, 2000; 2002). Entonces, diseñar políticas con un enfoque de desarrollo humano que tenga en cuenta el mejoramiento de la salud requiere de una visión integral y conjunta, colectiva de los problemas y las soluciones, al igual, que el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos sociales, políticos y humanos.

Asimismo, la salud no sólo constituye un medio para el desarrollo, sino también como lo menciona Sen (1999:8) “la salud es una parte constitutiva del desarrollo”, por lo tanto, “la salud forma parte integrante de un buen desarrollo”. De esta manera, una de las libertades de mayor importancia del que puede gozar el ser humano es no estar expuestos a enfermedades y causas de muertes evitables, la cual le permita a la sociedad brindar y tener mejores condiciones de justicia social y equidad (Sen, 1999, 2002).

Por lo tanto, un mejor nivel de vida influye en el desarrollo de las libertades de los individuos y el desarrollo de éstas es determinante para la calidad de vida. En ese contexto, la salud juega una función de sincronía entre calidad de vida y desarrollo humano. Así la salud es una pieza clave o una aptitud (Sen, 1980, 1985, 1993) para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico. Por eso, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo que considera el Índice de Desarrollo Humano (IDH), mediante la esperanza de vida al nacer.

Una vida duradera y saludable supone que los individuos de una sociedad cuentan con las oportunidades y procesos que les permitan satisfacer las necesidades básicas y disfrutar de buena salud física, mental y de una relación social satisfactoria. Por lo tanto, la salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque a la vez complementarios: el primero en el sentido individual y el segundo en el social. La primera acepción enmarca a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Ambos ámbitos son complementarios en el sentido de que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano (Brena, 2004). En este sentido, Frenk (1994) señala que en materia de salud concurre lo biológico y lo social, asimismo aspectos del individuo y de la comunidad, al igual lo público y lo privado.

El desarrollo humano y la potencialización de las capacidades humanas y su visión más integral, la libertad, en materia de salud plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y mejorar el acceso y la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no solo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo de su libertad. En ese sentido, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de alimentos y trabajo, la inseguridad laboral, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, y el analfabetismo, entre otras carencias de derechos humanos, constituyen una amenaza para la salud de las personas. Por lo tanto, “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo.” (Sen, 1999:1)

Prath (1998) menciona que los factores que pueden afectar los logros y/o fracasos en materia de salud van mucho más allá de los servicios de salud, ya que pueden influir distintos factores como: la genética de las personas, los ingresos, los hábitos alimenticios y los estilos de vida, el entorno ambiental y epidemiológico, y las condiciones laborales.

Por lo tanto, para alcanzar el desarrollo es de suma importancia que se garantice el derecho a la salud en todos los ámbitos. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha mencionado que los tres pilares básicos para alcanzar un desarrollo humano favorable son la nutrición, la atención de la salud y la educación.¹³

En México, la Secretaría de Salud (2005) ha planteado que la salud es un requisito primordial para lograr el bienestar de la sociedad. En donde, si no se tiene salud no se puede disfrutar de la libertad en su significado más amplio. Además, señala que la salud es una prestación de un vasto conjunto de bienes y servicios que pueden ir dirigidos a la colectividad o a individuos particulares, pero finalmente ésta convergerá en mejorar el bienestar de la población.

Por lo tanto, el papel de la salud en la vida del ser humano, junto con la concepción de las libertades humanas y la pobreza son conceptos que deberían estar más vinculados a una reflexión más amplia del desarrollo. Sen (2000), plantea como la disciplina económica ha venido alejándose del desarrollo de las libertades, hacia el valor de variables como el ingreso y la riqueza, asentado más así el enfoque utilitarista del mercado.

Así, la pobreza debe ser medida en base a la privación de libertades, más que meramente en relación a los niveles de ingreso, que constituye el criterio normal para identificar la pobreza. En este sentido, la utilidad de variables como ingreso o riqueza radica en el potencial de las actividades que nos permiten hacer, es decir, las libertades para conseguir lo que la vida humana necesita, en particular la libertad de vivir con buena salud y por largo tiempo (Sen,

¹³ OPS (1998)

1999). Sin embargo, si no se tiene acceso a una de las libertades, constitutiva e instrumental, como lo es la salud, esto podría generar un nivel de pobreza y en algunos casos formar un círculo vicioso pobreza-enfermedad-pobreza.

Sin embargo, si una persona tiene buena salud podrá más fácilmente tener la posibilidad de obtener mayores ingresos, lo cual, le permitirá con mayor facilidad obtener y acceder a los servicios de salud con calidad, mejorar su nutrición y de disfrutar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana. Por lo tanto, es necesario promover, proteger y restaurar, como derecho universal, la salud de los seres humanos para brindarles la libertad necesaria para el desarrollo. Con respecto a lo anterior, se han promulgado diversos documentos a nivel internacional donde se promueve la salud como factor importante para el desarrollo de las libertades y de sus derechos. Estos documentos y sus consideraciones se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro 4

Documentos que promueven a la salud como un factor importante para el desarrollo de las libertades y de los derechos

Año	Documento	Consideraciones
1946	Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	La salud es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad.
1977	Declaración de la OMS de 1977.	La salud surge como un derecho fundamental y un objetivo social.
1978	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.	La promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenible y contribuye a mejorar la calidad de la vida.
1986	Carta de Ottawa.	La promoción de la salud mejora la salud y ejerce un mejor control sobre la misma.
1988	Declaración de Liverpool	La comunidad tiene el derecho y el deber de participar a nivel colectivo e individual en todos los proyectos y actividades que afectan a su propia salud, y, en concreto, en la planificación o gestión de la salud comunitaria.
1990	Concepción de los Sistemas Locales de Salud	Promulga la coordinación de las instituciones y recursos que convergen en el sector salud en pro del nivel de la salud de las personas.
1991	Carta Panamericana Sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible	Promueve la protección y promoción de la salud y defiende el principio de la participación comunitaria.
1992	Conferencia de Río y Agenda 21	En el marco de la conceptualización del Desarrollo Sustentable, las personas tienen derecho a una vida saludable y se incluye la protección y fomento de la salud en el desarrollo sustentable.
1992	Conferencia de Santa Fé de Bogotá, Colombia	Enfatiza sobre la importancia de la solidaridad y equidad para la salud y el desarrollo.
1997	Declaración de Yakarta, Rep. de Indonesia.	La salud se contempla como un derecho humano y esencial para el desarrollo social.
1998	Conferencia de Adelaida, Australia	Se definió la política pública saludable como: la que se dirige a crear un ambiente favorable, para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.
2000	La Estrategia Global de Salud para Todos	Procura que la gente de todos los países tenga al menos un nivel de salud que le permita trabajar productivamente y participar activamente en la vida social en la que viven.
2000	La Cumbre del Milenio y Los Objetivos del Desarrollo del Milenio	El mejoramiento de la salud de la población está presente en tres de los ocho objetivos del milenio: Disminuir la tasa de mortalidad infantil, Mejorar la salud maternal y Luchar contra el SIDA, paludismo y otras enfermedades.
2002	Iniciativa WEHAB (Johannesburgo)	La salud es fundamental para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sustentable.
2004	Cumbre Extraordinaria de las Américas en Nuevo León, México	Establece que uno de los pilares del desarrollo humano y el progreso de las naciones es la protección social en materia de salud.

Fuente: elaboración propia con base en documentos de la OMS/OPS, ONU y Cantú (2007).

De esta manera, enmarcar la salud dentro del desarrollo, y en particular, en el desarrollo humano implica ubicarla en términos de una concepción integral con categoría universal y de bien público, con alto grado de justicia social y equidad. Dejando así de lado, la visión utilitarista del sistema económico, para darle una visión social, en donde se incluya como una libertad que el hombre debe tener, cuidar y defender. Por lo tanto, el ser humano debe ser partícipe del cambio y no quedarse solo como paciente, “la pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte” (Sen, 1999:9).

Así, desde la visión del Desarrollo Humano es importante manifestar que el desarrollo económico es una condición necesaria más no suficiente para garantizar la salud; y finalmente, que consumir en mayor grado los servicios de salud no implica mejor salud, si estos no están con el debido nivel de accesibilidad y calidad para la población. Por lo tanto, “la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser.” (OPS/OMS, 1973:4).

Cabe señalar, que la salud no ha estado libre de las concepciones utilitaristas y neoliberales del mercado, en las que se concibe al mercado como la vía más efectiva para redistribuir los ingresos en una sociedad. Desde esta visión, la salud se ha convertido en una mercancía con una fuerte incidencia de los agentes privados de la economía en la organización y provisión de los servicios de salud.

Así, cuando se privilegia el mercado para la organización de los servicios de salud se están creando las condiciones que limitan las garantías de la salud como un derecho. Trayendo como resultado la disminución del gasto público en salud y el desinterés para invertir en ésta, lo que ha abierto las brechas sociales y un deterioro de las condiciones de vida de la población más vulnerable y empobrecida (García, 2005). Entonces, abordar la salud desde las leyes del mercado traería un significativo debilitamiento de lo público y de sus instituciones, e incrementaría la ineficiencia del sector público y, a su vez, aumentaría el gasto privado realizado por las familias en materia de salud, llevándolas en algunas ocasiones al empobrecimiento.

De esta manera, es imprescindible que no se deje las decisiones totalmente a la economía de mercado, como lo podría plantear el modelo neoliberal, sino que, el Estado debe intervenir en conjunto con la sociedad para poder abordar no solo la mala asignación de los recursos sino también regular y evitar el proceso de privatización de los sistemas y servicios públicos como la salud y la educación, que a la postre puede provocar la superexplotación de la población, en particular de la base trabajadora y la pérdida de derechos como la salud, el seguro de desempleo, jubilación, entre otros. (Sotelo, 1999, 2003)

Por lo tanto, pensadores como Amartya Sen han permitido replantear críticamente el desarrollo, poniendo énfasis en las libertades que la sociedad promueva para las personas en forma individual y colectiva, y no tanto en la utilidad de los mercados, resaltando a la salud no solo como una libertad universal del ser humano sino también como un derecho.

7.1 Derechos humanos y Salud: El Estado como protector del derecho a la salud

Los derechos humanos pueden ser vistos como un conjunto de demandas éticas y entre ellas están el derecho al desarrollo, a la educación básica, a la salud y nutrición, entre otros. (Sen, 2006). Desde la perspectiva del enfoque del desarrollo humano, la salud no solo es una libertad sino también es un derecho y, por tanto, el Estado tiene que operar como ente que garantice este derecho a toda la población en forma eficiente, equitativa e impulsar la participación de la población en beneficio de éste. Estos requisitos hacen imprescindible la rectoría estatal del sistema, así como su participación, en mayor o menor medida, en la provisión de los servicios de salud.

En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1942 en su artículo 25 afirma: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

En este mismo orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud, en su declaración de 1977, reconoce a la salud como un derecho fundamental y un objetivo social. Asimismo, la Conferencia realizada en Alma Ata (Kazajistán) en 1978, reconoce a la salud como un problema de derechos, no de mercado, donde la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud para todas las personas.

Así, la salud aparte de ser un derecho fundamental que tiene la humanidad, debe considerarse como una piedra angular de las políticas sociales y económicas que pone en práctica el Estado, lo cual permita un desarrollo más equitativo, solidario y con mayor justicia social para la población en un entorno sustentable y equitativo.

En México, a partir de 1983 se elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud, mediante la introducción del párrafo tercero en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹⁴, en el cual se establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”.

De esta manera se consolidaban los entornos que necesitaba la sociedad para que la salud constituyera una libertad instrumental y surgiera ésta como un derecho universal de la sociedad y se sentaran las bases de una mayor equidad en las oportunidades de las personas.

Por su parte, en el Estado de Nuevo León, este derecho también se formalizó poco después en su Constitución Política Estatal¹⁵, plasmándolo en el artículo tercero de dicha constitución, en donde se establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley establecerá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará la participación del Estado y sus municipios en la materia”.

¹⁴ H. Cámara de Diputados, versión actualizada de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta el año 2007, se puede consultar en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>

¹⁵ La Constitución Política de Nuevo León, actualizada hasta el 2007, se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: http://www.nl.gob.mx/?P=tr_a09_f01

Ambas legislaciones se sustentan en un marco normativo, en el ámbito nacional, en la Ley General de Salud y a nivel estatal en la Ley Estatal de Salud. En ambas, se externaliza que el derecho a la protección en salud tiene las siguientes finalidades¹⁶: i) el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; ii) la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana; iii) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; iv) la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; v) el disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; vi) el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y vii) el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica tecnológica para la salud.

Con lo anterior, se puede señalar que la salud, en lo que respecta al acceso a los servicios de salud, es una tarea del gobierno que debe promover, cuidar y gestionar en la que debe participar la comunidad organizada, dado que constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y mejoramiento de las oportunidades que ayudan a elevar el grado de equidad y justicia en la sociedad, y es primordial para promover una igualdad de capacidades y libertades en el desarrollo y en beneficio de los derechos.

¹⁶ Para la Ley General de Salud, esto se plantea en el artículo 2º y para la Ley Estatal de Salud, en el artículo 3º.

7.2. La salud y el desarrollo sustentable

Es imposible concebir la construcción de un futuro sustentable para la humanidad sin preocuparse por la salud de la población. Debido a que ésta es un elemento que impacta al bienestar de la sociedad a, y su vez, la libertad para el desarrollo de los individuos.

En 1987 mediante el informe Brundtland se pone en la escena del análisis el concepto “Desarrollo Sustentable”, el cual se define como aquel desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades. En este sentido, se reconoce que la gente es parte importante para el desarrollo pero también para la conservación y cambio del medio ambiente.

Los vínculos entre la salud y la sustentabilidad en un inicio se dio en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud –Alma Ata- en 1978, en donde la salud era considerada como un factor indispensable para un desarrollo económico y social sostenible. Sin embargo, es hasta la década de los noventa donde se presenta una integración en mayor medida entre la salud y el concepto de desarrollo sustentable con “La Cumbre de la Tierra” de 1992 y la Agenda 21, el programa global de acción sobre el desarrollo sustentable. El término desarrollo sustentable, que se enmarcó en estos acontecimientos fue utilizado para captar la idea de un desarrollo que dé respuesta a las necesidades de las personas preservando, al mismo tiempo, las bases sociales, económicas y medioambientales de las que depende el desarrollo.

Es así, como en el primer principio de la Declaración de Río (de Janeiro) sobre el Ambiente y Desarrollo (1992) se afirma que *“Los seres humanos constituyen el centro de las*

preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza". Considerando así, a la salud como un componente esencial del desarrollo sustentable.

La Agenda 21, programa redactado después de la Conferencia Mundial de Ambiente y Desarrollo en Rio, es hasta ahora un marco importante para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales para el desarrollo, ésta incluye varios temas relacionados con la salud, y reconoce la importancia de la protección y promoción de la salud para el desarrollo sustentable. En el capítulo sexto de la Agenda 21 se señalan cinco áreas concretas de acción para la Protección y Fomento de la Salud Humana¹⁷:

1. *La satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, especialmente en zonas rurales:* en esta acción se encuentra la creación de infraestructura básica del sector salud y establecimiento de sistemas de seguimiento, planeación y evaluación del sistema de salud. Asimismo, como investigación y metodologías en higiene ambiental.
2. *La lucha contra las enfermedades transmisibles:* comprende la identificación de riesgos ambientales, lucha contra el VIH/SIDA, educación y difusión de información acerca de los riesgos de estas enfermedades, conciencia de la higiene ambiental y nutrición adecuada; y control de factores ambientales (abastecimiento y contaminación del agua, calidad de los alimentos, recolección y eliminación de desechos).

¹⁷ En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la encargada de gestionar los cometidos del Capítulo 6 de la Agenda 21.

3. *La protección de los grupos vulnerables:* su cometido es proteger y educar en temas de salud a los niños, jóvenes, las mujeres y las poblaciones indígenas y sus comunidades. Entre los temas que destacan, son la atención primaria de salud, educación de salud reproductiva y sanitaria, protección de salud maternal; y medicina tradicional.

4. *La solución del problema de la salubridad urbana:* su prioridad es disminuir la tasa de mortalidad infantil, la mortalidad derivada de la maternidad, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso, enfermedades diarreicas (como indicador del suministro y calidad del agua); las tasas de accidentes industriales y de transporte; y disminución del consumo de drogas, de la violencia y de los delitos.

5. *La reducción de riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales:* se enfoca en el control de la contaminación del aire y agua; y de los desechos sólidos sobre la base de los riesgos de la salud, evaluación de las repercusiones de las condiciones ambientales sobre la salud en la planificación y desarrollo de nuevas industrias y servicios de energía, desarrollo de higiene y seguridad sanitaria industrial.

Otra iniciativa de concertación internacional a favor de la salud, es la Declaración del Milenio en el año 2000. Los objetivos de la Declaración del Milenio proporcionan una referencia de lo que se debería conseguir, en términos de desarrollo global, hacia el 2015, tres de los cinco objetivos de la Declaración del Milenio están relacionados directamente con la protección de la salud de la población, entre ellos se encuentran las siguientes metas: a) una reducción de dos tercios en la mortalidad de los menores de cinco años; b) disminuir a la mitad la

proporción de niños con menos de cinco años con peso inferior al normal; c) reducir en un 75% la tasa de mortalidad maternal; d) detener y comenzar a invertir en la propagación del VIH/SIDA; y e) detener y empezar a invertir en la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

Diez años después de la Cumbre de la Tierra, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable (CMDS) en Johannesburgo (2002), en materia de salud, se reafirmaron las metas y acciones expuestas en la Agenda 21 y en la Cumbre de los Objetivos del Milenio. En el marco de la CMDS se dio una serie de debates dentro de la iniciativa Water, Energy, Health, Agriculture and Biodiversity (WEHAB por sus siglas en inglés), la cual tiene por objetivo impulsar las actividades en relación con cinco áreas temáticas de vital importancia, estas áreas son: agua y saneamiento, energía, salud, agricultura y biodiversidad.

En materia de salud en esta iniciativa, se señala que: “La salud es fundamental para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sustentable. La salud no consiste sólo en la falta de enfermedades, sino también en los derechos humanos fundamentales al agua potable, al saneamiento y a unos servicios de salud asequibles y equitativos. Las cuestiones de la salud, pues, deben ocupar un lugar prominente en las consideraciones sobre el desarrollo sustentable. Cada vez es más acuciante la necesidad de romper el círculo vicioso de unos problemas tan íntimamente conectados como la degradación del medio ambiente, la salud deficiente y la pobreza. Quienes son pobres tienen más probabilidades de enfermar. Los enfermos tienen más probabilidades de quedarse pobres...”. Además, menciona que “La estrecha vinculación entre salud, productividad y desarrollo no solo justifica sino que incluso hace necesario adoptar criterios más integrados e intersectoriales acerca de la salud” (ONU, 2002).

En el continente Americano, también se han planteado resoluciones importantes a nivel regional vinculando a la salud con el desarrollo sustentable. En 1995, los ministros responsables de las áreas de salud, ambiente y desarrollo en los países de América se juntaron por primera vez (en Washington) para discutir el seguimiento de la Agenda 21 y la Cumbre de las Américas (cumbre organizada en Miami, 1994)¹⁸. La “Carta Panamericana Sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible” firmada en ese evento, promueve la protección y promoción de la salud, elementos pilares de la práctica de salud pública, y defiende el principio de la participación comunitaria. La Carta reconoce que el crecimiento económico es necesario pero por sí solo insuficiente para la salud comunitaria, y recuerda que la prevención de los problemas de salud y el deterioro ambiental generalmente es más humano y más eficaz en función del costo, que corregir y tratar los daños ya ocasionados.

Por lo tanto, la salud del ser humano no se puede considerar aisladamente y depende en gran medida de la calidad del medio ambiente en donde la gente vive, así para que la población tenga un mayor nivel de salud es importante entre otras cosas que se dé un medio ambiente saludable.

En el marco del desarrollo sustentable, el International Development Research Centre (IDRC) de Canadá en 1996 promovió un enfoque ecosistémico de la salud humana llamado Ecosalud, el cual es un enfoque antropocéntrico, en donde la gestión de los ecosistemas está planteada para la búsqueda del equilibrio óptimo entre la salud y el bienestar del ser humano, y no tan solo la protección del entorno ambiental. Por lo tanto, desde este enfoque la salud está

¹⁸ Véase, los mandatos de la Cumbre de las Américas, Miami, 1994. En el apartado de acceso equitativo a los servicios básicos de salud.

más allá de la ausencia de enfermedades, pues forma parte de las condiciones del medio ambiente, lo que permite a los individuos el desarrollo pleno de sus funciones y aptitudes (Lebel, 2005). Así, el enfoque de Ecosalud¹⁹ reconoce la existencia de nexos complicados entre los seres humanos y su ambiente biofísico, social y económico, que se verán reflejados en la salud.

En muchas ocasiones las personas sobreviven a enfermedades graves y crónicas, pero una buena salud les permite algo más que la simple supervivencia, les proporciona dignidad, libertad, oportunidades que le dan más valor a sus vidas y les permite contribuir a la sociedad de una forma que genera desarrollo sustentable. De hecho, el desarrollo social, económico y medioambiental a corto, mediano y largo plazo sería imposible sin comunidades y países con seres humanos saludables.

Por lo tanto, la salud en el concepto del desarrollo sustentable debe estar enmarcado dentro de los objetivos económicos, sociales y medioambientales de la sociedad con el fin de optimizar el bienestar humano y la equidad en materia de salud, permitiendo no comprometer el bienestar de la salud de las generaciones presentes ni futuras. Como expresó Sen en una conferencia expuesta en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID): “Las capacidades de que disfrutaban los adultos están fuertemente condicionadas a su experiencia como niños. (...) Las inversiones en (...) las oportunidades existentes durante la niñez pueden mejorar las capacidades futuras en formas muy distintas (...) pueden hacer directamente que las vidas de

¹⁹ Este tipo de enfoques ecosistémico de la salud ha estado relacionado con el desarrollo global de la ecología durante la segunda mitad del siglo XX. La aparición de este enfoque –multidisciplinario– ha tenido influencia en el área médica, asimismo en áreas ambientalistas, urbanistas, de la agronomía, biología y sociología.

los adultos sean más ricas y menos problemáticas (...) pueden aumentar nuestra habilidad para vivir una buena vida.” (1999)

8. Equidad en salud

Con frecuencia se considera que para alcanzar una sociedad más justa debe formularse el principio de igualdad como el ideal distributivo por excelencia, es decir, por lo general se piensa que un mundo más justo es aquél en donde sus habitantes son más iguales, ¿pero iguales en qué?, ¿es necesariamente una sociedad igualitaria o equitativa con mayor grado de justicia? Pensadores como Amartya Sen ha cuestionado la simplicidad que subyace detrás de lo que podría considerarse una posición ingenua sobre la igualdad social. Por poner un ejemplo, bajo el principio de igualdad se condenaría a recibir bienes y servicios iguales a una persona sana y a una con capacidades especiales o incapacitado, lo que con dificultad se ajustaría a un ideal de justicia equitativa, pues son mayores las necesidades de este último (Sen, 2002).

Por lo tanto, la visión de la equidad en salud radica no en que los individuos gocen solo de un trato igualitario, sino que ésta considere sus diferentes condiciones, es decir, un trato no igualitario sino equitativo, el cual permita brindar oportunidades diferentes para que los individuos puedan desarrollar sus distintas libertades y oportunidades en la vida. En materia de salud, una distribución igualitaria de los servicios de salud puede resultar inequitativa en la perspectiva de la justicia social. Así, los sectores de la sociedad más vulnerables necesitan una atención y consideración especial a la hora de diseño de las políticas en salud, asimismo

requieren que la distribución de los recursos sea en una proporción mayor que el resto de la sociedad.

En este orden de ideas, Amartya Sen (1985, 2000) señala que la equidad en la salud constituye la presencia de igualdad en las libertades de las personas, es decir, en las libertades reales de hacer y ser lo que la gente está dispuesta a valorar con su vida, en particular con la salud.

Además menciona que “ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia.”

De este modo, para Sen la equidad en salud es un concepto multidimensional que no radica solo en la distribución de la atención sanitaria, sino además engloba aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de contar con buena salud y la justicia de los procesos sociales en toda la población, y en particular, en beneficio de los grupos más vulnerables (Sen, 2002). Asimismo, la equidad en salud permite que se presenten mejores escenarios en la calidad de vida del ser humano.

Según Kadt y Tasca (1993), los conceptos de equidad e igualdad pueden tener un gran debate conceptual, ya que detrás del concepto de equidad está el de la injusticia mientras que detrás de la desigualdad se da una fuerte connotación de aspectos morales y políticos. Asimismo,

ellos contemplan tres posibles situaciones donde se puede presentar una relación entre la equidad y la desigualdad: 1) *desigualdad con inequidad*, un ejemplo de esto sería servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados; 2) *inequidad sin desigualdad aparente*, esto se presentaría si se diera una buena oferta de servicios pero sin afectar y llegar a los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la población y 3) *desigualdad aparente sin inequidad*, en esta relación los recursos se asignan de manera desigual a fin de compensar a los grupos más vulnerables y desfavorecidos.

La equidad en salud ha sido motivo de diferentes análisis, según Peter y Evans (2002) los resume en cuatro interpretaciones: i) la utilitarista; ii) la igualitarista; iii) la basada en las prioridades sociales; y iv) la idea rawlsiana de sociedad como sistema de cooperación.

Según Soto (2003), al referirnos a la equidad en salud se está aceptando la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder, conocimientos en el área sanitaria y en el diseño de una política de salud no discriminatoria y en beneficio de toda la población. Paganini (2000:3) señala que la salud y la equidad se deben fusionar a partir de las definiciones de justicia de Aristóteles, es decir, “una acción intencionada de una sociedad sobre la base de una justicia social, distributiva y correctiva.”

Una de las concepciones de la equidad en salud más extendida entre los teóricos de la economía de la salud comprometidos con el estado del bienestar económico (entre los cuales están Grossman, Mincer, Phelps y Atkison) es la que se deriva de la teoría del utilitarismo. El utilitarismo parte de la idea de que el bien social equivale a la maximización de la suma del bienestar de los individuos. Aplicado a la salud, el criterio supone que la justicia de las

políticas en salud consiste en la maximización de la suma de los estados de salud de los individuos. Para el utilitarismo, el sistema de salud justo es aquel que consigue aumentar al máximo la salud sumada de todos los ciudadanos. Así, el utilitarismo ofrece una respuesta al concepto de equidad simplemente en la coincidencia de la maximización de la utilidad agregada. Tras entender que la salud es una fuente de utilidad (la enfermedad, una fuente de desutilidad), la maximización de la salud agregada se convierte en sí en un criterio de equidad.

Por otra parte, en el área de salud, se analiza las definiciones de inequidad como una forma de llegar a una mayor conceptualización del concepto de equidad (Sonis, 2000). En este sentido, una definición clásica aceptada es la que propone la Dra. Margaret Whitehead (1992) quien define a la inequidad como aquellas diferencias en saludes innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas. Así, desde la perspectiva de Whitehead, la equidad en salud radica en ofrecer a todo el mundo, idealmente, la oportunidad de que pueda realizar su máximo potencial. Además, distingue entre desigualdades aceptables (es decir, aquellas que provienen de la libre elección de los individuos), injustas e innecesarias (que resultan de una desigual distribución de los determinantes de salud y escapan del control de los individuos), e inevitables (que son consecuencia de la distribución desigual de ciertos factores, como los de origen genético).

Por su parte, Frenk (1994) ha señalado que para lograr una equidad en el sistema de salud se debe lograr una mejor distribución de los servicios, en forma tal que éstos sean proporcionados a las necesidades de salud, independientemente de la contribución previa de la persona; asimismo, propone una igualdad de esfuerzos en la búsqueda y obtención de los servicios de salud. Sin embargo, la equidad en materia de salud debe comprender tres

imperativos: igual acceso a la atención para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad y atención de igual calidad para todos (Sonis, 2000).

Por su parte, Anand, Diderichsen, Evans et al. (2002) mencionan que para poder construir cualquier medida que fundamente la equidad en salud se deben considerar cinco aspectos importantes: 1) el estado de salud; 2) los grupos de población en los que se describen las diferencias o inequidades en salud; 3) el grupo de referencia o norma con la cual se comparan las diferencias; 4) los intercambios que se puedan realizar entre las mediciones absolutas y relativas; y 5) la magnitud atribuida a la (mala) salud de los individuos o grupos en los distintos puntos de la distribución de la (mala) salud.

Así, desde la perspectiva del desarrollo humano de Sen y del desarrollo sustentable, la equidad en salud debe ser definida en una forma amplia, conteniendo tanto lo que hace a la salud como libertad básica y sus relaciones con el contexto social, económico y ambiental como a las relaciones con los sistemas y servicios de salud. Permitiendo que la equidad en salud no aborde solamente una dimensión, así que la salud y la equidad en salud debe enmarcarse en la interacción de aspectos sociales, económicos y medio ambientales que le permitan sustentar una visión sistémica en beneficio del desarrollo de la sociedad y en beneficio de los más desprotegidos para procurarle una equidad en los entornos donde potencializan sus libertades.

Conclusión

La teoría del desarrollo humano, propuesta por Amartya Sen, es una perspectiva teórica que ha colaborado en transformar la forma de ver el desarrollo y ha permitido pasar de la simple visión del crecimiento de indicadores económicos, como el PIB, a otro centrado en el ser humano y en la potencialización de sus libertades en beneficio de su entorno social, económico y medio ambiental. Esta teoría, a través del tiempo, se ha visto enriquecida con los planteamientos teóricos en primera instancia de Perroux, el enfoque de las necesidades básicas de la OIT y después de la visión del desarrollo sustentable enmarcada en el Informe Brundtland y de la visión de desarrollo del PNUD.

Por lo anteriormente referido, se puede señalar que el desarrollo humano es una visión fundamentalmente centrada en el ser humano, visión que comparte con la perspectiva del desarrollo sustentable. De esta manera, ambas visiones convergen en la potencialización de las oportunidades y libertades de la población en beneficio tanto de las generaciones presentes como futuras. Teniendo, a la equidad distributiva como pilar de la sustentabilidad de las oportunidades del ser humano.

Así, el desarrollo, desde la visión del desarrollo humano y sustentable, implica el logro de las libertades del ser humano. Pero, además el proceso de procurarlas de manera equitativa, participativa y sostenida. Por lo tanto, el desarrollo de las libertades del ser humano debe ser de forma equitativa tanto de carácter constitutiva como instrumental, como lo plantea Sen. En donde la salud surge como una libertad de suma importancia que debe ser medio y fin para el desarrollo.

De esta manera, los actores que convergen en la protección social de la población deben de procurar formar las bases para que se presenten los entornos estructurales e institucionales necesarios para que la salud no solo se provea de forma universal, sino además que ésta se dé en forma equitativa para la población. Permitiendo así el desarrollo del ser humano y la interacción de la salud con otras libertades de la sociedad en un entorno económico, social y medio ambiental sustentable y equitativo. Todo esto, para elevar a la salud como una libertad para el desarrollo con carácter de derecho humano y universal. Por lo tanto, en el marco del desarrollo humano y sustentable, la salud debe permitir optimizar el bienestar humano y la equidad, permitiendo no comprometer el bienestar saludable de las generaciones presentes ni futuras.

Así, esta investigación se realiza bajo la óptica teórica del desarrollo humano del enfoque de Amartya Sen y su convergencia hacia la visión del Desarrollo Sustentable, así como, de la potencialización y expansión de las libertades del ser humano en materia de salud. En el siguiente capítulo se abordará el marco normativo de la protección y cobertura de la salud en el entorno internacional, México y Nuevo León. Del mismo modo, se analizarán los criterios del derecho en la salud en Nuevo León y su aplicación normativa en la entidad.

CAPÍTULO 2.
LA LEGISLACIÓN Y LAS POLÍTICAS DE SALUD
EN MÉXICO Y EN NUEVO LEÓN

Introducción

En el presente capítulo se presenta el marco legislativo y normativo del derecho a la salud, el cual en México está sustentado principalmente en la Constitución Política de Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud. Este análisis se profundizará en el marco legal que está vigente en el estado de Nuevo León. Asimismo, se abordará el desarrollo de las instituciones de salud a nivel internacional y cómo ha sido la cooperación de ellas con México, y que programas o políticas se han implementado en beneficio de la salud y protección de este derecho.

Es decir, se abordará a las organizaciones internacionales de la salud y su cooperación hacia México, después se analizará el marco legal y normativo a nivel internacional y Latino América, para conocer como está el derecho a la salud en algunos países de Europa, Asia y Latinoamérica. Asimismo, se estudiará el marco legal de este derecho en México y cuáles son los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Finalmente, se analizará el marco legal y normativo del derecho a la protección de la salud en el estado de Nuevo León y su implicación en las normativas estatales y federales, así como también en los planes de desarrollo en la

materia que permitan observar el entorno económico, institucional y social de las capacidades y libertades humanas en pro del desarrollo humano y sustentable, en donde la salud surja como un derecho.

1. México y las instituciones internacionales de la salud: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

A principios del siglo XX, por decisión de los países del continente americano se creó la estructura internacional más antigua que fuera participe en el área de cooperación en materia de salud en todo el continente y en especial en México: la Organización Sanitaria Panamericana en 1902. En 1947, al crearse la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicha oficina pasó a denominarse Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se constituyó como una oficina regional de la OMS, cabe señalar que México participó muy activamente en la construcción de esta organización.

En México, la OPS –como brazo ejecutor de las políticas de la OMS- desde su constitución ha participado como promotora, gestora y evaluadora de los programas sociales en materia de salud que han favorecido la salud de los mexicanos, impulsando las capacidades de la población en beneficio de su calidad de vida. Asimismo, la OPS ha intervenido en México en acciones de salud pública, atención y educación médica e investigaciones y campañas sanitarias (Ortiz, 1995).

1.1 La Organización Panamericana de la Salud: Antecedentes y consolidación

A mitad del siglo XIX, a solicitud de Francia, se celebró la I Conferencia Sanitaria Internacional, la cual fue el primer intento de internacionalizar los problemas de salud pública²⁰ entre países europeos y asiáticos en donde se pudiera llegar a acuerdos regionales en materia de salud. Esta visión de internacionalizar la problemática sanitaria entre la región europea y asiática se replanteó con la celebración, en 1859, de la II Conferencia Sanitaria Internacional y, en 1866, con la III Conferencia Sanitaria Internacional, en ambas conferencias se trataban de retomar los acuerdos establecidos de protección en la salud en enfermedades como el cólera y demás enfermedades gastrointestinales y virales, con el fin de establecer medidas de prevención, análisis y de cobertura médica, en beneficio de la protección de la región, y así, evitar que surgieran epidemias (OMS, 1974).

La realización de estas conferencias enmarcaban la preocupación creciente de considerar a la salud como una eje rector de las políticas locales e internacionales en beneficio de la sociedad local e internacional, debido a que con los procesos económicos crecientes del mercadeo en esa época, las diversas enfermedades que surgían podrían expandirse en las diferentes ciudades en donde se daba el mercado marítimo o terrestre entre los países europeos y asiáticos.

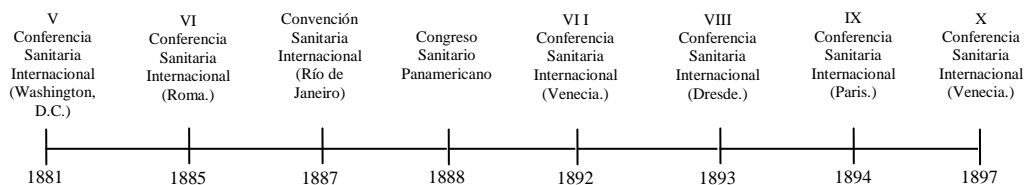
Sin embargo, durante todos estos momentos históricos no se había presentado la posibilidad de crear alguna institución rectora o vigilante de la salud a nivel internacional que permitiera salvaguardar a la salud como un derecho y capacidad para el desarrollo de la población y ser

²⁰ Esta conferencia tuvo la asistencia de doce países: once europeos y uno asiático.

garante de las oportunidades de acceso a ella. Este esfuerzo se da en una primera instancia en la IV Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Viena durante 1874, donde la Delegación Francesa presentó un proyecto para establecer una Comisión Internacional Permanente de las Epidemias (que recomendó por unanimidad y propuso a Viena como sede). La Comisión había de componerse de médicos designados por los gobiernos participantes y sus principales objetivos serían el estudio de la etiología y profilaxis del cólera, la epidemiología del cólera en los buques y puertos, el período de incubación de la enfermedad y las lluvias y las condiciones telúricas en las regiones del Mediterráneo Oriental y del Mar Negro. Sin embargo no se pudo consolidar dicha propuesta.

Años después de este esfuerzo, en el marco de una serie de conferencias y congresos sanitarios realizados a nivel mundial durante el periodo de 1880 a 1900, se presentarían otras propuestas para promover y sentar las bases de un ente institucional internacional que permitiera a la consolidación de la salud como un derecho, sin embargo, nuevamente no se pudieron generar los entornos necesarios para la generación de una organización rectora de la protección de la salud. (Ver figura 1)

Figura 1
Conferencias Sanitarias Internacionales, seleccionadas
1880-1900



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1974

Según Mateos (2005), los objetivos de la mayoría de estas conferencias estaban orientados en lo fundamental hacia dos direcciones: suprimir los obstáculos que se oponían al comercio y a los transportes y a proteger a Europa y América Latina contra las epidemias exóticas y no para crear una institución rectora y protectora en materia de la Salud Pública.

Sin embargo, es hasta la II Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en México a principios del siglo XX (1901-1902), cuando se presenta la recomendación por parte de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (lo que hoy en día es la Organización de Estados Americanos) de crear una oficina sanitaria en el continente que permitiera generar acuerdos y disposiciones sanitarias en beneficio de la población.

Este esfuerzo se consolida hasta el 2 de diciembre de 1902, en el marco de la celebración de la I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas celebrada en Washington D.C. con la asistencia de 10 países, entre los que se encontraba México. Es así que se funda la primera institución sanitaria organizada que velaría por el derecho a la salud en el continente americano y llevaría por nombre Oficina Sanitaria Internacional, la cual tenía los siguientes compromisos:

- Pedir a cada república, que remita pronta y regularmente a dicha Oficina todos los datos de toda clase relativos al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.
- Estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas repúblicas.

- Estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en las bahías, el alcantarillarlo, el drenaje del suelo, la eliminación de la infección de todos los edificios, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos (OPS, 2007).

Años después del establecimiento de esta oficina y con el fin de darle mayor rango de acción durante las primeras décadas del siglo XX, la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas determinó que la Oficina Sanitaria Internacional podría establecer medidas destinadas a codificar los procedimientos de sanidad internacional, particularmente en el control de la fiebre amarilla, los cuales estaban sustentados en las acciones ejecutadas en Cuba, la zona del Canal de Panamá y México en la primera década del siglo XX. Asimismo le solicitó durante los años 20's que se encargara de la preparación de un proyecto de Código de Ley Marítima Internacional, el cual serviría como antecedente para realizar el primer Código Sanitario Panamericano en 1924.

Dos hechos importantes que marcarían el futuro de la Oficina Sanitaria Internacional en el continente serían, uno, lo acontecido en la década de los años 20, cuando en el seno de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas se resolvería que esta oficina cambiara de nombre y a partir de 1923 fuera designada como “Oficina Sanitaria Panamericana”, y dos, con el establecimiento del Código Sanitario Panamericano²¹ en 1924, a esta oficina se le confirió

²¹ El Código Sanitaria Panamericano fue ratificado por México para su aplicación hasta marzo de 1929, y en el marco de acción de éste, a principios de la década de los treinta en nuestro país se reorganizó los servicios de salud para que estos llegaran a los diferentes estados y municipios del país, generándose la desconcentración de las unidades de los servicios médicos en la república mexicana.

funciones y deberes más amplios como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en el continente americano (OPS, 2007).

De esta manera, durante la primera mitad del siglo XX esta oficina poco a poco se consolidó como una organización internacional generadora de entornos para salvaguardar la salud de la población en el continente americano, en lo que respecta hacia el acceso a la salud y proveer condiciones equitativas en la aplicación de programas y políticas en la materia en cada uno de los países del continente, y así poder potencializar las oportunidades sociales de los seres humanos,

Después de la Segunda Guerra Mundial y con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la Oficina Sanitaria Panamericana entraría en un proceso de cambios institucionales, los cuales provocarían procesos de sinergia con la reciente organización de salud internacional.

En 1949, la OMS firma un acuerdo con la Organización Sanitaria Panamericana y su oficina para que ésta quedara integrada a la Organización Mundial de la Salud. En donde se establece lo siguiente:

- Los Estados y Territorios del continente americano forman la zona geográfica de una organización regional de la Organización Mundial de la Salud; y tanto la Organización Sanitaria Panamericana como su oficina, fungirán como una institución regional de la OMS (OPS, 2007).

Por lo tanto a partir de este convenio, las políticas de acción de la Organización Sanitaria Panamericana en el continente americano estaban sustentadas y admitidas por la Organización Mundial de la Salud. México, desde la consolidación de la OMS y el establecimiento de este convenio, como miembro activo de esta institución, participó en forma ardua para la consolidación de los trabajos conjuntos de ambas instituciones junto con otros países del continente (OMS, 1947).

Estos trabajos permitieron que en 1950, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), se consolidara a esta organización como un Organismo Especializado Interamericano en materia de salud. Con esto se permitió que la Organización Sanitaria Panamericana trabajara no sólo bajo los esquemas de las Naciones Unidas, a través de la unión con la OMS, sino además que estuviera auspiciada por la OEA para tener peso interamericano en temas de salud en el continente. Además, en ese mismo año, se reiteró su autonomía como oficina regional de la OMS al firmarse un acuerdo entre la OEA y esta organización sanitaria, el cuál establecía que: *esta oficina era reconocida como un Organismo Especializado Interamericano y que podía actuar como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud en el Continente Americano.* (OPS, 2007). En este orden de ideas, en 1958, se dio el cambio de nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Así, desde el origen de esta organización a principios del siglo XX y su consolidación a mediados de ese siglo, le ha permitido realizar compromisos interamericanos para alcanzar metas en materia de salud globales y locales que permitieran combatir enfermedades, prolongar la vida y promover el bienestar físico y mental de la población, teniendo como base

valores de equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad por el ser humano para el desarrollo de sus capacidades, potencializando la igualdad de las oportunidades de salud, todo lo anterior pensando en una visión humana del desarrollo en donde es de suma importancia la generación y consolidación de los entornos sociales en donde se pueda potencializar la salud como una libertad del ser humano.

De esta manera, esta organización realizó esfuerzos mayores durante la segunda mitad del siglo XX al ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de “Salud para Todos” coordinando los esfuerzos de los países del continente y generando lazos de cooperación técnica que permitieran soslayar a la salud como un derecho universal del ser humano.

1.2 La Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud en materia de salud en México

Existen diversas formas de intercambio y colaboración entre los países e instituciones internacionales, siendo la cooperación técnica una de las que cuentan con mayor potencialidad en el esfuerzo para alcanzar un mayor grado de desarrollo en las diversas capacidades que todo ser humano debe tener el simple hecho de nacer, como son tener una vida larga y saludable y tener educación, así como permitir que los entornos en donde estas se potencialicen se den en un contexto equitativo. De esta manera, y en el ámbito de esta investigación, la cooperación técnica internacional en materia de salud representa, particularmente, para los países en vías en desarrollo como México, un instrumento crítico en

la reorientación del quehacer económico, social y medioambiental en beneficio del desarrollo humano y sustentable, del cual la salud es una pieza fundamental.

En este sentido, México ha estado permanentemente activo participando en los diferentes foros y organismos internacionales de la salud realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), generando convenios y acuerdos bilaterales con dichas instituciones en beneficio de la salud de la población. Un ejemplo de ello, es la participación tan activa que tuvo México para los orígenes, consolidación y difusión de las políticas de acción de la OPS y de la OMS, como instituciones rectoras de la salud en América y en el Mundo, respectivamente.

Por lo tanto, para el desarrollo de los programas de salud y de las políticas públicas en la materia, la consolidación de la cooperación internacional en salud entre la OPS/OMS y México, consiste en ser un catalizador y movilizador de los recursos humanos, técnicos y financieros no solo de la OPS/OMS, sino también de los existentes en el país, de tal manera que esta cooperación fortalezca la capacidad nacional de fomentar el desarrollo humano y sustentable en materia de salud como una política activa que impulse la equidad.

1.2.1 Antecedentes y desarrollo de la cooperación

La cooperación técnica por parte de la Organización Panamericana de la Salud hacia México tuvo sus orígenes en la intención de solucionar los problemas endémicos en materia sanitaria que se estaban provocando a principios del siglo XX por la creciente relaciones comerciales

entre los países del continente con el país, en donde estas actividades de mercadeo estaban provocando problemas de sanidad y de salud en las ciudades en donde estas se realizaban.

En el marco de este contexto, durante la primera mitad del siglo XX, la cooperación de la OPS/OMS hacia México se realizó a través de apoyos y recomendaciones sobre problemáticas de epidemias y pandemias de virus como el cólera, la fiebre amarilla y de la influenza española. Además, de la realización de recopilación de datos de salud a nivel país y región que permitiera tener tanto a la OPS/OMS como al país, bases para la planeación de programas y políticas públicas en la materia a nivel local y subregional en beneficio del acceso a la salud y en tener mejores condiciones de cobertura por parte de los servicios de este sector.

Así, durante la primera mitad del siglo XX, la cooperación que brindó la OPS/OMS hacia México, tenía la intención de sentar las bases para que la salud se desplegara como una capacidad inherente al ser humano y esta surgiera como una libertad y derecho universal para la población en los diferentes entornos sociales del país, y se proveyera en forma equitativa en beneficio de la población.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la cooperación de la OPS/OMS hacia México se intensificó y su ayuda fue de suma importancia para erradicar varios problemas de salud de la población. Entre estos apoyos se encuentran el “Programa Ampliado de Inmunización”, el cual pretendía la generación y cobertura de vacunación infantil, que empezó a promover la OPS/OMS durante finales de la décadas de los 50 y principios de los 60’s. Los puntos más importantes que tocaba este programa eran:

- Combatir enfermedades de la niñez
- Incrementar los servicios de inmunización con el fin de que estuvieran disponibles para todos los niños antes de 1990.
- Cada programa nacional debería integrarse a la red nacional regular de atención primaria a la salud, con el fin de que las actividades de inmunización se organizaran con regularidad, y no de modo intensivo a cortos plazos o como campañas masivas a plazos de uno o más años.
- La OMS desarrollaría incentivos para que hubiera actividades de investigación y entrenamiento de personal, pendientes a precisar conocimientos sobre factores que mermaran o aumentarían la eficacia, tanto de las vacunas como de las vacunaciones, y aumentar el intercambio de experiencias y metodologías nacionales (Fujigaki-Lechuga, 1995).

Asimismo, la OPS/OMS apoyó a México en la década de los 50's para afrontar los problemas de epidemia de viruela en el país, donando recursos, instrumentos y capital humano para la generación de vacunas contra este virus. Acuerdos que, no solo permitieron inmunizar a la población mexicana, sino también, una parte de estas vacunas fueron para la población de la región. A mediados de la década de los sesenta, el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud, fungió como institución líder para que México, la UNICEF y la OPS firmaran un convenio tripartito de operaciones para generar un proyecto de erradicación del paludismo en el país. En ese mismo periodo, el gobierno de México con la colaboración de la OPS/OMS, inicio un programa especial en la frontera noreste para controlar la rabia. Este

convenio fue aplicado en Tijuana, Ensenada, Mexicali, San Luis Rio Colorado y Nogales en un principio y se extendió para toda la frontera durante 1970 (OPS, 2002).

Cabe señalar, que aunque México participó desde sus inicios en la creación y consolidación de la OPS, fue hasta 1952 que se instaló una oficina de representación de la OPS/OMS en el país, la cual hasta el año 1984 también atendía a los países de Cuba, República Dominicana y Haití. También, cabe resaltar que la mayoría de las acciones de cooperación entre la OPS/OMS y México, que con anterioridad se señalaron, se dieron en un marco de participación institucional, sin la firma de un convenio de colaboración permanente (OPS, 2005).

Esto se da hasta 1984, un año después de que se eleva a rango constitucional el derecho a la protección en la salud en México, al firmarse un “Acuerdo de Cooperación Técnica” entre la OPS/OMS y México, sustentado en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA).

Teniendo como marco este convenio, la OPS durante la década de los 80 brindó cooperación a México en:

- Asesoría técnica de consultores permanentes en las áreas de administración y planificación de salud; epidemiología, tuberculosis e infecciones respiratorias; ingeniería sanitaria; laboratorios; estadística; investigación; salud materno infantil y planificación familiar; salud pública veterinaria; educación para la salud; registros médicos; y clasificación de enfermedades e inmunizaciones. Asimismo, en las áreas de

planificación y arquitectura hospitalaria; control de diarreas; planificación familiar y salud materno-infantil.

- Asesoría técnica y especializada en el proyecto de descentralización de los servicios de salud en México, mediante el programa de Sistemas Locales de Salud (SILOS).
- Becas para capacitación de recursos humanos en materia de salud pública y apoyos financieros para la realización de cursos, seminarios y talleres.
- Apoyos financieros, técnicos y administrativos para la compra de suministros y material vinculado a la salud (Fujigaki-Lechuga, 1995).

Estas acciones estaban encaminadas a generar un mejor sistema de salud en México para ser frente a la nueva disposición legislativa del derecho a la protección en salud. Para la década de los noventa la mayoría de estas acciones se mantenían, principalmente para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que permitirían la descentralización del sistema de salud en el país, que ayudaría a mejorar el desarrollo de los programas en esta materia, en particular los relacionados en saneamiento ambiental, alimentación y nutrición; factores de riesgo, salud materno-infantil y la generación de acciones prioritarias en problemas de farmacodependencia y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

De esta manera, la cooperación de la OPS/OMS en México ha permitido aportar sustancialmente al desarrollo de las instituciones de salud, dotándolas de alto nivel científico para apoyar los esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas. Además, estas acciones permitirían que en la actualidad el sistema de salud trate de dar respuesta sanitaria a problemas como: el aumento de las enfermedades no

transmisibles y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables, enfermedades ligadas con la contaminación, problemas sociales provocados por las adicciones y falta de protección financiera en pago de los servicios de salud, entre otros temas.

Estas acciones realizadas, durante la segunda mitad del siglo XX, por parte de la OPS/OMS en apoyo a México, por un lado consolidaron los lazos institucionales entre México y estas instituciones, pero por otro lado, beneficiaron al desarrollo y generación de los entornos sociales e institucionales que permitieron a la salud consolidarse como un derecho universal del ser humano en el país, y que tiene en la OPS/OMS como una institución internacional garante de esta libertad humana, la cual debe desplegarse en forma universal y en ámbitos sociales, económicos, culturales, políticos y medio ambientales equitativos y de alta conciencia social. Es decir, estos lazos buscaron que la protección de la salud se diera en un contexto holístico y no solo como respuesta a resolver problemas de enfermedades y padecimientos clínicos, sino garantizar a la salud como una libertad humana en todos los ámbitos del ser humano y en beneficio del desarrollo humano y sustentable de la población.

1.2.2 Áreas y prioridades de la Cooperación de la OPS/OMS en México para el siglo XXI

El fortalecimiento de la cooperación en salud es un elemento crucial para responder mejor a las necesidades de los países y promover la “Salud para Todos” potencializando las capacidades y libertades del ser humano, permitiendo así enfrentar los nuevos desafíos que se tendrán con las nuevas generaciones, manteniendo los logros alcanzados para las presentes generaciones. Es así como la OPS/OMS, ha plasmado una serie de prioridades con funciones

concretas para enfrentar los problemas de salud y de los servicios en esta materia para el siglo XXI en México.

Durante la primera mitad del siglo XXI, la OPS/OMS en su plan de acción ha planteado una serie de líneas de acción que son de suma importancia para la cooperación que deben estar en la agenda global en salud, tanto a nivel local como de todo el continente que deben seguirse para llevar la “Salud para Todos” para el 2015, entre las que se encuentran (OPS, 2005a; 2006):

- Asegurar el acceso a servicios esenciales
- Promover la salud como un derecho humano
- Reducir la pobreza y sus efectos en la salud
- Abordar los determinantes sociales de la salud
- Promover un medio ambiente más sano
- Construir sistemas de salud bien financiados y equitativos
- Promover el conocimiento, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la gobernanza y el liderazgo

Estas acciones aplicadas por la OPS/OMS están en la búsqueda de resolver problemas de salud pública de una manera holística en beneficio del desarrollo del país, tanto en el ámbito humano como en la sustentabilidad de las libertades y derechos humanos, considerando lo anterior, estas líneas de acción se dividen en cuatro grandes áreas de cooperación con el país, y son:

1. Equidad en Salud.
2. Reducción de riesgos y promoción de la Salud.
3. Vigilancia, prevención y control de enfermedades.
4. Calidad de los servicios y desempeño del sistema de salud (OPS, 2005a; 2006).

Estas líneas de acción tienen la intención de potencializar los programas y acciones de salud en la población para generar entornos socioeconómicos y medioambientales sustentables con amplio desarrollo humano que mejoren las oportunidades de la población

Para llevar a cabo lo anterior, la OPS/OMS prioriza acciones de cooperación técnica para cada una de ellas. En la referente a “Equidad en salud” contempla:

- ✓ Protección social a la salud: contribuir a hacer efectivas las metas operativas de mejoramientos del acceso a los servicios de salud en los espacios subnacionales, favoreciendo el enfoque intercultural, de género y la prioridad en los pobres y los excluidos del sistema de salud.
- ✓ Salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional: coadyuvar a la extensión y desarrollo de sistemas de información y redes de instituciones ligadas a la salud de los pueblos indígenas en México y Centroamérica, con enfoque intercultural. Asimismo, apoyar el establecimiento de líneas de investigación y docencia relacionadas con la medicina tradicional, con la participación de indígenas expertos en esta materia.
- ✓ Salud de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos: colaborar en los esfuerzos nacionales para la reducción de la mortalidad materna y promover el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y su incorporación en las políticas de salud desde la perspectiva de género, participando en los espacios de encuentro, diálogo e intercambio, así como apoyando la realización de estudios en este campo.
- ✓ Migración y salud: apoyar y generar proyectos y enfoques integrales frente a la problemática de salud de los migrantes.
- ✓ Fronteras y salud: contribuir a la generación y utilización de información de salud de las zonas fronterizas y apoyar en la movilización de recursos relacionados con el desarrollo de iniciativas de salud y de proyectos en las fronteras.

En la segunda área de acción, Reducción de Riesgos y promoción de la Salud, están comprendidos los siguientes aspectos:

- ✓ Ambiente y Salud: Apoyar la formulación e implementación de políticas gubernamentales sobre la disposición conveniente de residuos, la dotación de agua limpia y el control de emisiones tóxicas, asimismo promover intervenciones en espacios críticos a nivel local (en temas de agua, saneamiento, disposición de residuales y control de fauna nociva, principalmente) y el intercambio de información y experiencias entre municipios y comunidades.
- ✓ Inocuidad de los Alimentos: realizar intervenciones integrales que incluyan la producción limpia de alimentos, actuando conjuntamente con organismos internacionales, principalmente del sistema de las Naciones Unidas y de la OEA.
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional: Promover la generación y difusión de conocimientos y el fomento de intervenciones intersectoriales en nutrición y suplementación alimentaria, por medio de alianzas estratégicas entre los productores y distribuidores de alimentos junto con las instituciones y grupos de profesionales de la salud que trabajan para promover buenas prácticas nutricionales y en la vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- ✓ Salud familiar y comunitaria. Atención integral del niño, el adolescente y el adulto mayor: 1) Dar seguimiento y apoyar las estrategias nacionales para el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con los niños, adolescentes y jóvenes, actuando conjuntamente con otras agencias del Sistemas de las Naciones Unidas en el reforzamiento de la respuesta nacional; 2) apoyar la formulación e implementación de estrategias de promoción de la salud, activación física, lucha contra el sedentarismo, la obesidad y las adicciones, facilitando el conocimiento y aplicación de experiencias exitosas y promoviendo el intercambio con países que tienen un nivel de desarrollo socioeconómico y condiciones similares a las mexicanas; y 3) promover cambios en las instituciones de salud para la prestación de servicios clínicos y en la comunidad al adulto mayor, apoyando el fortalecimiento de redes sociales y contribuyendo a la aplicación de modelos que favorezcan la atención integrada a este grupo de población.
- ✓ Salud mental: Proporcionar la coordinación intersectorial e interinstitucional para el abordaje de los problemas de salud mental, incluyendo la actualización curricular de los planes de estudio de personal médico, de psicología, de enfermería y trabajo social, trabajando conjuntamente con las autoridades de salud, instituciones académicas y la sociedad civil organizada para transformar la atención.

- ✓ Lucha contra las adicciones: Estimular la formulación y aplicación de políticas, reglamentos y normas para ampliar la atención integral de las personas que padecen adicciones.

La tercera área de cooperación de la OPS/OMS en México es Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades, en donde se incluyen tres prioridades:

- ✓ Vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas: fortalecer las capacidades nacionales de prevención, control, eliminación o erradicación de enfermedades infecciosas mediante capacitación, asesoría, evaluación e investigación, y en los casos que se solicite, con acciones inmediatas frente a situaciones de contingencia y Articular esfuerzos y movilizar recursos de la cooperación técnica en la lucha con el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
- ✓ Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación: apoyar las políticas y estrategias nacionales en inmunizaciones, vinculándolas a iniciativas regionales y globales, además compartir con las autoridades información relevante sobre elaboración y aplicación de nuevas vacunas y apoyar esfuerzos nacionales de producción de biológicos, mediante la difusión de material científico y técnico, el financiamiento de estudios de base y el fortalecimiento de la regulación sanitaria.
- ✓ Vigilancia, prevención y control de enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión y cáncer: promover la participación del país en el análisis de información relevante sobre nuevas tecnologías, iniciativas y estrategias que contribuyan a mejorar la vigilancia y monitoreo, el manejo, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo.

La última área de la cooperación de la OPS/OMS, Calidad de los servicios y desempeño del sistema de salud, incluye las siguientes líneas de acción:

- ✓ Mejorar la calidad y el desempeño gerencial de los servicios de salud: contribuir a la introducción y el perfeccionamiento de modelos que mejoren el desempeño gerencial en los servicios de salud en apoyo a la reducción de inequidades entre regiones y grupos de población.
- ✓ Medicamentos y tecnologías en salud: articular iniciativas internacionales y de otros países con el desarrollo nacional para el uso racional de la tecnología y los medicamentos.
- ✓ Sistemas de Información en Salud: contribuir a la generación y utilización de información confiable que mejore la capacidad en la toma de decisiones,

colaborando de manera diversa con la autoridad nacional en las transformaciones y modernizaciones que introduce a sus sistemas.

- ✓ Globalización y salud: contribuir al desarrollo y armonización de la regulación sanitaria nacional con la internacional, fungiendo como mediador y catalizador para alcanzar acuerdos entre países y la movilización de expertos que asesoren desarrollos nacionales.

Cabe señalar, que para impulsar estas líneas de cooperación nuestro país debe considerar una serie de actividades, normas y señalamientos que deben organizar y empatar los esfuerzos de la OPS/OMS con las instituciones del gobierno en materia de salud, asimismo esta cooperación debe alinearse con la sociedad para poder generar los entornos y medios factibles para que se puedan desarrollar las capacidades de la población, en particular lo relacionado a la salud y demás capacidades que de ésta se pueden desprender, como saber leer, potencializar su trabajo, entre otras.

A continuación se presentan algunas recomendaciones que permitirían a estas acciones de cooperación, entre instituciones internacionales de la salud, gobierno y sociedad, tengan un mejor marco de acción para el desarrollo de las capacidades, tanto constitutivas como instrumentales, en materia de salud.

1. Coordinar a las diferentes instituciones que tengan injerencia en temas de desarrollo del sector y con los programas de salud.
2. La Secretaría de Salud y sus respectivas representaciones estatales, deben coordinar los esfuerzos de esta cooperación para lograr que la cobertura en salud tenga un alto grado de conciencia social y de equidad para el desarrollo de capacidades y de igualdad de oportunidades de la población.

3. La OPS/OMS debe generar redes sociales de trabajo con ONG's e instituciones de salud públicas y privadas que permitan no sólo trabajar en el marco de estas líneas sino también que estas permitan apoyar iniciativas internacionales como el apoyo a los planes para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Agenda 21 y a nivel nacional impulsar el desarrollo de los derechos humanos y generar grupos de trabajo con conciencia de equidad de género.
4. Deben generarse los entornos (libertad y capacidades) necesarios para que los servicio de salud puedan enfrentar el gran número de migrantes y pobladores en zonas urbanas y en algunos lugares considerados polos de crecimiento. Asimismo, se debe buscar que la Secretaría de Salud y demás instituciones sanitarias puedan controlar el desplazamiento de enfermedades entre ciudades y regiones que se provocan con el desplazamiento de las personas (migración).
5. Es necesario que la Secretaría de Salud, junto con la OPS/OMS trabajen conjuntamente con las demás secretarías, como por ejemplo: SAGARPA, SEMARNAT, SEDESOL, SRE, etcétera, y sus homónimas a niveles estatales y municipales. Permitiendo esto, identificar los riesgos en salud en el territorio nacional y en las fronteras nacionales.

Así, la cooperación que establece la OPS/OMS para México, es prioritaria para el desarrollo de políticas públicas y el mejoramiento de los servicios de salud en el país. Por lo cual, en el marco del desarrollo humano y sustentable, esta cooperación (técnica) debe establecerse entre los fundamentos prioritarios para el cuidado de las capacidades (en salud) de las generaciones del presente, para generar bases y entornos sociales, económicos y ambientales que permitan la potencialización de las oportunidades y capacidades de las generaciones futuras.

Desde su surgimiento, la Organización Panamericana de la Salud se visualizó como una institución internacional que fungiría como un ente continental garante del derecho a la salud a nivel local, regional e internacional y pondría en el centro de la reflexión, en materia de salud pública, al ser humano para la búsqueda de soluciones a problemas sanitarios provocados por las relaciones comerciales entre los países del continente y del resto del mundo.

Esta organización se consolidó como una institución regional de la Organización Mundial de la Salud, la cual tendría como eje rector impulsar en mayor medida la cooperación internacional en materia de salud en el continente americano, dicha cooperación se debería dar en ámbitos no solo en lo relacionado al abatimiento de enfermedades, epidemias o afectaciones en la salud humana, sino también en lo concerniente a aspectos sociales, económicos, culturales y del medio ambiente en donde se encuentran y realizan las actividades del ser humano, es decir, consolidar una visión holística del desarrollo de la salud mundial.

Así, la OPS/OMS buscaría a través de la cooperación técnica hacia México, la búsqueda de la universalidad de la salud y de su consolidación como derecho humano y social en el país, asimismo del desarrollo de los entornos o medios sociales e instituciones necesarios para que la salud se desplegara tanto como una libertad inherente y fundamental al ser humano como un medio para el desarrollo humano y sustentable de la población que se proveyera de manera equitativa.

2. Derecho y Salud

La protección del derecho a la salud tanto en México como a nivel Mundial ha estado en un lugar preponderante en la discusión académica, social y política en las últimas décadas, debido a que la salud, por un lado, constituye una necesidad fundamental del individuo y, por otro, necesita que se desarrollen los medios y entornos tanto económicos, técnicos, asistenciales, sociales, jurídicos y humanos, permitiendo que ésta se dé y se potencialice con un alto grado de justicia y equidad.

Así, la salud se enmarca como un derecho social que debe ser protegido por el Estado, que a través de leyes protectoras y programas creados por éste, permita establecer condiciones más justas de vida que beneficien a los sectores más desfavorecidos de la población (Mendieta y Núñez, 1967).

De esta manera, la salud se tiene que garantizar y proveer con igualdad y en un entorno de justicia distributiva, es decir, un tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones desiguales (Sen, 2002). Por lo tanto, el derecho a la salud debe considerar un trato diferenciado en la medida en que difiere el ser humano y los hechos, por lo que no se puede hablar de una igualdad de tratamiento absoluto sino proporcional.

Entonces, la salud es un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente a ésta, mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios o libertades instrumentales que se consideran necesarios para acceder a ella, como: los servicios de salud, las instituciones de la medicina social, la normativa en la materia, entre

otras, y asimismo le permita al ser humano ejercer ese derecho como una capacidad básica y fundamental.

De esta manera, a continuación se abordarán las diferentes normas y decretos que han surgido tanto a nivel internacional como a nivel nacional, donde la salud emerge y se va consolidando como un derecho social y fundamental para el ser humano que debe ser garantizado por el Estado y sus instituciones.

2.1 El derecho a la salud en el contexto internacional

Desde 1946, con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la comunidad internacional ha reconocido el derecho a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, elevando a la salud a un derecho fundamental y un objetivo social de la población donde está inmersa la solidaridad social, la potencialización de las capacidades humanas y los entornos en donde se despliegan (OMS, 1946).

En el contexto internacional se encuentran múltiples tratados de derechos humanos internacionales en donde se consagra al derecho a la salud. Entre ellos se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948 (10 de diciembre), que da pie al desarrollo internacional de este derecho. En esta declaración en su artículo 25, se establece que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 1948).

Esto permitiría reforzar lo establecido en el documento de la Constitución de la OMS y poner en la escena internacional el derecho a la salud en beneficio de la población.

De esta manera, la salud se presenta como un derecho y libertad de carácter universal, que permite al ser humano brindarle más oportunidades de elección tanto en el presente como en el futuro para tener un mayor desarrollo. Asimismo, esta libertad, permite potencializar otras libertades y capacidades básicas del ser humano en los diferentes entornos sociales, económicos e institucionales creados por la sociedad y el Estado.

En la década de los sesenta, y con el fin de establecer obligaciones específicas de los Estados, la ONU aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966 (México ratificó este pacto en 1981), en donde en su artículo 12 desarrolla el derecho a la salud de la siguiente manera:

12.1 Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

12.2 Entre las medidas que se deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena afectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En este pacto se establecen obligaciones puntuales para que los Estados velen por el derecho a la salud de la población. Igualmente en documentos posteriores se plantean una serie de obligaciones por parte del Estado para ser frente a este derecho. De esta manera, se comenzó a sentar las bases para consolidar el desarrollo de un Estado benefactor que garantizara el derecho a la salud y además que genere los entornos necesarios para el despliegue y potencialización de la salud como una libertad fundamental –básica- del ser humano.

En este orden de ideas, a finales de la década de los sesenta, la ONU aprobó la *Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social*, que establece como los Estados deben encaminarse a la continua elevación del nivel de vida, tanto material como espiritual de todos los miembros de la sociedad, dentro del respeto y el cumplimiento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, esto a través del logro de una serie de objetivos. En su artículo decimo, inciso d) refiere precisamente a las obligaciones de los Estados respecto a la salud, mencionando que “*el logro de los más altos niveles de salud y la presentación de servicios de protección sanitaria para toda la población, debe ser posible en forma gratuita*”.

Asimismo, esta declaración establece que el Estado, en materia de salud, debe aplicar medios y métodos para el logro de los objetivos del progreso y el desarrollo en lo social, estableciendo en el artículo 19, lo siguiente:

- a) La adopción de medidas para proporcionar gratuitamente servicios sanitarios a toda la población y asegurar instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados, y servicios médicos de bienestar social accesibles a todos.

- b) El establecimiento y la promulgación de medidas legislativas y reglamentarias encaminadas a poner en práctica un amplio sistema de planes de seguridad social y servicios de asistencia social, y a mejorar y coordinar los servicios existentes.

De esta manera, se iban consolidando las normas institucionales que debería seguir el Estado para salvaguardar la salud de la población como una libertad constitutiva y a su vez permeando esas normativas para generar los medios e instrumentos que le dieran una garantía de accesibilidad a esta libertad, como lo son los servicios de salud y de seguridad social.

Así, para la década de los setenta, el derecho a la salud estaba enmarcado por obligaciones hacia el Estado que tenía que cubrir en beneficio de la sociedad, lo cual permitiría que a nivel internacional el derecho a la salud, se consolidara como una garantía universal para la gente y se generaran instituciones sociales y estatales que velaran este derecho de la población permitiendo la generación de oportunidades sociales y medios institucionales para su despliegue como libertad universalidad y medio para el desarrollo humano y sustentable de la sociedad.

En este mismo sentido, en 1986, la ONU a través de la aprobación de *la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo*, establece con claridad la obligación de los Estados para dar acceso a los servicios de salud a toda la población, y expone en su artículo 8.1 que:

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. (...) Deben hacerse reformas económicas y sociales adecuadas con objeto de erradicar todas las injusticias sociales.

En este mismo contexto, en el marco de *la Convención Sobre los Derechos del Niño* (1989), la Asamblea General de la ONU, estableció que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
 - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
 - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
 - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
 - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
 - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Este desarrollo normativo en el derecho a la salud, se dio en forma paralela en el marco regional latinoamericano, una de estas acciones fue expuesta en la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* en 1948, que eleva el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, así como el derecho a la seguridad social de la siguiente manera:

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

Artículo XVI. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

Otro esfuerzo internacional que se realizó en el continente americano, que daría sustento a la realización de este derecho en forma progresiva se presenta en la *Convención Americana Sobre los Derechos Humanos* –conocida como el *Pacto de San José*– que aprobó la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1969, que estableció en su artículo 26: *Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos.*

Teniendo como base lo establecido en esta convención, en 1988 la Asamblea de la Organización de Estados Americanos aprueba el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, también conocido como *Protocolo de San Salvador*, en donde en su artículo décimo se establece el derecho a la salud, y refiere lo siguiente:

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

Todos estos documentos presentes en la normatividad internacional del derecho a la salud puntualizan las necesidades que deben tener las legislaciones vigentes en materia de salud para que este derecho pueda ser más preciso y emane como una garantía universal en las constituciones de cada país.

Por lo cual, la salud fue prioritariamente constituyéndose como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, que permitirán desplegar las libertades de los seres humanos. En donde la efectividad de este derecho debe ser alcanzado mediante varios instrumentos o procedimientos normativos y de políticas en materia de salud que permita abarcar los diferentes aspectos socioeconómicos inmersos en la salud y en su protección tanto a nivel individual como colectivo. Permitiendo así generar un amplio desarrollo de las capacidades de la población tanto en el ámbito de la salud como las ligadas a ésta.

2.2 La universalización del derecho a la salud en algunas constituciones de países

Al aprobarse el documento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud, por parte de los países miembros, el derecho a la salud emerge como un objetivo principal para garantizar el acceso a los servicios en esta materia, permitiendo así el mantenimiento y restauración del estado físico, mental y social del ser humano. De esta manera, este derecho está fuertemente vinculado con el derecho asistencial y al de la seguridad social (Díaz, 1995).

Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la salud o la protección de la salud no solo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino

que adquiere autonomía y universalidad, incorporándose a la lista de los derechos humanos y sociales que se extienden a todas las personas sin tomar en cuenta su raza, género o condición socioeconómica.

A continuación se presentan algunas constituciones de países que han universalizado el derecho a la salud. Entre los países que en su Constitución elevaron el derecho a la salud como garantía constitucional y universal se encuentran:

España

En 1978, la Constitución Española en su artículo 43 exterioriza:

- 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Asimismo, el artículo 41 de dicha constitución establece que *“los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”*

La Constitución Española y su legislación ha sido un claro ejemplo de separar el régimen del derecho a la salud del régimen de la seguridad social. Sin embargo, en lo referente a los

servicios que se prestan fueron integrados a finales de la década de los setenta con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la reordenación de la gestión institucional de la salud y de la seguridad social española en 1978 (Gobierno Español, 1978).

Grecia

La Constitución griega en 1975, en su artículo 21, párrafo tres expone: *“El Estado cuidará la salud de los ciudadanos y adoptará medidas especiales para la protección de la juventud, los ancianos, los incapacitados y para el auxilio de los necesitados.”*

Por otra parte, en su artículo 22 (párrafo cuarto) establece que *“el Estado atenderá a la seguridad social de los trabajadores, como está previsto por la Ley”*. De esta manera, se vuelve a presentar una división clara y apropiada del derecho a la salud de la población y de la base trabajadora. En este sentido, se puede observar que en Grecia se tiene claro la división de la cobertura del derecho a la salud tanto para la población trabajadora como para la que no tiene ninguna actividad laboral (EFT, 2010).

Francia

En la legislación francesa no se utiliza explícitamente el concepto del derecho a la salud. Sin embargo, incluye ciertas consideraciones al respecto. En el preámbulo de su Constitución de 1946 (confirmada en 1958) dispone que el Estado francés garantizara a todos, especialmente a los niños y ancianos, la protección de la salud, generándose así uno de los mejores servicios de salud de Europa en donde la garantía universal de este derecho está protegido por un servicio de calidad y de amplia cobertura técnica y de recursos humanos (ÉLYSÉE, 2010).

Portugal

En 1976, en la constitución portuguesa, en su artículo 64 se extiende el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos e impone a éstos el deber de defenderla y promoverla. Este derecho se prestará a través de un servicio nacional de salud universal y gratuita. En consecuencia, al Estado incumbe garantizar una racional y eficiente cobertura médica y hospitalaria; orientar su acción para la socialización de la medicina y de los sectores médico y químico farmacéutico, y controlar la producción, comercialización y el uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos (Pérez, 2007).

India

En el artículo 41 de la Constitución de la India de 1963, se impone la obligación al Estado de tomar efectivas disposiciones para asegurar, entre otras cosas, la asistencia pública en caso de enfermedad y otros estados de indigencia. Asimismo, en su artículo 47 menciona que el mejoramiento de la salud pública constituye uno de los primeros deberes del Estado (Seervai, 1976).

Chile

En su Constitución (1925) se estableció el deber del Estado de velar por la salud pública y el bienestar de salubridad del país, decretando que se debe destinar una cantidad suficiente para mantener el servicio nacional de salubridad del país. En 1952 se creó en Chile el Servicio Nacional de Salud, sin embargo durante el proceso militar chileno, encabezado por Gral. Pinochet en la década de los ochenta, el servicio se empezó a desintegrar y se inicio un proceso de privatización de la medicina pública (Congreso Nacional de Chile, 2010).

Costa Rica

La Constitución costarricense de 1949 en su artículo 73, instauró los seguros sociales y en su artículo 53 establece la protección especial de la familia por parte del Estado. En 1961, se presenta una reforma constitucional y se ordena a través del artículo 177 de dicha constitución, que la Caja Costarricense de Seguro Social universalice los seguros sociales (Constitution Society, 2010).

Uruguay

En el Artículo 44 de la Constitución de Uruguay establece que el Estado se hará cargo de la salud y proporcionara gratuitamente el servicio y los medios de prevención y asistencia de higiene pública a los grupos vulnerables.

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.” (PDBA, 2010).

Venezuela

En su Constitución (1961) se extiende el derecho a la protección de salud para todos los individuos, esto está plasmado en el artículo 76, que señala:

“Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.”

En este país, la prestación de los servicios de salud se unificó en un solo sistema desde 1971 (Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, 2010).

Panamá

Este país es otro que extiende en su Constitución (1972) el derecho a la salud a toda la población e impone la obligación a la comunidad para conservar la salud, al establecerlo en su artículo 105:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.”

Además señala en su constitución (artículo 107) que el Estado Panameño debe desarrollar una política nacional de medicamentos que permita promover la disponibilidad, accesibilidad, y calidad de los medicamentos para toda la población (PDBA, 2010).

Brasil

En este país, a partir de su Constitución de 1988 se establece el derecho a la salud en la población brasileña. Así, en su artículo 196 plantea:

“La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.”

Cabe señalar que en la legislación brasileña está regulada la participación de las empresas privadas para proveer el derecho en la salud, en donde se contempla que las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria del sistema de salud, mediante contrato de derecho público o convenio, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las que no tengan fines lucrativos. (Artículo 199) (ACNUR, 2010).

Argentina

Este país no ha elevado el rango constitución el derecho a la salud para toda la población, desde su Constitución de 1949 hasta la última reforma en 1994, de dicha constitución, sólo ha incorporado el régimen de seguridad social o la preservación de la salud de manera universal y obligatoria en beneficio únicamente de la clase trabajadora.

Esta consideración está plasmada en el artículo 14 bis en donde se argumenta:

“El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, (...). El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio... “ (Senado de Argentina, 2010).

México

Aunque en la siguiente sección de este capítulo se desarrollará el derecho en la salud de la legislación mexicana de una manera más amplia, se puede señalar en forma breve que en la Constitución de México en su Artículo cuarto, a partir de 1983, consagra el “derecho a la protección a la salud”, permitiendo así que la población tuviera acceso a los servicios de salud. Con la universalización del derecho en la salud en México a partir de esta reforma se sentaron

las bases para generar un Sistema Nacional de Salud que permitiera llevar a cabo el mandato constitucional (Carpizo & Madrazo, 1984).

Expuesto lo anterior, se debe señalar que la consagración constitucional y universal del derecho a la salud en las Constituciones de los países, es una política pública de Estado para proteger la salud de la población y mejorar las capacidades y desarrollar al ser humano en un entorno sustentable. No obstante, el establecimiento de una reforma constitucional o política en materia de salud no basta para el desarrollo del derecho a la salud, sino se necesitan programas, reglamentos y proveer servicios de calidad en este ámbito para poder hacer realidad el derecho a la protección de la salud en la población. Es así, como el establecimiento constitucional del derecho a la salud muestra una conquista que debe ser cumplida por el Estado y salvaguardada por la sociedad y los gobiernos en beneficio del desarrollo de los entornos en donde se pueda desplegar a la salud como una libertad básica del ser humano.

2.3 El derecho a la salud en México

2.3.1 La Salud Pública y el derecho a la protección en salud en México: antecedentes

En el México prehispánico el Códice Badiano da testimonio del desarrollo de la ciencia y la medicina en beneficio de la salud durante esta época. Asimismo, en este contexto histórico, ya existían organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud, a través de enfermeras, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para enfermos de lepra, entre otros (Sánchez, 2000). Durante la Conquista, Hernán Cortés funda en 1524 el primer hospital con carácter de asistencia pública, denominado “La Purísima Concepción y Jesús Nazareno”.

Posteriormente se multiplican las instituciones en las diferentes provincias de la Nueva España (OPS, 2002).

Ya para el siglo XVII, por disposición del Consejo de Indias se funda la Junta del Protomedicato que tendría la función de velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y por todo aquello en conexión con la higiene y salubridad pública. Esta junta se transforma años después en un Tribunal de Seguridad que fungía como órgano encargado de la salud y salubridad pública en el país hasta 1831²² (López, 1980).

Durante el siglo XVIII, gran parte del cuidado y protección de la salud en la población mexicana se dio a través de la beneficencia pública, la cual nace como resultado de la secularización de los bienes del clero. Sin embargo, a mediados del siglo XIX, en 1859 se decreta la Ley de los Bienes Eclesiásticos, donde pasan a formar parte del Estado todos los bienes que el clero secular y regular administraba. De esta manera, para 1861 quedarían secularizados todos los hospitales y establecimientos de salud de la beneficencia, los cuales el gobierno se haría cargo del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos.

En 1872, en el marco de los primeros años de la República Restaurada, se reglamenta y regula la existencia, el funcionamiento y las actividades del Consejo Superior de Salubridad, cuya acción permanente tenía como finalidad la prevención y resolución de los problemas sanitarios. Asimismo, por primera vez se aplicaban los conocimientos estadísticos, tanto para

²² A finales de ese mismo año, el presidente en turno Anastasio Bustamente deroga el Real Tribunal del Protomedicato, y en su lugar establece una Junta que determinó llamarle Facultad Médica del Distrito Federal que tomaría bajo su cargo las atribuciones encomendadas al antiguo tribunal, además tendría la tarea de integrar el código sanitario del país (González, 1988).

saber el estado de salud en la población como para calcular la probabilidad de enfermedades en el entorno social (Kumate, 1990).

A finales del siglo XIX se realizan una serie de modificaciones en la organización de la administración de la beneficencia pública, en donde se encontraban principalmente las instituciones que prestaban los servicios de salud a la población, sin embargo estas acciones solo son de forma y no de fondo para poder cubrir y proteger la salud de toda la población. Así, la prestación de los servicios de salud se limitaban por el problema de jurisdicción entre el gobierno central y por el respeto a la autonomía e independencia de los estados, por lo que el Consejo Superior de Salubridad tenía mayor incidencia en la capital, lo cual provocaba que se diera un gran desequilibrio y desigualdad entre los servicios prestados en la Ciudad de México y el resto del país.

Antes de la revolución mexicana no existía una institución encargada de la atención de la salud de todos los habitantes del país. El Consejo Superior de Salubridad no podía extender su jurisdicción a todo el país por obstáculos de orden legal, esto debido a que en la Constitución de 1857 no hacía referencia a la salubridad o salud pública por lo que no se daban los medios jurídicos necesarios para promulgar por parte de los estados sus propias legislaciones en materia de salud, debido a esto solo era posible hacer medicina preventiva o asistencial. De esta manera, el gobierno federal solo atendía los problemas de salud en los estados o municipios de modo indirecto y/o accidental.

Durante el siglo XIX y principios del XX, antes del proceso revolucionario y la promulgación de la Constitución de 1917, no se presentaba un sistema público de prestación de servicios de

salud y menos de la protección de las garantías mínimas de la población. El gobierno solo fungía como un ente que ejercía acciones de control epidemiológico, principalmente en puertos y fronteras. De esta manera, el Estado no asumía la responsabilidad de prestar la protección de la salud y su atención con un criterio de universalidad. Por lo tanto, la concepción que se tienen del derecho a la salud en esta primera etapa de la salud pública en México se vinculaba fuertemente con la idea de que la asistencia social y la beneficencia pública eran los caminos para proveerla, en donde el gobierno quedaba aún lado y su participación era insipiente en esta materia (Kumate, 1990).

Sin embargo, el proceso revolucionario que estalló en México en 1910 fue un factor decisivo para la conformación de la salud como un derecho y libertad fundamental de la sociedad, así las principales demandas populares de este movimiento social, entre ellas la protección a la salud y seguridad social, fueron recogidas posteriormente en el texto de la Constitución de 1917.

Así, después de terminado el proceso armado revolucionario que buscaba cambios en la sociedad mexicana, se dio inicio a las reformas indispensables para el establecimiento de un Estado de Derecho en el país que garantizara la igualdad de todos los mexicanos. De esta manera, y en particular del tema que nos atañe, la protección a la salud de los mexicanos, emana en una primera instancia como un derecho constitucional ligado a la legislación laboral de México, así como en el marco de la Seguridad Social de los trabajadores.

En este sentido, en la Constitución de 1917, promulgada el 5 de febrero de ese año, se logra incorporar la protección de la salud como un derecho social de los trabajadores, haciendo

hincapié en la responsabilidad de los empresarios ante los accidentes y las enfermedades derivadas del trabajo. Lo anterior viene reflejado en la fracción XIV del Artículo 123 de dicha Constitución:

Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivos o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Asimismo, en dicho artículo en su fracción XXIX, se asentaba lo siguiente:

Se considera de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

Así, en este marco normativo, se daban los primeros esbozos del derecho a la salud en la sociedad mexicana, en donde ésta se visualizaba como una capacidad importante del ser humano que era necesaria cubrir en beneficio del trabajador y sus familiares, de su actividad laboral y de la salvaguarda de otras capacidades y libertades humanas (alimentarse, tener una vivienda, entre otras) que podría realizar en el futuro si en dado caso sufriera un accidente o llegara a la vejez.

De esta manera, la Constitución de 1917 sentaría las bases de un complejo sistema de instituciones que permitiría hacer frente al desarrollo y garantía de la protección de la salud de la población nacional, aun cuando no estuviera tácitamente en algún artículo de dicho documento la promulgación del derecho a la salud para toda la población. En este contexto, dicho documento, establece para el Estado mexicano la responsabilidad de promover las

transformaciones necesarias para conseguir los propósitos de la sociedad. Bajo este esquema se forjan instituciones que darían respuesta a la asistencia de salud en el país, la ley de Organización Política del Gobierno Federal de 1917 establece la creación del Departamento de Salubridad Pública, a éste le correspondería, según el artículo 10: *“la legislación sanitaria de los puertos, costas y fronteras; las medidas contra el alcoholismo; las medidas contra los padecimientos epidémicos y para evitar la propagación de enfermedades contagiosas; la preparación de vacunas y de sueros preventivos y curativos; la vigilancia sobre uso y venta de sustancias venenosas; la inspección sobre sustancias alimenticias, drogas y demás artículos puestos en circulación; los congresos sanitarios....”* (Guitron, 1990:37).

Asimismo, la Constitución de 1917 determina los servicios sanitarios en nacionales, locales y municipales. El Consejo de Salubridad como organismo nacional tenía la facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de cumplimiento general y dependía de la Presidencia de la República. Por su parte, el Departamento de Salubridad Pública, creado en 1917, sería un organismo ejecutivo de higiene con capacidad de subordinar en asuntos sanitarios a las demás dependencias de la administración pública federal. Así, se respetarían la autonomía y los derechos locales y municipales, excepto en casos de salubridad general.

Cabe resaltar lo que se dispone en la Constitución de 1917 en la *fracción XVI del artículo 73*:

“El Congreso tiene la facultad:

Fracción XVI.- para dictar leyes sobre Salubridad General de la República.

1a El Congreso de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaria de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenen al individuo o degeneren la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.”

Para 1924 se reglamentan las funciones y atribuciones del Departamento de Salubridad Pública, que contempla el nombramiento de delegados en los estados, puertos y fronteras, de jefes de campañas y de inspectores en la República, para la administración de los servicios sanitarios federales, así como delegados en el Distrito y territorios cercanos.

De esta manera, se observa como en el marco de los esfuerzos derivados de la Revolución y de la Constitución de 1917, se da la construcción de un nuevo Estado benefactor que comienza a crear las condiciones y entornos necesarios, lo que consideraría Amartya Sen como las libertades instrumentales, para que la salud emanara como una libertad fundamental del ser humano, la cual debería ser un derecho básico de la población y salvaguardado por el Estado y sus instituciones y de los servicios que de ahí emanaran.

En este orden de ideas, otros dos acontecimientos importantes que beneficiaran la creación de los entornos o medio para que la salud se desplegara como un derecho y libertad básica en México, fueron: i) la reforma del Artículo 123 Constitucional en su fracción XXIX realizada en 1929, con lo cual se comienzan a realizar los primeros bosquejos de la Ley del Seguro Social, la cual se expediría en 1943 y ii) la expedición de la Ley Federal del Trabajo en 1931, en la cual se hace extensivo el deber de asegurar el porvenir de los trabajadores y de sus familiares en materia de riesgos laborales y cobertura sanitaria. Ambos acontecimientos darían

certidumbre jurídica y normativa, por un lado, para que la salud de los trabajadores y de sus familias estuviera protegida, y por otro, para el desarrollo institucional de infraestructura pública y de la medicina social en el país.

Asimismo, en la década de los treinta se dan los primeros intentos para la organización de los servicios sanitarios en los estados. En 1931 se crea el Servicio de Sanidad Federal en los estados para fortalecer las organizaciones locales. Un año después, nace la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en los estados. Así, mediante convenios entre el Departamento y los gobiernos estatales se ponen en práctica una política sanitaria general en todo el país, al aplicar principios técnicos homogéneos y uniformar los procedimientos.

Por su parte, el Código Sanitario, decretado en 1891 y reformado en 1934, sustentaría legalmente la organización de los servicios sanitarios coordinados en los estados. En donde, se precisan los intereses públicos de la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios. Así, la coordinación tiene por objeto la aplicación de una política sanitaria general en la República con principios técnicos y uniformes en todo el país.

En 1937 con la modificación de la Ley de Secretaría y Departamentos de Estado se crea la Secretaría de Asistencia Pública. Esta secretaría tenía a su cargo la organización de la asistencia pública en todo el territorio nacional, la prestación de servicios coordinados y la creación de establecimientos de asistencia pública. Se le asigna, por lo tanto la administración de los bienes que constituyen el patrimonio de la Beneficencia Pública, de la Lotería Nacional y de todos los fondos y productos destinados al sostenimiento de la misma; asimismo la organización de la asistencia privada y todas aquellas actividades, instituciones y servicios

bajo la responsabilidad del Departamento de Asistencia Social Infantil (Yañez, 2000). A partir de entonces, el Departamento de Salubridad Pública y la nueva Secretaría de Asistencia Pública mantuvieron relaciones de trabajo, en particular en programas vinculados con aspectos de salubridad.

Años más tarde y como resultado de los trabajos del Primer Congreso Nacional de Asistencia celebrado en 1943 se señalan los nexos indivisibles entre la asistencia médica y salubridad pública al considerarse que la salud pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica, por lo que resulta en ocasiones artificial la diferencia que se establece entre ambas. Por lo cual, se recomienda que los servicios que ofrecen ambos organismos se integran en una sola dependencia, tanto desde el punto de vista técnico como del económico para evitar su duplicación y conflictos de competencia.

En octubre de 1943 se expide el Decreto (Secretaría de Salud, S/F) por el que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública y se crea la *Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)*. Al fusionarse en un solo organismo los servicios de salud impartidos por el Departamento de Salubridad Pública y los servicios hospitalarios, sociales y educativos de la Secretaría de Asistencia se da cauce a una exigencia y realidad que vivía la población del país. Generar una coordinación entre los servicios de salud en México y evitar la duplicidad de funciones y de recursos económicos, lo cual permitiría desarrollar una mejor sinergia entre los departamentos.

Asimismo, en 1943, entra en vigor la Ley del Seguro Social cumpliendo con lo establecido en la reforma realizada en 1929 de la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional, así se

consolidaría, la forma de brindar protección a la salud a los trabajadores y a sus familiares (Guitron, 1990).

Lo anterior permitiría que se establecieran las condiciones necesarias para la fundación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual jugaría un papel preponderante para el desarrollo de la infraestructura médica social en todo el país, y sentara las bases de un sistema de seguridad social que cubriría en mayor medida la salud de los trabajadores y el derecho a la salud a una gran parte de la población.

En este sentido, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el sexenio de Ávila Camacho, se sentarían las bases de la protección de la salud de la población en México, sin embargo esto se daría a través de dos modelos paralelos de atención a la salud: el de la Secretaría, orientado a la población en general y el del IMSS, destinado a los trabajadores que tienen una relación laboral formal. De esta manera, el Estado cumplió su compromiso de proveer servicios básicos de salud a la mayoría de la población, pero al mismo tiempo, se conformó un sistema cuyo dinamismo se centró en brindar atención a determinados grupos organizados a cambio de apoyo político (Zorrilla, 1988).

Al iniciarse el sexenio de Adolfo Ruiz Cortines, en 1952, los programas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se orientaron para llevar los beneficios de la salud y la asistencia a todo el país, por lo que se comienza por establecer una política tutelar de la niñez. En 1955 se crea el Instituto Nacional de Bienestar de la Infancia, que combatió la desnutrición infantil distribuyendo desayunos escolares. Durante el periodo de Ruíz Cortines la acción sanitaria

asistencial cubrió principalmente las siguientes medidas de salubridad: la asistencia materno-infantil, el programa de bienestar social urbano y rural y la erradicación del paludismo.

En la parte final de la década de los cincuenta, principios de los sesenta, se establecen directrices destinados a utilizar la salud como uno de los recursos para el desarrollo de México, basándose en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus habitantes, por lo tanto, la salud pública pasa a ser un elemento activo de progreso, un medio de superación y conservación de la salud y un factor del desarrollo. Durante este periodo, el Congreso de la Unión aprueba en 1959 la ley que transforma a la Dirección de Pensiones Civiles (creada en 1924) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la cual entra en vigor hasta 1960. El objetivo primordial por el que es creado este instituto es el de elevar el nivel de vida de los servidores públicos sujetos a su régimen y el de sus parientes y demás allegados derechohabientes (Yañez, 2000).

La concepción de la salud que se impulsaría en la segunda mitad de la década de los sesenta en México, estaría enfocada con una visión de equilibrio biológico que permitiría al individuo gozar de mayor protección y el logro del más alto bienestar personal y colectivo, de forma equitativa y con expresión de justicia social (Bustamante, 1982). Para llevar a cabo esto, durante este periodo se incrementaría la construcción de clínicas y hospitales con el objetivo de que la acción sanitaria y asistencial se encauzara hacia el objetivo de proporcionar los beneficios de la salud a todos los mexicanos sin distinción y los de asistencia a los grupos poblacionales con mayores carencias.

De esta forma, en la década de los setenta y principios de los ochenta, la Secretaría de Salubridad y Asistencia tenía como principales objetivos:

1. Extender la cobertura de los servicios sanitarios y asistenciales a la totalidad de la población
2. Transformar las condiciones adversas al medio.
3. Incorporar a la totalidad de la población, para que participe en el desarrollo de programas de salud.
4. Promover y coordinar las acciones de las instituciones dedicadas a la salud.
5. Aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones necesarias para mejorar la calidad de la misma.
6. Dar prioridad a los programas de atención materno-infantil
7. Definir y establecer los niveles de atención a la salud con prioridad a los servicios de contacto primario.
8. Programas de planificación familiar.
9. Generación de recursos humanos para la salud.
10. Promover el mejoramiento del ambiente (Bustamante, 1982).

Todo ello reforzaría el gran desarrollo en la infraestructura en salud que se realizaba en estas décadas. Asimismo, a la par de la mayoría de estas acciones, en 1980 se aprueba el Plan Global de Desarrollo 1980 -1982, donde se conceptualiza a la salud como un derecho, en dicho documento.

“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia. Gozar del nivel más alto de salud posible, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social.”
(Citado en Yañez, 2000:85).

Cabe mencionar, que aunque en la Constitución Mexicana no estaba en forma explícita la protección del derecho a la salud para toda la población mexicana, sin embargo desde la década de los treinta se había avanzado considerablemente en la normativa de este derecho para la base trabajadora con la ley Federal del Trabajo y del Seguro Social, y asimismo en la cobertura para la población abierta por parte del la Secretaría de Salubridad y Asistencia. No obstante, se tenían que hacer los trabajos necesarios para que la salud se consolidara en nuestra

Constitución como un derecho fundamental y emanara como una libertad constitutiva básica para el desarrollo de la sociedad los cuales se darían a principios de la década de los ochenta.

2.3.2 El derecho a la protección de la salud en la legislación de México

Desde las primeras propuestas para incluir el derecho a la salud en la Constitución Mexicana que se dieron en la década de los ochenta, se discutió sobre la terminología adecuada para su consagración. Inicialmente se sugería utilizar el concepto de “derecho a la salud” como es utilizado en el derecho internacional, sin embargo, señala Soberanes (2002), que la salud no podría garantizarse por el Estado debido a que ésta depende no solo de factores sociales sino también genéticos y culturales, por eso se optó por el concepto de protección a la salud. El cual representaría de forma paralela el derecho a la salud que está plasmado en la legislación internacional.

Antes de que se iniciaran los trabajos legislativos para garantizar el derecho a la protección a la salud en México, en 1982 se realizaron una serie de reformas que permitirían más adelante garantizar este derecho y sentar las bases para el Sistema Nacional de Salud, entre estas reformas se encontraban la reforma a los artículos 7, 12 y 13 del Código Sanitario; 252 de la Ley del Seguro Social y el 104 de la Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Asimismo, la modificación al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Rocha, 1995).

Dado los anteriores acontecimientos, en 1983 se reforma el artículo cuarto constitucional y se le adicionó el siguiente párrafo:

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

Así, el derecho a la salud queda plasmado en nuestro país como un derecho individual de naturaleza social. En donde, este carácter social es el argumento que responsabiliza al Estado de su cobertura, debido a que este derecho adquiere autonomía y rango propio dejando de ser solamente parte de los servicios asistenciales y de las prestaciones otorgadas por las instituciones de seguridad social, pasando a ser una garantía individual. De esta manera, el derecho a la protección a la salud en México se universaliza y se extiende a todos los individuos sin tomar en cuenta su posición socioeconómica, cultural o política.

De esta manera, en México se consolida a la salud como una libertad constitutiva para el desarrollo del ser humano y a su vez se fortalece su relación con los medios o instrumentos que permitirán expandirla en los diferentes entornos que debería crear las instituciones y la sociedad.

Dado lo anterior, y al hacer un análisis más concluyente de los alcances de la reforma realizada al artículo 4 de la Constitución mexicana, se encuentra que: este derecho lo tiene “toda persona”, en esto se incluye tanto a las personas con nacionalidad mexicana y a las personas extranjeras que se encuentran en el territorio nacional. Asimismo, al citarse “el derecho a la protección de la salud”, en esta frase se incluye tanto servicios personales como la atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación, como los servicios no personales como lo son el mejoramiento del ambiente, ecología, seguridad, etc.

De esta manera, se garantiza el derecho a la protección de la salud, más no la salud en sí misma, porque ésta depende también de otros factores biológicos, genéticos entre otros, aunque lo citado anteriormente influye en demasía para garantizarla. Finalmente, al señalarse que hay una ley que regulara las formas y normas del acceso a la salud (servicios), ésta se dirige a cubrir los servicios de carácter personal de atención médica. La cual, debe darse en el marco de un Sistema Nacional de Salud.

En el contexto de estas consideraciones, Yáñez (2000) señala que el derecho a la protección de la salud es un derecho que por sí mismo no cambia la realidad social, sino que requiere que el Estado señale los lineamientos para hacer efectivo este derecho, ya que conlleva a que éste debe ejecutar acciones para cubrirlo, es decir, crear los entornos necesarios para que la salud se despliegue como una libertad y capacidad del ser humano. En este mismo sentido, y en el marco de la reforma constitucional del artículo 4 de nuestra carta magna, Miguel de la Madrid Hurtado señaló: “Estoy totalmente de acuerdo en que si algún derecho social debe reconocerse explícitamente para obligar al Estado y a la sociedad a proporcionar un bien que es indispensable para el desarrollo de la personalidad humana y para la subsistencia de una nación vigorosa, es el derecho a la salud” (Citado en Izundegui, 1995:159).

Después de darse esta reforma constitucional, en 1984 el Estado asumió el papel regulador de este derecho con la expedición de la Ley General de Salud, la cual sería el marco regulador y normativo del artículo 4. En ésta se asume, que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad, señalando en su artículo 2 que este derecho tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza científica y tecnológica para la salud.

Asimismo, esta ley establece funciones generales y específicas para garantizar este derecho, como funciones generales se pueden señalar:

- La salubridad general es responsabilidad de la Federación y de las Entidades Federativas e implica, entre otras, la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (artículo 3).
- La Federación tiene las facultades normativas de la salubridad, ámbito en el cual se encuentra la atención médica a la población, mientras que a las entidades les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la atención médica, entre otras facultades (artículo 13).
- La Federación y las entidades federativas aportarán los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salud (artículo 19).
- Los servicios que proveerá la Federación como los Estados serán todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general y que estén dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la sociedad (artículo 23) y estos se clasificarán en: atención médica, salud pública y asistencia social (artículo 24).

Como funciones específicas, se encuentran:

- La definición de los servicios básicos de salud, los cuales son: la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias (artículo 27). En donde se establece un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel (artículo 28), cuya existencia y disponibilidad debe ser garantizada por la Secretaría de Salud (artículo 29).
- Sobre la prestación de los servicios de salud, se establece que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieren y se señala en el artículo 25: "... se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables."
- Los servicios de salud se regirán "por criterios de universalidad y de gratuidad (...), fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios." (artículo 35)
- No obstante, el Ejecutivo Federal y los estados pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, basados en el costo de los servicios y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas se basaran "en principios de solidaridad social y (...) debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlo, o en las zonas de menor desarrollo económico y social..."(artículo 36).

Cabe señalar, que en el 2003 se realizó una reforma a la ley general de salud, permitiendo así incluir una facultad de orden específico a esta ley a favor del derecho a la protección a la

salud. Esta reforma permitió crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) el cual quedó establecido en el artículo 77 bis 1 de dicha ley, el cual señala que:

“Todos los mexicanos tienen el derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a norma éticas profesionales y aceptabilidad social.”

Asimismo, esta normativa señala que como mínimo se deben garantizar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, de consulta externa y hospitalización en especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

De esta manera, al analizar la legislación nacional, el derecho a la protección a la salud en México se encuentra dentro de las garantías individuales y colectivas de la sociedad con carácter de universal. Asegurando que toda persona podrá tener la posibilidad de mejorar sus capacidades en salud y por consecuencia sus oportunidades en beneficio de un mejor desarrollo.

Por lo tanto, para poder llevar a cabo este objetivo es de suma importancia que se dé una coordinación entre los organismos públicos, federales y estatales en esta materia. Que permitan una cobertura amplia de los servicios de salud en la población para elevar los niveles de salud de la gente y que se dé un proceso de generación de bienestar. Sin embargo, se debe

resaltar que este derecho dependerá fuertemente no sólo de la legislación y de su vigilancia, sino también del grado de eficiencia y equidad del Sistema Nacional de Salud y de su respuesta a las necesidades básicas de la población.

2.3.3 El Sistema Nacional de Salud y el derecho de los usuarios de los servicios de salud

Desde finales de la década de los setenta y principios de la década de los ochenta, el gobierno emprendió diversas acciones para conformar un Sistema Nacional de Salud que permitiera dar sustento a la reforma de 1983, en donde se elevaba a rango constitucional el derecho a la protección de la salud. Además, que diera respuesta a las siguientes consideraciones: i) superar las diferencias del índole cuantitativo y cualitativo entre los servicios de salud que ofrecían las instituciones de seguridad social y los organismos que prestaban atención a la población no derechohabiente de estas instituciones, lo que se considera la población abierta; ii) reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en las entidades y iii) vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global del país. (Moctezuma, 2001)

En la exposición de motivos para adicionar al artículo cuarto el derecho a la protección de la salud, se hace referencia a las principales características que debe tener el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a este derecho y a sus consideraciones. Estas características son:

1. Acceso y cobertura: El Sistema Nacional de Salud pretende hacer “factible que (...) todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud”.
2. Integración y coordinación: “para dar cabal efectividad al derecho social de la protección a la salud. El sistema adopta la estructura sectorial, bajo la responsabilidad

de un coordinador, dentro del cual las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonios de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones..”, esto permitiría dotar de cabal efectividad a este derecho.

3. Descentralización: “Este sistema será el medio para hacer efectiva la política de descentralización de la vida nacional. La descentralización significa el deslinde de la responsabilidad entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Esto se realizaría bajo criterios de gradualidad y tomando en cuenta las características y factores determinantes de cada entidad.
4. Planeación: este sistema sería una parte del Sistema Nacional de Planeación Democrática del siglo XX. “Por medio de él, la planeación nacional dispondrá los procedimientos indispensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo, resulten compatibles y complementarios.” Por lo tanto, los estados y los municipios se integrarían al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de la coordinación; los sectores sociales y privados serían a través de la concertación y la inducción (Soberón et al, 1995:170-179).

La creación de este Sistema consideraría cuatro tipos de libertades instrumentales o entornos necesarias que se debería cubrir en beneficio de la sociedad: las sociales, económicas, administrativas y políticas. Las sociales están constituidas por los requerimientos de más y mejores servicios de salud a la población (abierta); las económicas hacen indispensable la utilización al máximo de los recursos disponibles; las administrativas para dar mayor efectividad a la prestación de servicios; y finalmente, las necesidades políticas se refieren al

sentido de atenuar presiones y satisfacer expectativas tanto de las instituciones como del personal y de la ciudadanía.

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud, es un instrumento que permitirá hacer partícipe el derecho a la protección de la salud y proteger a los usuarios. Esto quedo de manifiesto en el artículo sexto de la Ley General de Salud, que señala:

“El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población mediante la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y, al crecimiento físico y mental de la niñez;

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; son su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.”

En estos objetivos se clarifica que el fin último del Sistema Nacional de Salud es proteger al ser humano para que potencialice sus capacidades, y además generar los entornos necesarios

de igualdad de oportunidades que permita crear en la población un alto grado de desarrollo humano y sustentable.

Cabe resaltar que, desde sus orígenes, el sistema de salud en México está estructurado por un sistema mixto y fragmentado compuesto tanto de servicios públicos y de seguridad social, como de servicios privados. El financiamiento del sistema se basa en el pago de impuestos, las contribuciones obrero–patronales y el pago de primas privadas. Dicho sistema consta de dos subsistemas débilmente coordinados entre sí que presentan una acentuada desarticulación interna.

El primero de estos subsistemas son los seguros sociales, los cuales cubren a los trabajadores asalariados del sector público y privado y a sus familiares, dentro de los que se encuentran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), PEMEX, SEDENA, SEMAR. El segundo de ellos son los servicios de salud para la población abierta o no asegurada, los cuales son cubiertos por la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA), IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular de Salud (SPS). Aunado a estos, se encuentran las instituciones médicas privadas que dan servicio tanto a los asegurados como a la población que carece de esta cobertura, estas instituciones en su mayoría no están reguladas.

Así, la mala articulación entre los sistemas que integran el Sistema de Salud en México, aunado, a la poca cobertura y malas condiciones de las instituciones de salud, principalmente de la medicina social, la población tiene que enfrentar un gran problema en su bienestar provocado por un bajo nivel de acceso a la salud.

Por lo cual, para garantizar que cualquier persona que necesite algún servicio y sea usuario de dicho sistema, la Ley General de Salud presenta una serie de consideraciones que le protegen en el uso de los servicios de salud, entre estas están: a) todo usuario tendrá derecho a obtener las prestaciones de salud oportunas y de calidad, asimismo trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Además, tiene el derecho de elegir de manera libre y voluntaria al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que le corresponda (artículo 51); b) Los usuarios tienen el derecho a recibir la información suficiente, clara, oportuna y veraz respecto a su salud y de los procedimientos, también la población tendrá el derecho de decidir cuales procedimientos será utilizado de los recomendados (artículo 51 bis1 y Bis2); y c) las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida deberán ser atendidas y resueltas en forma efectiva por los prestadores de servicios de salud (artículo 51 Bis 3).

Sin embargo, aun cuando el derecho a la salud estaba garantizado en nuestra Constitución y asimismo se daba una reglamentación en la Ley General de Salud en cuanto a los derechos del usuario desde la década de los ochenta, es hasta 1996 cuando se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) una institución que contribuiría a tutelar el derecho a la protección de la salud y a la mejora de la calidad de los servicios de salud, a través de la resolución de conflictos entre los usuarios y los prestadores (decreto CONAMED, 1996). Con ese propósito, la CONAMED goza de plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones técnicas, convenios y acuerdos.

Entre las atribuciones que tiene esta Comisión se encuentran:

- I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la presentación o negativa de prestación de servicios
- III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;
- IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;
 - b) Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y
 - c) Aquéllas que sean acordadas por el Consejo;
- V. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje;
- VI. Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;
- VII. Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiera solicitado a la Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones;..

La relevancia de una institución conciliadora como la CONAMED reside en que sus juicios se apegan siempre a los conceptos de calidad y bioética aceptados universalmente, como lo estipulados en la Declaración de los Derechos del Paciente firmada en Lisboa en 1995, que establecen que los servicios médicos y de salud deben otorgarse siempre con la pretensión de proteger íntimamente al usuario del sistema y proporcionarle los mayores beneficios posibles, considerando también que cada caso está sujeto a sus particularidades. De esta manera, los procedimientos y atribuciones de mediación, conciliación y arbitraje que lleva a cabo esta institución constituyen una alternativa extrajudicial para garantizar el derecho a la protección de la salud en nuestro país.

Sin embargo, todavía no se realiza una buena base legal y normativa para no solamente hacer frente a las negligencias médicas o de los servidores públicos en esta materia, sino también para poder castigar la falta de universalización que nuestra constitución establece a este derecho y no es respetado por algunos niveles institucionales en México. Por lo que se debe orientar e impulsar al Sistema Nacional de Salud a ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, priorizando a las zonas rurales y urbanas más desprotegidas; elevar la calidad de los servicios que se prestan y mejorar el grado de equidad en los servicios; y generar un mejor nivel de protección financiera en el sistema de salud. Lo anterior para evitar que continúe, y se consolide, el proceso de la privatización de los servicios, en particular el de salud en México, lo que Sotelo (2000) plantea como la implementación de la segunda generación de reformas neoliberales en el país.

3. El derecho a la salud en Nuevo León

3.1 El marco legal

La prestación de los servicios de salud en el estado de Nuevo León, nace con la expedición del Decreto Gubernamental de 1851, mediante el cual se crea el Consejo de Salubridad del Estado de Nuevo León. Durante las primeras décadas del siglo veinte, el Consejo de Salubridad establece Delegaciones de Salubridad en los Municipios de Aldama, Allende, Cerralvo, Lampazos, Salinas Victoria, Villa de Santiago y Villaldama.

En 1928, dicho Consejo de Salubridad pasa a formar parte del Departamento de Salubridad Pública Federal creado en el país en 1917 a raíz de la Constitución promulgada en ese mismo

año. Así, se dio inicio a la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en la entidad, y más tarde, durante la primera mitad de los años treinta, se establecen las bases de la coordinación de las labores sanitarias entre la Federación y el Estado subscribiéndose el convenio pertinente en 1935, con la aprobación del Congreso del Estado. En virtud de dicho convenio, el estado de Nuevo León fue dividido en 8 “Circunscripciones Sanitarias”, hoy llamadas “Jurisdicciones Sanitarias”, contando cada una de ellas con centros de higiene. Estas jurisdicciones todavía siguen operando actualmente. Años después, se implanta el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en grandes urbes y se instalan Centros de Salud Comunitarios, operando estas unidades en Monterrey y su Área Metropolitana.

No obstante, los grandes esfuerzos que se realizaban tanto a nivel nacional como en el estado, en ningún momento se habían garantizado totalmente el derecho a la salud para la población en Nuevo León. Esto se concreta cuando se permea a nivel local la reforma constitucional del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que se realizó en 1983. Es así, como en 1984 en la “Constitución Política y Soberana del Estado Libre de Nuevo León” en su artículo tercero se garantiza y universaliza el derecho a la protección de la salud en el estado.

“ARTICULO 3.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley establecerá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará la participación del Estado y sus Municipios en la materia.”

Para normar este artículo a nivel estatal se generó en 1988 la Ley Estatal de Salud²³, la cual señala:

²³ En su mayoría esta ley sería un reflejo tanto en su contenido como en sus disposiciones de la Ley General de Salud.

ARTÍCULO 2.- La protección a la salud, es el derecho que tienen todos los habitantes del Estado de Nuevo León a la procuración de condiciones de salubridad e higiene que les permitan el desarrollo integral de sus capacidades físicas y mentales.

ARTÍCULO 3.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico, mental y social del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De esta manera, tanto la Constitución Estatal como la Ley Estatal de Salud son los dos instrumentos rectores del derecho a la protección de la salud en la entidad, los cuales permiten garantizar este derecho y darle carácter universal, el cual deberá ser cubierto por el Estado a través del Sistema Estatal de Salud. Este sistema tiene la obligación, según el artículo 8 de la Ley Estatal de Salud, a:

- a) Proporcionar servicios de salud a toda la población del estado y mejorar la calidad de los mismos;
- b) Colaborar al bienestar social de la población, mediante servicios de asistencia social, principalmente a grupos vulnerables, para fomentar su bienestar que le permita potencializar sus capacidades
- c) Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que contribuyan al desarrollo satisfactorio de la vida;
- d) Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud y
- e) Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

La institución que tiene las facultades para coordinar el sistema estatal de salud y llevar a cabo sus obligaciones y objetivos es la Secretaría de Salud, asimismo esta dependencia es la encargada de impulsar los programas de salud en la entidad, lo anterior viene estipulado en el artículo 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León.

En el marco normativo estatal, otras dos leyes que estipulan y enmarcan el derecho a la protección de la salud en el Estado, aunque no de forma tácita, son la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social del Estado de Nuevo León (1988) y la Ley de Desarrollo Social para el Estado de Nuevo León (2006). En estas leyes se delimitan la protección de la salud por parte del Estado en beneficio de la población y a favor del desarrollo de las capacidades humanas y de su entorno.

La Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social en el estado, es una ley que está vinculada a la reforma constitucional que garantiza el derecho a la protección de la salud y que tiene como obligación crear los mecanismos de coordinación entre las instituciones estatales para brindar una atención oportuna y efectiva a los grupos vulnerables. Esta ley, en su artículo primero, señala como objetivo: “establecer las bases y procedimientos de un Sistema Estatal de Asistencia Social que promueva la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social en el Estado y coordine el acceso a los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración” entre la federación, estado y municipios.

Por otro lado, la Ley de Desarrollo Social para el Estado de Nuevo León, quien tiene por objeto regular las atribuciones que tiene el Estado para el desarrollo social, así como el establecimiento de las bases y mecanismos para la planeación, ejecución y evaluación de las políticas públicas. En lo que respecta al derecho a la protección de la salud señala, en su

artículo 25, que la salud y el disfrute de un medio sano son derechos para alcanzar el desarrollo social. Asimismo, en su artículo 34 confiere al Gobierno Estatal y municipal la obligación de destinar recursos en materia de salud y en otras instancias para generar el desarrollo, la autonomía de las personas y de la comunidad que permita disminuir la desigualdad e inequidad en materia de salud.

Por lo tanto, se puede señalar que en el estado de Nuevo León se cuenta con las bases legales y de jurisprudencia que salvaguardan y universalizan el derecho a la protección de la salud, permitiendo así, que la población neolonesa tenga las facultades legales para exigir ese derecho y que las instituciones se lo provean sin ninguna reserva en beneficio del desarrollo de las presentes y futuras generaciones.

3.2 Programas sociales en materia de salud aplicados en la entidad

Para ser frente a la problemática de salud y garantizar el derecho a la protección de salud en el estado se llevan a cabo varios programas sociales en materia de salud tanto de carácter federal con apoyo estatal y programas estatales.

Entre estos se encuentran el Programa de Salud Integral, el cual tiene la finalidad de construir y consolidar los comités de escuelas saludables que permitan velar por las condiciones higiénicas y de salubridad de los entornos escolares de los planteles educativos. Asimismo, para salvaguardar la salud infantil en el estado, se encuentra el Programa Integral de Prevención y Atención a la Obesidad y el Sobrepeso en la Comunidad Escolar que permite prevenir y atender a la niñez con problemas de sobrepeso y en algunos casos de obesidad

severa infantil para evitar el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, en la población menor de 10 años. En el marco de este programa se encuentra el de Orientación Alimentaria, el cual se encarga de capacitar al personal docente y directivos de escuelas para orientar y preparar a los estudiantes. Lo anterior, tiene la finalidad de incrementar las capacidades de la población infantil, y así, que puedan tener mayor desarrollo para potencializar sus actividades y por supuesto su salud.

Una modalidad de la prestación de los servicios de salud que se realiza en el estado debido a la dificultad de acceso a algunas comunidades rurales es el de las teleconferencias, utilizando la tecnología. Para esto se presta en la entidad el Programa de Tele Salud Nuevo León, el cual permite realizar interconsultas, capacitación, difusión e información para la población en general, principalmente a los grupos más desprotegidos y vulnerables. Entre los sitios que existen de interconexión para llevar a cabo este programa son: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León, el Centro de Rehabilitación del DIF (CREE), el Hospital Universitario, el Hospital San José Tec de Monterrey, los centros de Readaptación Social de Apodaca, Cadereyta y Topo Chico, así como todos los hospitales de Servicios de Salud en Nuevo León.

Otro programa estatal que cubre a las personas de bajos ingresos es el Programa de Cirugías Extramuros, el cual tiene la intención de cubrir a la población menos favorecida y mejorarle sus niveles de vida realizando cirugías de varias especialidades en hospitales de las zonas rurales y conurbadas de la entidad.

Desde principios del año 2004, la Secretaría de Salud lleva a cabo un Programa llamado Especialista en tu Comunidad que consiste en llevar consulta de especialidad a las áreas específicas con dificultades de acceso y alto grado de marginación, disminuyendo costos, que por falta de atención temprana y oportuna se dan al otorgar servicios de segundo y tercer nivel de atención en etapas tardías, provocando con ello, un gasto innecesario para el usuario y la institución. Este programa no deja de ser interesante para el desarrollo de las capacidades y el goce de las oportunidades de la población, sin embargo resalta la problemática que tienen los servicios de salud y su accesibilidad en ciertas comunidades.

Además, en el estado, hay tres grandes programas de índole federal que se llevan a cabo, el Seguro Popular, el Seguro para una Nueva Generación y el componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. El Seguro Popular permite que toda persona que no tenga acceso a ningún servicio de seguridad social lo pueda tener y a sus respectivos medicamentos. El programa del Seguro para una Nueva Generación se enfoca principalmente para los niños nacidos vivos y menores de 5 años y sus madres para que tengan acceso a los servicios médicos desde la etapa de embarazo de la madre hasta que cumplan los 5 años de edad. Por otro lado, el programa Oportunidades, en su componente de salud, provee a las personas registradas en este programa de capacitación para el auto cuidado de la salud, sobres de complemento alimenticio para solventar la desnutrición infantil y en mujeres embarazadas o en periodos de lactancia, además de consultas médicas gratuitas.

Para poder generar conciencia y mejorar el nivel de salud de la población en el estado, la promoción de la salud es fundamental, por lo cual dentro de la entidad se lleva a cabo un Programa de Promoción de la Salud que consiste en fortalecer los conocimientos, aptitudes y

actitudes de las personas para que participen corresponsablemente en el cuidado de su salud, optando estilos de vida saludables; con esto se facilita a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo. Las estrategias del programa están enfocadas a la educación para la salud, participación social, comunicación educativa y capacitación.

Este programa comprende ocho subprogramas:

- Salud Integral del Escolar,
- Comunidades Saludables,
- Ejercicio para la Salud,
- Vete Sano Regresa Sano,
- Línea de Vida,
- Contenidos Educativos,
- Organización Comunitaria, y
- Salud Familiar.

En general, estos subprogramas desarrollan actividades de educación a través de sesiones, capacitaciones, distribución de material educativo, talleres comunitarios, ferias de promoción de la salud, coordinaciones con otras instituciones, dependencias y entidades gubernamentales. Lo anterior, permite que se desarrollen un proceso de participación ciudadana, en materia de salud, y que no solo se enfoque en el abatimiento de las enfermedades, sino de cómo prevenir las problemáticas de salud.

En la búsqueda de proteger a la población de enfermedades fatales como el dengue, tuberculosis y del cáncer cérvico uterino en el estado se aplican una serie de programas en contra de estos problemas de salud, entre los que están:

- El Programa de Prevención y Control del Dengue: aplica acciones de fumigación y limpieza de lugares públicos y privados.
- El Programa de Prevención y control de la Tuberculosis: Trata de sentar las bases para el acceso universal a un diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.
- El Programa de Prevención, control y vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cérvico Uterino: este programa cubre a la población femenina de 25 a 64 años para que tengan acceso a los servicios de salud para ser diagnosticadas y darles tratamiento oportuno.

Otros programas de índole estatal que se aplican a favor del derecho a la salud de la población son: el programa de Atención a la Salud del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor. En lo que respecta al tema de la calidad de los servicios de salud, se aplica el Programa Nacional de Conservación y Mantenimiento (PRONACOMA) que tiene la finalidad de elevar la calidad en la prestación de los servicios médicos, asimismo fortalecer la capacidad resolutive y autosuficiente de las instituciones de salud.

De esta manera, se trata de presentar los diferentes programas sociales en materia de salud que se aplican en el estado, resaltando que los programas aplicados en la entidad por una parte permiten proteger y elevar la salud de la población neolonesa, sin embargo, por otra parte enmarcan las posibles dificultades que el estado tienen para poder garantizar y hacer llegar a toda la población la prevención de la salud y su acceso en forma equitativa.

3.3.- El derecho al estándar más alto posible en la protección de la salud en Nuevo León

Desde la conformación de la Organización Mundial de la Salud, la salud inicio a considerarse como una pieza fundamental de los derechos y capacidades de los seres humanos. En el documento de constitución de la OMS se señala que “el goce máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946). Este enunciado por primera vez enmarcó el reconocimiento de los Estados al derecho a la salud, asegurando el acceso y el disfrute equitativo de este derecho.

En este sentido, como se mencionó en secciones anteriores, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales compromete a que los Estados reconozcan el derecho a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud. En el 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su comentario 14 ha dicho pacto, enfatiza que el derecho al más alto estándar de salud en todos sus niveles se caracteriza por los siguientes principios rectores:

- **Universalidad:** La universalidad en relación al derecho a la salud supone que todos deben tener acceso a servicios preventivos, curativos y a demás medidas relacionadas con la preservación de la salud, gozando las mismas oportunidades y beneficios. Asimismo, ésta supone que deben eliminarse las barreras que impiden el ejercicio del derecho.
- **Progresividad e irreversibilidad:** el carácter progresivo de este derecho implica que los Estados tienen la obligación continua de avanzar, de la manera más efectiva y

expedita posible, hacia su realización plena. El derecho a la salud evoluciona progresivamente, creando referentes en cuanto a su goce y ejercicio; los logros alcanzados no admiten retrocesos. La política gubernamental no debe conducir a una disminución de los estándares previamente alcanzados en materia de acceso a los servicios de salud, independientemente de la coyuntura económica o política.

- **Disponibilidad:** implica un sistema funcional de salud pública que cuente con instalaciones, bienes y servicios para garantizar la atención de la salud, así como la existencia de programas con cobertura amplia, que permitan asegurar el acceso a agua potable y a condiciones adecuadas de sanidad, hospitales, clínicas y otras instancias relacionadas con el cuidado de la salud. Esto también comprende la atención por parte de personal profesional y bien capacitado, así como la existencia y el abastecimiento de medicamentos esenciales.
- **Accesibilidad:** considera el acceso a los servicios de salud a lo largo de distintas etapas de la vida y distribución geográfica de la población. Eso significa que los servicios de salud deben ser accesibles para todos sin discriminación, particularmente para los sectores más vulnerables o marginados de la población.
- **Equidad:** hace referencia a prácticas no discriminatorias en los servicios, en el sentido de que todos deben tener el derecho de acceder al sistema de salud y a gozar de sus beneficios, sin distinción alguna. Sin embargo, esta igualdad de oportunidades no significa asegurar, de manera uniforme lo mismo para todos, sino garantizar que haya oportunidades similares (equitativas) para aquellos sectores que se encuentran con mayores obstáculos para la satisfacción de este derecho.

- **Calidad:** la infraestructura, las instalaciones, los bienes y los servicios de salud en general deben ser médicamente apropiados y de buena calidad científica y de servicio; deben contar con personal preparado, medicamentos aprobados y vigentes, con alto equipo médico, agua potable y adecuada sanidad.
- **Gratuidad:** el Estado tiene la obligación de garantizar la salud a toda la población, especialmente a aquellos sectores más vulnerables y a los que carecen del acceso a sistemas de seguridad social o de recursos.

Esta caracterización del derecho a la salud, y a su protección, se tomará como marco de análisis para ver si en el estado de Nuevo León se da el más alto nivel de protección a este derecho en la población o está fallando la legislación y las propuestas en los planes de salud estatal y nacional que enmarca este derecho no solo en el estado sino también en el país. A continuación se presenta el análisis para cada uno de los principios rectores del derecho a la salud tanto para México como para Nuevo León. Lo anterior se realizó analizando la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), al igual que el Plan Nacional de Salud (2007-2012) y el Plan Estatal de Salud (2004-2009), debido a que durante la elaboración de este análisis no se había realizado el nuevo Plan Estatal de Salud para el periodo 2009-2014. De esta manera, este análisis nos permitirá reflejar las políticas o programas aplicadas por los gobiernos estatales y federales en beneficio de la salud de la población y si están enmarcadas en los ejes rectores del derecho a la salud.

UNIVERSALIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>Constitución: <i>Artículo 4.-</i> “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.</p> <p>LGS: <i>Artículo 35.</i> “Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”</p>	<p>Constitución Estatal: <i>Artículo 3.</i> “Toda persona tiene el derecho a la protección de la salud.”</p> <p>LES: <i>Artículo 2.</i> La protección a la salud, es el derecho que tienen todos los habitantes del Estado de Nuevo León a la procuración de condiciones de salubridad e higiene que les permitan el desarrollo integral de sus capacidades físicas y mentales.</p> <p>LES: <i>Artículo 20.</i> “Servicios públicos a la población abierta, siendo aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud y que se deberán regir por criterios de universalidad y de gratuidad, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios;”</p>	<p>Estrategia 7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona: Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación que incorpore a todos los niños no beneficiados de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), además consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país. Asimismo, cubrir los gastos catastróficos al consolidar un financiamiento para los servicios de alta especialidad.</p>	<p>Obj. Estratégico 1: <i>Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población:</i> Acrecentar el Sistema de Protección Social en Salud para la población sin acceso a esquemas de seguridad social en salud, brindándole protección financiera mediante un seguro público orientado a reducir los gastos de bolsillo, promoviendo la equidad social.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

PROGRESIVIDAD E IRREVERSIBILIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>LGS: Artículo 25. “conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>LES: Artículo 8. “Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>Estrategia 5: <i>Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud:</i> Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud. Asimismo, impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas. También se tiene que fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad.</p> <p>Estrategia 7. <i>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona:</i> Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación que incorporé a todos los niños no beneficiados de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), además consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país. Asimismo, cubrir los gastos catastróficos al consolidar un financiamiento para los servicios de alta especialidad.</p>	<p>Obj. Estratégico 1: <i>Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población:</i> Reforzar la medicina especializada a distancia para detectar casos difícil diagnóstico, estableciendo acciones en tiempo real y proporcionando el tratamiento adecuado. Asimismo, ofrecer servicios ambulatorios para las comunidades más apartadas de los centros urbanos con consultas de especialidad. Del mismo modo, acrecentar el Sistema de Protección Social en Salud para la población sin acceso a esquemas de seguridad social en salud.</p> <p>Obj. Estratégico 5: <i>Reducir los índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles:</i> Reforzar la aplicación de medidas preventivas entre la población, mediante programas de vacunación. Asimismo, prevenir, detectar, diagnosticar tempranamente y atender de manera adecuada y oportuna las condiciones de vulnerabilidad y discapacidad.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

DISPONIBILIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>LGS: Artículo 23. “Para efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”</p> <p>LGS: Artículo 2: el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”</p> <p>LGS: Artículo 3. Es materia de salubridad general: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud.”</p> <p>LGS: Artículo 29. “Del cuadro básico de insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera...”</p>	<p>LES: Artículo 18. “Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”</p> <p>LES: Artículo 3. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: El disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;</p> <p>LES: Artículo 4. Es materia de salubridad general: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud.”</p> <p>LES: Artículo 9. Vigilar que las instituciones públicas que presten servicios de salud en la entidad apliquen el cuadro básico de insumos del sector, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables; Vigilar en el ámbito de su competencia, el debido cumplimiento de la Ley General de Salud, de la presente Ley y de las demás disposiciones jurídicas aplicables; y Garantizar la prestación de los servicios de salud, conforme a las necesidades de salud de la población del Estado, en nivel de atención requerida de manera permanente y constante durante todo el año.</p>	<p>Estrategia 3: <i>Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema:</i> Diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de estos y otros insumo en materia de salud.</p> <p>Estrategia 4: <i>Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud:</i> Establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud. Asimismo, actualizar el cuadro básico de insumos del sector salud, es decir, de medicamentos, material de curación, auxiliares de diagnóstico e instrumental y equipo médico.</p> <p>Estrategia 6: <i>Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra los riesgos sanitarios y promoción de la salud:</i> Promover mecanismos para fortalecer las finanzas municipales para hacer frente a sus responsabilidades sanitarias. Además, de impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud.</p> <p>Estrategia 10: <i>Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesario:</i> impulsar la infraestructura de prevención y control, asimismo impulsar el desarrollo y mantenimiento del equipo médico y crear Centros de atención especializada ambulatorios y nuevos hospitales.</p>	<p>Obj. Estratégico 1: <i>Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población:</i> Ampliar estratégicamente la infraestructura de salud en la entidad.</p> <p>Obj. Estratégico 2: <i>Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud:</i> Atraer recursos públicos y privados para el financiamiento de infraestructura, equipo y servicios médicos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

ACCESIBILIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>LGS: <i>Artículo 35.</i> “Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”</p> <p>LGS: <i>Artículo 25.</i> “Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>LES: <i>Artículo 20.</i> “Servicios públicos a la población abierta, siendo aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud y que se deberán regir por criterios de universalidad y de gratuidad, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios;”</p> <p>LES: <i>Artículo 8.</i> “Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>Estrategia 6: <i>Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra los riesgos sanitarios y promoción de la salud:</i> Promover mecanismos para fortalecer las finanzas municipales para hacer frente a sus responsabilidades sanitarias. Además, de impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud.</p> <p>Estrategia 7. <i>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona:</i> Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación que incorporé a todos los niños no beneficiados de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), además consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país. Asimismo, cubrir los gastos catastróficos al consolidar un financiamiento para los servicios de alta especialidad.</p>	<p>Obj. Estratégico 1: <i>Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población:</i> Ampliar estratégicamente la infraestructura de salud en la entidad. De la misma manera, se tiene que fortalecer con apoyo de la tecnología la capacidad de respuesta y de acceso a la atención médica de la población de escasos recursos. Además se tiene que fortalecer los instrumentos de coordinación interinstitucional con el IMSS y el ISSSTE para permitir que la población abierta de bajos recursos y la más vulnerable pueda acceder a la prestación de los servicios médicos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

EQUIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>Constitución: <i>Artículo 1.-</i> “queda prohibido toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”</p> <p>LGS: <i>Artículo 25.</i> “Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizara la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>Constitución Estatal; <i>Artículo 1:</i> El Pueblo nuevoleonés reconoce que los derechos del ser humano son la base y el objeto de las instituciones sociales. Todas las leyes y todas las autoridades del Estado deben respetar y hacer respetar las garantías que otorga la presente Constitución. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar sus derechos y libertades.</p> <p>LES: <i>Artículo 2.</i> La protección a la salud, es el derecho que tienen todos los habitantes del Estado de Nuevo León a la procuración de condiciones de salubridad e higiene que les permitan el desarrollo integral de sus capacidades físicas y mentales.</p> <p>LES: <i>Artículo 8.</i> “Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”</p>	<p>Estrategia 2: <i>Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades:</i> Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales que tengan impacto en la prevención de enfermedades y en los determinantes de la salud en la salud reproductiva y maternal.</p> <p>Estrategia 3: <i>Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud:</i> Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas y proteger los derechos de los pacientes.</p> <p>Estrategia 5: <i>Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud:</i> Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud. Asimismo, impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>Estrategia 6: <i>Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra los riesgos sanitarios y promoción de la salud:</i> Impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud.</p> <p>Estrategia 7. <i>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona:</i> Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país. Asimismo, cubrir los gastos catastróficos al consolidar un financiamiento para los servicios de alta especialidad.</p>	<p>Obj. Estratégico 1: <i>Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población:</i> Acrecentar el Sistema de Protección Social en Salud para la población sin acceso a esquemas de seguridad social en salud, brindándole protección financiera mediante un seguro público orientado a reducir los gastos de bolsillo, promoviendo la equidad social.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

CALIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>LGS: <i>Artículo 6.</i> El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud....”</p>	<p>LES: <i>Artículo 8.</i> Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;</p>	<p>Estrategia 3.<i>Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud:</i> Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud, asimismo impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica. De la misma manera, se necesita fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica y actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica</p>	<p>Obj. Estratégico 2. <i>Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud:</i> Impulsar los procesos de certificación y acreditación en las unidades de primero y segundo nivel. Obj. Estratégico 7. <i>Mejorar la calidad de la atención prestada por el personal de Enfermería en las instituciones públicas y privadas del sector salud:</i> Impulsar el desarrollo de competencias del personal de enfermería e implementar el proceso de certificación.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

GRATUIDAD

Legislación Nacional	Legislación Estatal	Programa Nacional de Salud (2007-2012)	Programa Estatal de Salud (2004-2009)
<p>LGS: <i>Artículo 35.</i> “Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”</p> <p>LGS: <i>Artículo 36:</i> “Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustaran a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia en Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federales. Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomara en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas de recuperación se fundaran en principios de solidaridad social y guardaran relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaria de Salud.”</p>	<p>LES: <i>Artículo 20.</i> “Servicios públicos a la población abierta, siendo aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud y que se deberán regir por criterios de universalidad y de gratuidad, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios;”</p> <p>LES: <i>Artículo 21.</i> Los ingresos que obtenga el Estado por la prestación de los servicios en materia de Salubridad General quedarán sujetos a lo que se disponga en los acuerdos de coordinación con la Secretaría de Salud y lo que determine la Legislación Fiscal aplicable.</p>		

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución política nacional y estatal, la Ley General de Salud (LGS) y la Ley Estatal de Salud (LES), Plan Nacional de Salud (2007-2012) y Plan Estatal de Salud (2004-2009).

De lo expuesto anteriormente, se puede señalar que todos los principios rectores están bien identificados y tienen su equivalencia en la legislación nacional, en mayor medida en la Ley General de Salud y su homónima a nivel estatal, que en la Constitución Política de México y del estado de Nuevo León. Sin embargo, el nivel de profundidad que son retomados en nuestra legislación local y nacional no es muy concreto y varía de manera sustancial entre ellos, por ejemplo, en el caso de la progresividad (un deber tácitamente contraído en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) está establecido muy claramente en la Ley General de Salud y en la Ley Estatal de Salud al referirse que “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud”.

En lo referente al principio de Universalidad, el cual queda de manifiesto no solo en el artículo 4 y 3 de la Constitución Nacional y Estatal, respectivamente, sino también en el artículo 35 de la Ley General de Salud y en Nuevo León, en el artículo 20 de la Ley Estatal de Salud, en donde en ambas se establece que “los servicios públicos (...) siendo aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud y que se deberán regir por criterios de universalidad y de gratuidad, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”. Así, la concepción de la universalidad queda de manifiesto que está presente en la legislación estatal, sin embargo el desarrollo de programas para generar una mayor cobertura en beneficio de la protección de la salud y en sí mismo del derecho a la salud en la población deja de manifiesto la letra muerta e ineficiencia de la legislación estatal en este ámbito, la cual no ha sido aplicada en forma efectiva con salvedad de las problemáticas de salud que presentan los grupos vulnerables. Esto en el marco de la ejecución de un modelo neoliberal que se ha fundamentado en los procesos de la economía de mercado y en la privatización de los servicios (Sotelo, 1999)

En este tenor, se encuentran los otros principios rectores del derecho a la salud, en donde legislativamente, explícitamente o implícitamente quedan cubiertos, sin embargo al hacer una comparación con las estrategias establecidas en los Programas Nacionales y Estatales de Salud, sale a relucir que se siguen haciendo políticas para cubrir el rezago de la no aplicación de la normatividad legislativa en materia de salud, que si es cierto que el derecho a la protección a la salud fue establecido en México y en Nuevo León hace más de 28 años, la ley no se ha aplicado con universalidad durante este tiempo. Si esto hubiera sido contrario a lo señalado, en Nuevo León no se tendría que generar estrategias para cubrir y darle certidumbre económica y social a los servicios de salud para la población abierta.

Conclusión

En el desarrollo de las capacidades y libertades humanas la salud juega un papel fundamental, por lo cual contar con un marco legal que la sustente no solo como una libertad y oportunidad para el ser humano sino además que le permita tener carácter de derecho es de suma importancia para acrecentar la potencialización de las capacidades humanas en beneficio de la calidad de vida de la población. En este sentido, el derecho de proteger la salud de la población en México, en una forma integral, quedó sustentado hasta la década de los 80's cuando en 1983 se eleva a garantía constitucional este derecho al reformar el artículo cuarto de la Constitución Mexicana y al generar su marco regulador, la Ley General de Salud. Es claro que el Estado Mexicano se tardó en darle seguridad constitutiva a la población con respecto al derecho a la salud.

Sin embargo, desde la década de los treinta, gracias al proceso revolucionario en México y a la consolidación de la Constitución de 1917, se pudieron realizar esfuerzos para que en forma tacita una parte de la población contara con este derecho, en particular la clase trabajadora (formal). Asimismo se dio el desarrollo de las dos principales instituciones garantes de la salud en el país, como lo serían: la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social. La realización de estos esfuerzos permitieron consolidar la cobertura de la infraestructura pública en salud y de la medicina social, no obstante, con la reforma de 1983 al artículo 4 de la Constitución, los huecos legales hacia el derecho a la salud en la población mexicana y neolonesa quedarían resarcidos y cubiertos totalmente.

Al revisar el marco normativo y legal del derecho a la salud en México y en Nuevo León, resulta que legislativamente están las condiciones de universalización y gratuidad de este derecho para la población, no obstante no ha sido posible su aplicación en forma eficiente debido a la falta de voluntad política y de servicio por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, debido a que al darse las condiciones legales para el acceso y la garantía de la protección de la salud a través de los servicios en la materia, estos no han sido cubiertos de manera universal y equitativa.

Por lo tanto, después de realizar el análisis normativo del derecho a la salud en México y en el Estado, se puede concluir que en ambos existen las condiciones para que la salud este presente como una libertad con carácter normativo y que sea un derecho de la población en beneficio de la potencialización de ésta capacidad y libertad del ser humano y de las demás que confluyen con ella. Asimismo, existen las condiciones para el desarrollo de los medios que le permitirían a la salud emanar como una libertad fundamental de la población y sea un medio

para la potencialización en los entornos creados por la sociedad y el Estado, sin embargo todavía falta trabajar en los procesos de mayor certidumbre jurídica y de calidad en el sistema de salud en el país.

Ahora bien, para poder observar y analizar cómo se encuentra el grado de gestión de este derecho, por parte del Estado, y asimismo estudiar el desarrollo de las libertades en materia de salud a nivel nacional y estatal, en el siguiente capítulo se realizará un primer acercamiento de los indicadores e índices, que en el marco del desarrollo humano y sustentable, nos podrían presentar, en una primera instancia, la realidad del nivel de desarrollo y equidad de la población de México y Nuevo León.

CAPÍTULO 3.

LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD: UN PRIMER ACERCAMIENTO HACIA LOS INDICADORES EN MATERIA DE SALUD

Introducción

En el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, en este capítulo se analizará la salud como elemento fundamental de la teoría del desarrollo humano, y se analizan las propuestas de mediciones de los indicadores de salud en el marco del desarrollo humano y sustentable para ser aplicadas en México y en el estado de Nuevo León. Esto se realizará en una dimensión más amplia, incluyendo el aspecto de la equidad en materia de salud.

1. La salud en el contexto de la teoría del desarrollo humano

En el marco de la teoría del desarrollo humano y en el espacio societal de las libertades humanas, la salud surge y se constituye en una de las libertades constitutivas e instrumentales básicas de las personas, las cuales deben estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos universales y la justicia social, aspectos que soslayan la noción de equidad (Sen 1999; 2000; 2002). Por ello, la salud necesariamente tiene que ser concebida desde una visión integral y colectiva tanto de los problemas, como de las soluciones, al igual que el

reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y los derechos humanos.

Entre las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el espacio de las sus *libertades instrumentales* están los efectos negativos en la salud que se derivan de las limitaciones que tiene una persona para acceder a los servicios de salud, manifestados por la falta de cobertura, la deficiencia en infraestructura y la calidad en el servicio médico y hospitalario.

Por lo tanto, la salud, como lo alude Sen (1999: 8) “es una parte constitutiva (...) e integrante de un buen desarrollo”. De esta manera, una de las libertades de mayor importancia de las que puede gozar el ser humano es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables, elementos que coadyuvan a tener un mejor nivel y calidad de vida y sortear la pobreza (Sen, 1999).

En ese contexto, la salud juega una función principal entre calidad de vida y libertad. La salud es una pieza clave o una aptitud (Sen y Nussbaum, 1993) para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico. Así, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal. Por lo tanto, “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo” (Sen, 1999: 1).

2. Índice de Desarrollo Humano: la dimensión en salud

Como ya lo hemos señalado, el IDH tiene como propósito generar una nueva medición a nivel internacional que permite medir y conocer aspectos de la calidad de vida promedio de las distintas naciones. De esta manera, con una nueva medición centrada en los destinatarios del desarrollo se buscó impulsar una tendencia internacional para que los países se preocuparan por crear las condiciones estructurales, institucionales, sociales y culturales, a fin de que los individuos pudiesen, en condiciones de libertad, alcanzar la realización de sus justas aspiraciones teniendo en el horizonte avanzar hacia la equidad social. Dentro de estas condiciones se encuentran la salud, es decir, “crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa” y (...) con una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente” (PNUD 1990: 31-33). Estas condiciones fueron articuladas en torno a un conjunto de derechos humanos: educación, salud, ingreso digno y el derecho a una vida prolongada y se midieron en indicadores que integran el IDH como un indicador alternativo al PIB que solo medía el crecimiento material de los países.

De esta manera, en el marco de los informes anuales del PNUD, publicados desde 1990²⁴, el IDH pretende responder a la necesidad de desarrollar un enfoque global para mejorar el bienestar humano en el mundo. Este índice permite evaluar el nivel medio alcanzado por cada país a partir de tres aspectos esenciales:

- Longevidad y salud, representadas por la esperanza de vida al nacer.

²⁴ Los informes se han producido anualmente y cada informe ha monitoreado el progreso de la humanidad a través de la clasificación de los países de acuerdo al IDH. En México comenzaron a publicarse desde el año 2000.

- Instrucción y acceso al saber, representados por la tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles (un tercio).
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida digno representado por el PIB por habitante.

Así, se debe resaltar la importancia del IDH, y en particular la dimensión en salud, en el pensamiento económico ya que centra su reflexión no en el crecimiento, sino en la habilidad que tiene una sociedad para brindar a la población el conjunto de capacidades que le permitan acceder a mejores oportunidades de bienestar social y desarrollo en salud. Esta aportación teórica nunca hubiese sido incorporada en la definición de las políticas institucionales y mucho menos en una supra-institución como las Naciones Unidas, si no hubiese existido la amplia movilización social en el mundo que pugnaba por crear una sociedad más justa, donde prevaleciera la libertad y la equidad y que se manifestó a nivel supranacional en la propuesta de las necesidades básicas impulsada por la OIT desde la década de los setentas (Bustelo, 1999), que fue ampliamente integrado por la propuesta del Desarrollo Humano de Amartya Sen en la década de los noventa y que logra una redimensión desde una perspectiva holística presentada en la propuesta sobre el desarrollo sustentable en esa misma década.

En este apartado abordaremos solamente el indicador de la esperanza de vida al nacer, es decir las opciones de salud y vida con las que cuenta la población y que se expresa en la longevidad. El PNUD (1990: 37) señala que la utilización de este indicador como uno de los principales del desarrollo humano, se debe a tres consideraciones: “el valor intrínseco de la longevidad, su valor como forma de ayudar a las personas a alcanzar diferentes metas y su relación con otras características, tales como una buena salud y nutrición”. Es decir, una vida prolongada está

estrechamente relacionada con otros indicadores sociales como el acceso a los servicios de salud, educación, nutrición, cobertura sanitaria, entre otras.

De esta manera, la longevidad y una buena salud permiten alcanzar metas valiosas durante la vida, una de ellas es tener un ciclo de vida con un buen nivel de salud que permita desarrollar las capacidades, talentos y llevar a cabo los proyectos de vida. Por lo tanto, “la esperanza de vida es una medida sustituta para muchas otras variables importantes para el desarrollo humano” (PNUD 1990: 37).

3. Desarrollo Humano y Desarrollo Sustentable: hacia la convergencia

Ciertamente, un aspecto significativo de los cambios profundos en el paradigma del desarrollo lo constituye sin lugar a dudas la preocupación por el medio ambiente. Éste fue uno de los preceptos que se impulsó en el medio social desde los años setenta. Los primeros intentos de incluir el medio ambiente con cuestiones del desarrollo fue la obra impulsada por el Club de Roma llamado “*Los límites del crecimiento*” publicada en 1972, el mismo año en que se realizó la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano, la cual marcó un hito a nivel mundial, permitiendo crear el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (Gutiérrez y González, 2009).

Durante los años ochenta el debate sobre la relación entre desarrollo y medio ambiente continuaba y en 1987 mediante la publicación del informe de la Comisión Mundial de Medio Ambiente de Naciones Unidas llamado “Nuestro Futuro Común” que después sería conocido como el Informe Brundtland, se presenta la definición más conocida del concepto Desarrollo

Sustentable. En este informe se define al desarrollo sustentable como aquel *desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.*

La visión de la teoría del desarrollo humano ha sido acogida por la propuesta del desarrollo sustentable. Es decir, comparten la visión de contar con una base de recursos económicos, sociales, institucionales, políticos y culturales que constituyan la plataforma fundamental en la cual se desplieguen las libertades constitutivas e instrumentales del ser humano que potencien a su vez un nuevo tipo de desarrollo basado en la sustentabilidad.

En este contexto, Sen y Anand (1994) señalan que toda promoción del desarrollo en la época actual debe asegurar la disponibilidad de sus logros a futuro, de manera que existan dos direcciones hacia las cuales se orienta la acción: el presente, expandiendo los beneficios del desarrollo a todos por igual y el futuro, asegurando que esos beneficios también estarán disponibles para todos. Así mismo, J. Speth (PNUD-DP/1994/39) en el seno del PNUD sostiene que es imperativo impulsar políticas que *“reúnan el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos desarrollo humano y desarrollo sustentable”*.

Por lo anterior, el proceso de convergencia entre la perspectiva del desarrollo humano y el desarrollo sustentable, se presenta como un nuevo paradigma teórico centrado en los seres humanos, quienes hacen del desarrollo un escenario de potenciación de las capacidades y oportunidades de una sociedad que avance hacia un desarrollo equitativo, con integración social, gobernabilidad, justicia social y cuidado del ambiente. Todo ello salvaguardando las oportunidades de las generaciones presentes y futuras.

Posterior al Informe Brundtland y dentro de los acuerdos derivados de la Comisión, en 1992, se celebró en Río de Janeiro la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, conocida como la Cumbre de la Tierra, que concluyó con la Declaración de Río, conocida como la *Agenda 21*. Esta declaración se dio en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en Río de Janeiro en 1992 y tenía como objetivo establecer alianzas mundiales en forma equitativa mediante la cooperación entre Estados y la sociedad, para procurar alcanzar acuerdos internacionales que protegieran el medio ambiente y el desarrollo, además menciona que: “*los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza*”, además considera la erradicación de la pobreza como requisito indispensable para la consecución de un desarrollo sustentable que dé respuesta equitativa a las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

Sin duda el esfuerzo institucional más relevante que se ha dado a nivel internacional para avanzar hacia la sustentabilidad, ha quedado plasmado en la *Agenda 21*, la cual fue avalada por 179 países, entre los cuales se encontraba México. Esta Agenda aborda los problemas que afronta el mundo actual y permite sentar las bases para enfrentar los desafíos del desarrollo en los próximos años, en donde la participación de las instituciones públicas como privadas deben estar conciliadas con la participación activa de la sociedad para hacer frente la problemática presente y futura del mundo frente al reto de la *sustentabilidad*.

La Agenda 21 está integrada por 40 capítulos, donde en materia de salud, en su capítulo 6, Protección y Fomento de la Salud Humana, señala: “la salud y el desarrollo tienen una

relación directa. Tanto el desarrollo insuficiente que conduce a la pobreza como el desarrollo inadecuado que redundaría en el consumo excesivo, combinados con el crecimiento de la población mundial, pueden redundar en graves problemas de salud". Por lo cual, el documento sugiere realizar acciones en la población, dirigidas a la satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, contra las enfermedades transmisibles, políticas específicas orientadas hacia los grupos vulnerables, avanzar en la salubridad urbana, y buscar reducir los riesgos en la salud derivados de la contaminación ambiental. Todo ello, con el propósito de fortalecer los espacios socio-institucionales para el desarrollo de las capacidades y oportunidades del ser humano.

Así, esta iniciativa internacional, la Agenda 21, se ha convertido en una plataforma para impulsar un nuevo desarrollo en el mundo, el desarrollo sustentable, para el cual es necesario alcanzar una sinergia entre Estado y sociedad para definir objetivos estratégicos de manera integral (ambiente, equidad, democracia, desarrollo) que busque el beneficio de las generaciones presentes y futuras, permitiendo crear una nueva escala de valores, actitudes y estilos de vida que beneficien el entorno social donde se potencialicen las capacidades y la libertad humana.

Sin embargo, dada la extensión temática de la Agenda, y la disparidad de políticas y acciones concretadas por los países suscribientes, las Naciones Unidas impulsa una acción más operativa convocando a la Cumbre del Milenio que se realizó en Nueva York, a principios del siglo XXI, y que tenía como propósito presentar una agenda sencilla de acciones hacia el 2015. Se acordó impulsar ocho estrategias conocidas como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) y son las siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres,
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente, y
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Estos objetivos abordan muchas de las aflicciones más recurrentes y comparten un ideal común con ellos, pues “reflejan el compromiso vital de promover el bienestar de la humanidad, la dignidad, la libertad y la igualdad para todas las personas.” (PNUD, 2003: 27).

Si bien no son excluyentes, los ODM constituyen una convocatoria más fácil de concretar que las acciones derivadas de la Agenda 21 y muchos países están impulsando políticas para alcanzarlos. En México sea dado un proceso de convergencia interesante proveniente de la tradición de la política social en el país por un lado, y por el otro, de las recomendaciones derivadas de las cumbres internacionales impulsadas principalmente por las Naciones Unidas.

4. Los retos de la medición en salud en México y Nuevo León

Para todas estas estrategias que tienen como propósito impulsar el acceso a la salud desde la perspectiva de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida, se han elaborado un conjunto de indicadores que pasaremos a analizar y serán utilizados para el análisis de Nuevo León y México. Asimismo, aunque elaborados desde la base teórica del enfoque neoclásico para la medición de la desigualdad, analizaremos el Coeficiente de Gini aplicado a indicadores de salud en México y Nuevo León.

4.1 Indicadores desde la perspectiva de la teoría del desarrollo humano y sustentable

4.1.1 La salud en el Índice de Desarrollo Humano (IDH): Índice de Salud

El IDH, como sabemos está integrado por tres dimensiones: la salud, la educación y el ingreso per cápita. De tal forma se pensó en el subíndice de la salud como aquel que pudiera reflejar las oportunidades de salud de la población. Para ello se eligió la *esperanza de vida al nacer* como referente universal que mostrara la articulación del conjunto de instituciones, políticas, estrategias y estatus civilizatorio prevaleciente en un país determinado. Este sub-índice del IDH, utiliza la metodología de máximos y mínimos propuesta en los Informes del Desarrollo Humano desde 1990 y a continuación se presenta la fórmula que se utiliza para su cálculo:

$$\text{Índice de Salud} = \frac{\text{valor efectivo del indicador} - \text{valor mínimo del indicador}}{\text{valor máximo del indicador} - \text{valor mínimo del indicador}}$$

Los valores máximos y mínimos establecidos por el PNUD-México para el indicador de esperanza de vida al nacer que se utilizan para estimar este índice son: valor máximo = 85 años y valor mínimo= 25 años.

Así, este subíndice de salud mide el logro alcanzado de la población de contar progresivamente con una vida longeva. Es decir, este índice es un indicador relativo que permite ver los avances, en promedio, de las capacidades de salud de la población en el país y sus regiones. Lo que podemos observar es que en el año 1990, México contaba con un índice de 0.760 ocupando el lugar 50 y Nuevo León tenía uno de 0.795 ocupando el lugar 46 de un

total de 130 países en el mundo. Quince años después, en 2005, los logros a nivel nacional son más altos pues el índice se elevó a 0.843 ocupando el lugar 43, mientras que en Nuevo León el tránsito fue a 0.855 y su posición ganó ocho escaños ocupando el lugar 38 en la escala internacional. Por su parte, a nivel nacional era el tercer estado que tiene el mayor nivel de desarrollo en salud, solo debajo del Baja California y el Distrito Federal.

Cuadro 5
La salud en el IDH
México y Nuevo León
1990-2005

Año	México			Nuevo León			
	Esperanza de Vida al nacer (años)	Índice de salud	Posición a nivel internacional de acuerdo al Índice de Salud	Esperanza de Vida al nacer (años)	Índice de salud	Posición del Estado que representaría a nivel internacional	Posición del Estado a nivel nacional
1990	70.6	0.760	50 de 130 países	72.7	0.795*	46	3
1995	72.4	0.790	53 de 173 países	73.9	0.815*	42	3
2000	72.6	0.791	60 de 173 países	75.2	0.833	41	3
2005	75.6	0.843	43 de 177 países	76.3	0.855*	38	3

Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD 1990, 1995, 2002 y 2007, y PNUD/MEXICO 2005

*Cálculos propios con base en CONAPO en las Proyecciones de Población 1990-2050.

Los resultados de este índice nos muestran que del año 1990 al 2005, tanto para México como para Nuevo León, el nivel promedio de la salud en la población ha mejorado y esto se ve reflejado en el aumento de la esperanza de vida al nacer debido a los avances en materia de salud que ofrecen cada vez más y mejores oportunidades de acceso a los servicios médicos a la población mejorando la longevidad de sus vidas y el despliegue de sus capacidades.

4.1.2 Agenda 21 y Objetivos del Desarrollo del Milenio

De la misma manera, en el contexto internacional se encuentran dos perspectivas que discurren y convergen en dos marcos referenciales importantes que permiten a través de los

indicadores, medir los avances, logros y metas del desarrollo humano y sustentable en materia de salud: la Agenda 21 resultado de la Cumbre de la Tierra realizada en Rio de Janeiro en el año de 1992 y los Objetivos del Desarrollo del Milenio acordados en la Cumbre del Milenio realizada en Nueva York en el 2000.

La Agenda 21, programa de acción suscrito durante la Cumbre de la Tierra, comprometía las naciones suscribientes a desarrollar indicadores que permitirían evaluar los avances, logros y metas de las políticas y estrategias para impulsar el desarrollo sustentable en beneficio del ser humano y del medio ambiente,²⁵ donde la salud constituye una estrategia importante de dicha Agenda.

En este sentido, a partir de 1995, México realizó trabajos conjuntamente con la Comisión para el Desarrollo Sustentable (CDS) de las Naciones Unidas para definir y operar una serie de indicadores sugeridos por la Agenda 21, que tuvieran las características metodológicas necesarias para su implementación y comparación a nivel internacional y nacional (INEGI, 2000). El resultado de estas reuniones se concretó en la selección de 12 indicadores que se aplicarían a nivel internacional en materia de la salud, estos indicadores se presentan en el siguiente cuadro.

²⁵ Ver capítulo 40 de la Agenda 21.

Cuadro 6
Indicadores internacionales en materia de salud de la Agenda 21

1. <i>Saneamiento Básico</i> : porcentaje de población que dispone de instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas. (drenaje)	2. <i>Acceso seguro a agua potable</i> : porcentaje de población que dispone de agua potable en la vivienda o que puede acceder fácilmente a ella.
3. <i>Esperanza de vida al nacer</i> : Número promedio de años que se espera que viva un recién nacido sujeto a las tasas de mortalidad en un periodo determinado.	4. <i>Peso Suficiente al nacer</i> : Tasa de infantes recién nacidos con peso igual o mayor a 2,500 gramos por cada 1,000 nacidos vivos.
5. <i>Tasa de mortalidad infantil</i> (por cada 1,000 nacidos vivos).	6. <i>Tasa de mortalidad materna</i> (por cada 100,000 nacidos vivos).
7. <i>Estado nutricional de los niños respecto a los niveles nacionales</i> : porcentaje de infantes por nivel de desnutrición.	8. <i>Porcentaje de la población infantil que ha sido inmunizada acorde con las políticas nacionales de vacunación</i> .
9. <i>Tasa de utilización de métodos anticonceptivos</i> : porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utiliza algún método anticonceptivo.	10. <i>Porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos</i> .
11. <i>Gasto Nacional en servicios locales de salud</i> : gasto nacional en salud dedicado a los servicios locales de atención primaria de la salud.	12. <i>Gasto Total en salud respecto al PIB</i> (el gasto total en salud, incluye tanto los gastos públicos como los privados).

Fuente: INEGI, 2000.

En México, de acuerdo al INEGI (2000), se han aplicado 11 de estos 12 indicadores de salud propuestos a nivel internacional, solo el indicador de “porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos” no se ha llevado a cabo debido a la falta de información.

Cuadro 7
Indicadores en materia de Salud de la Agenda 21, México y Nuevo León.
1990-2005

Indicador	Definición	México				Nuevo León			
		Año				Año			
		1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
1. Saneamiento Básico	Porcentaje de población que dispone de drenaje	61.5%	72.4%	76.2%	85.6%	80.8%	88.6%	91.1%	95.3%
2. Acceso seguro a agua potable	Porcentaje de población que dispone de agua potable en la vivienda	78.4%	84.6%	83.3%	87.1%	92.9%	94.5%	93.8%	94.8%
3. Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera que viva un recién nacido.	70.6	72.4	74.0	75.4	72.7	73.9	75.6	76.3
4. Peso Suficiente al nacer	Infantes recién nacidos con peso igual o mayor a 2,500 gramos por cada 1,000 nacidos vivos.	368.2 (1993)	472.9	910.4	930.9	n.d.	n.d	933.2	949.0
5. Tasa de mortalidad infantil	(por cada 1,000 nacidos vivos).	36.2	27.6	23.3	18.8	27.0	21.0	18.0	14.0
6. Tasa de mortalidad materna	(por cada 100,000 nacidos vivos).	89.0	83.2	72.6	61.8	37.6	22.4	49.0	25.6
7. Estado nutricional de los niños menores de cinco años respecto a los niveles nacionales	porcentaje de infantes por nivel de desnutrición (moderada y severa) respecto a los niveles nacionales	n.d.	43.9 (1996)	39.6	30.3	n.d.	n.d.	0.5	0.5
8. Porcentaje de la población infantil que ha sido inmunizada acorde con las políticas nacionales de vacunación.	Con esquema completo (ocho dosis)	46.0	95.6	98.0	98.8	n.d.	n.d.	98.9	99.1
9. Tasa de utilización de métodos anticonceptivos	porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que utiliza algún método anticonceptivo.	63.1 (1992)	68.5 (1997)	70.8	70.9	75.4 (1992)	73.6 (1997)	75.6	76.7
10. Gasto Nacional en servicios locales de salud	gasto nacional en salud dedicado a los servicios locales de atención primaria de la salud (millones de pesos)	32,655 (1993)	45,493	137,176	n.d.	70.6 (1993)	105.7	6,176.6	n.d.
11. Gasto Total en salud respecto al PIB	proporción del PIB dedicada a gastos en el sector salud. Incluye gastos públicos y privados.	5.8 (1993)	5.6	5.6	6.2 (2003)	2.1 (1993)	2.1	4.6	5.3 (2003)

n.d. = No disponible. Fuente: Elaboración propia con datos de los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, INEGI; los Censos de Población 1995 y 2005, INEGI, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud y el Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, INEGI.

De acuerdo a estos indicadores, podemos observar que en el marco de la desaceleración económica derivada de la aplicación de las políticas neoliberales como lo constata la tasa de crecimiento promedio anual del 2.9% del crecimiento del PIB nacional en el periodo 1990-2005, las instituciones de bienestar social creadas en el país han desempeñado un papel notable mejorando los indicadores fundamentales.

Es decir, la sociedad y sus instituciones no han permitido que en el contexto de una menor riqueza o valor agregado creado por el bajo crecimiento del PIB, las personas se vean afectadas en las condiciones de salud. En este sentido, las políticas supra-nacionales como Agenda 21 han logrado tener en México un socio competente que está impulsando la sustentabilidad de la salud impulsando una amplia cobertura y políticas que brinda a la población un bien público: el derecho a contar con una vida sana, como lo demuestra el cuadro 3. Es decir, podemos constatar que desde 1990 ha mejorado las condiciones de sustentabilidad de la salud en el país en cada uno de los once indicadores. En mejor situación se encuentra el estado de Nuevo León.

Los *Objetivos del Desarrollo del Milenio* (ODM) constituyen un compromiso entre los países desarrollados y los países en subdesarrollo para “crear en los planos nacional y mundial un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza” (ONU-A/RES/55/2, 2000), con el propósito de “respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (ONU-A/RES/55/2, 2000). Estos objetivos están acompañados por una propuesta de una serie de indicadores para medir los logros alcanzados de los países en esta materia. De los ocho objetivos, para el tema que nos interesa, tres son los relacionados con la salud:

1. Reducir la mortalidad infantil (objetivo 4)
2. Mejorar la salud materna (objetivo 5)
3. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (objetivo 6).

De estos objetivos, en México el Gabinete de Desarrollo Social y Humano²⁶ en el año 2006 propuso 12 indicadores que facilitarían el monitoreo de los ODM en materia de salud en el país. Estos se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro 8
Indicadores de salud de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	Objetivo 5: Mejorar la salud materna	Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de Mortalidad de menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos) • Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) • Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) • Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de VIH en población general. • Incidencia de SIDA según año de diagnóstico (por cien mil habitantes) • Mortalidad de VIH/SIDA (por cada cien mil habitantes) • Incidencia de casos de paludismo (por cada cien mil habitantes) • Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que son atendidos. • Incidencia de casos de tuberculosis • Incidencia de casos de tuberculosis (por cada cien mil habitantes) • Mortalidad por tuberculosis (por cada cien mil habitantes)

Fuente: Gabinete de Desarrollo Humano y Social/Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, México. 2006

²⁶ Este gabinete estaba conformado por los secretarios del gobierno federal de la Secretaría de Desarrollo Humano, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Agricultura, Alimentación y Pesca, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, y la Secretaría de la Reforma Agraria, que junto con el PNUD en México desarrolla los informes de avance de los Objetivos del Milenio en México.

Los ODM para México y Nuevo León durante el periodo de 1990-2005, tuvieron el siguiente comportamiento como se observa en el cuadro 9.

Cuadro 9
Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en materia de salud
México y Nuevo León.
1990-2005

Objetivo/Indicador	México				Nuevo León			
	Año				Año			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil								
Tasa de Mortalidad de menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos)	44.2	33.7	28.5	23.0	34.0	29.1	24.4	18.5
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos)	36.2	27.6	23.3	18.8	27.0	21.0	18.0	14.0
Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión.	75.3	89.9	95.9	96.4	84.6	96.0	97.8	95.5
Objetivo 5: Mejorar la salud materna								
Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	89.0	83.2	72.6	61.8	37.6	22.4	49.0	25.6
Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado.	76.7	81.8	87.2	94.1	98.1	98.9	99.6	99.8 (2004)
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades								
Prevalencia de VIH en población general.	0.04 (1987)	n.d.	0.10 (2002)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidencia de SIDA según año de diagnóstico (por cien mil habitantes)	4.4	6.0	8.7	6.2	3.0	3.0	8.7	n.d.
Mortalidad de VIH/SIDA (por cada cien mil habitantes)	1.8	4.3	4.2	4.4	1.6	4.4	3.3	3.9
Incidencia de casos de paludismo (por cada cien mil habitantes)	53.3	8.1	7.5	2.8	0.3	0.0	0.0	0.0
Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que reciben tratamiento	n.d.	76.0 (1999)	80.0	100 (2004)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidencia de casos de tuberculosis (por cada cien mil habitantes)	17.2	22.8	18.7	16.8	36.3	27.7	29.3	23.3
Mortalidad por tuberculosis (por cada cien mil habitantes)	7.5	5.2	3.5	2.4	7.6	6.6	4.3	4.1

n.d. = No disponible

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, INEGI.

Como podemos observar en el cuadro 9, México ha avanzado positivamente en casi todos los indicadores durante el periodo de 1990-2005, a excepción de las enfermedades como el VIH/SIDA y la tuberculosis, problemas en materia de salud en donde todavía falta por avanzar no solo como país, sino también para el estado de Nuevo León. Sin embargo, México reporta indicadores relacionados a estas enfermedades que están por debajo de los que presentan países como Brasil y Argentina, o como algunos países Europeos como España y Portugal (ONU/UNSTATAS, 2009).

Expuesto lo anterior y realizando un análisis comparativo de los indicadores del IDH, Agenda 21 y ODM, en lo referente a la salud, se puede señalar lo siguiente para México y Nuevo León en el periodo 1990-2005:

- Los indicadores de salud de dichas iniciativas son positivos, lo cual nos refiere, que en el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, no solo se han fortalecido directamente las capacidades y libertades de la salud constitutiva, sino también los entornos y las oportunidades sociales instrumentales de la población, incidiendo favorablemente en el desarrollo humano.
- Se necesita seguir desarrollando y monitoreando los indicadores, no sólo a nivel nacional y estatal sino ampliarlo a los municipios para poder analizar a fondo los avances desde la perspectiva de la equidad en las capacidades y libertades y avanzar hacia el reforzamiento de considerar a la salud como un derecho universal de la población.
- Tanto el IDH, la Agenda 21 como los ODM, no consideran las posibles inequidades y/o desigualdades presentes entre los grupos y regiones debido a que es un indicador promedio,

que si bien son útiles para conocer las tendencias y sirven de base del análisis para la toma de decisiones no aportan información sobre la desigualdad.

- Estos indicadores son importantes para elaborar y establecer un sistema de indicadores que permitan valorar los avances en conjunto del desarrollo humano y sustentable, no solo a nivel país o a nivel estado, sino también a nivel municipal o local.
- Por último, es importante resaltar que el factor de la calidad de los servicios juega un papel importante también en el abordaje de la sustentabilidad, tema que no está incluido en este análisis.

Los indicadores constituyen una aportación significativa para la definición de políticas públicas y pueden ser elementos útil para el seguimiento y evaluación del camino trazado, así como una innovación sustantiva para la transparencia y rendición de cuentas en el campo de la utilización del presupuesto asignado y recursos públicos programables en el campo de la salud.

4.2 Equidad y Salud: La propuesta del coeficiente de Gini aplicado a la Salud

El IDH, la Agenda 21 como los ODM indicadores que acabamos de presentar, son insensibles a la desigualdad presente en las localidades de los estados o de los municipios o de las pequeñas comunidades debido a que son promedios o agregados generales.

Una medida ampliamente utilizada para representar la magnitud de la desigualdad es el coeficiente de Gini, propuesto por él en 1912 (Sen, 2001), el cual se deriva de la curva de

Lorenz. Este índice se ha utilizado sobre todo para estudiar las desigualdades en la distribución de la ingreso, aunque también se ha utilizado en el estudio de las desigualdades en salud (Wagstaff y Van Doorslaer, 1992).

Para cuantificar la desigualdad e inequidad en la salud podemos aplicar la metodología del coeficiente de Gini en variables seleccionadas de la salud y para ello, hemos seleccionado dos indicadores: la tasa de mortalidad de menores de cinco años y la tasa de mortalidad materna, los cuales servirán como indicadores para calcular el nivel de equidad en materia de salud.

Para calcular el coeficiente de Gini a nivel nacional y para Nuevo León de cada uno de los indicadores propuestos, primero se calcula a nivel municipal cada una de las tasas de mortalidad²⁷. Cabe señalar, que existe una limitante importante en nuestro análisis debido al subregistro en las estadísticas de defunciones tanto infantiles (principalmente en los menores de un año) y como en las defunciones de las mujeres embarazadas y en periodo de pos-parto.

El coeficiente de Gini²⁸ nos refiere que a medida que se acerque a 1 existe mayor inequidad y falta de penetración de las oportunidades de salud en grupos vulnerables y lo contrario si se

²⁷ Cabe señalar, que la información relacionada a los nacidos vivos en primera instancia se refiere solamente a los registrados al nacer, sin embargo para disminuir la subestimación de estos datos, esta información se complementó y ajustó por las estimaciones de los nacidos vivos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México para disminuir el problema de los subregistros de los infantes nacidos vivos.

²⁸ La fórmula del coeficiente de Gini (CG), la cual se aplicará para cada uno de los indicadores de salud propuestos, y su fórmula es la siguiente:

$$CG_j = 1 - \sum_{i=0}^{N-1} (Y_{i+1} + Y_i)(X_{i+1} - X_i)$$

En donde:

CG_j = al coeficiente de Gini del indicador de salud j

Y_i: Proporción acumulada del indicador en salud del municipio i.

X_i: Proporción acumulada de la población de nacidos vivos del municipio i.

Este coeficiente varía entre 0 y 1, donde 0 se refiere a igualdad completa y 1 cuando la desigualdad es máxima.

dirige hacia el 0. A continuación presentamos los resultados promedio de las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de la mortalidad materna y sus respectivos coeficientes de Gini.

Cuadro 10
Tasa de mortalidad infantil* y el Coeficiente de Gini en salud
México y Nuevo León.
1990 – 2007

Año	México		Nuevo León	
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Coeficiente de Gini	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Coeficiente de Gini
1990	40.1	0.372	30.5	0.336
1995	36.5	0.452	28.8	0.409
2000	30.8	0.443	20.9	0.421
2005	25.9	0.412	17.3	0.424
2007	25.1	0.419	17.5	0.417

Fuente: Cálculos propios con base en las Estadísticas Vitales de Nacimientos y de Mortalidad; Censos de Población 1990 y 2000; Censo de Población 1995 y 2005 del INEGI; Proyecciones de Población (CONAPO) y Base de Datos de defunciones (Secretaría de Salud). * Por cada 1000 nacidos vivos.

Como podemos observar, en el cuadro 10, aún cuando la tasa de mortalidad mejoró significativamente, tanto a nivel nacional como en Nuevo León, disminuyendo progresivamente durante el periodo de análisis, una tendencia opuesta, en términos de desigualdad se verificó simultáneamente. El coeficiente de Gini, se movió en un 37% hacia la desigualdad a nivel nacional y 43% en Nuevo León. Esto significa que los logros se están concentrando en los sectores urbanos de ingresos suficientes y, los sectores marginados urbanos y la población rural mantienen los patrones de exclusión que aún prevalecen en el país y sus regiones. En este caso existe una tendencia mayor a la inequidad en Nuevo León que en el país en el rubro de la salud, a pesar de que el estado cuenta con una importante infraestructura hospitalaria y de centros de salud.

Así, en México el coeficiente de Gini se desplazó de 0.372 en 1990 a 0.419 en 2007. Para Nuevo León, si bien, se observa la misma tendencia, es mucho más intensa pasando el coeficiente de Gini de 0.336 a 0.417 en dichos años, alejándose desafortunadamente del indicador positivo de equidad de 1990 (0.336) aunque mantiene su tercer lugar en el IDH-Salud a nivel nacional. Este crecimiento de la desigualdad significa que muchas de esas muertes infantiles podrían ser evitables si los entornos económicos, sociales, institucionales y culturales se hubiesen fortalecido durante estos años en las regiones más vulnerables del país y en los municipios y sectores marginados urbanos de Nuevo León.

En lo relacionado a la tasa de mortalidad materna, podemos observar en el cuadro 11, que en Nuevo León es muy baja, 35.9 por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que a nivel nacional fue de 71.4 en 1990. Para el año 2007 la situación mejoró pues la tasa cayó a 52.6, una reducción de 26% a nivel nacional y 12% en Nuevo León (31.3). Sin embargo, se presentó la misma tendencia hacia la inequidad como lo muestra el coeficiente de Gini, que pasó de 0.341 a 0.426 para el total nacional y para Nuevo León, con mayor intensidad, la inequidad pasó de 0.239 a 0.337 en dichos años.

Cuadro 11
Tasa de mortalidad materna* y Coeficiente de Gini en salud
México y Nuevo León.
1990 – 2007

Año	México		Nuevo León	
	Tasa de mortalidad materna	Coeficiente de Gini	Tasa de mortalidad materna	Coeficiente de Gini
1990	71.4	0.341	35.9	0.239
1995	66.9	0.327	29.2	0.248
2000	54.7	0.417	36.9	0.305
2005	52.9	0.416	34.1	0.340
2007	52.6	0.426	31.3	0.337

Fuente: Cálculos propios con base en las Estadísticas Vitales de Nacimientos y de Mortalidad; Censos de Población 1990 y 2000; Censo de Población 1995 y 2005 del INEGI; Proyecciones de Población (CONAPO) y Base de Datos de defunciones (Secretaría de Salud). * Por cada 100 mil nacidos vivos.

Estas tendencias tanto para la mortalidad infantil como la materna, muestran un marcado retroceso en la equidad relacionado con la salud, señalando las áreas de oportunidad que pueden abrirse para impulsar la equidad como detonador del desarrollo humano y sustentable con políticas y acciones específicas en beneficio de los infantes y de las mujeres embarazadas en grupos y regiones vulnerables.

Conclusión

La importancia del vínculo teoría e indicadores radica en el potencial de nuevo conocimiento que resulta de esta relación. Teoría e indicadores crean nuevos campos de análisis con posibilidades para la acción que abren el paso al seguimiento y la evaluación de las políticas. Así, una vez abordados los diferentes ángulos de la salud y sus indicadores, podemos señalar que la teoría del desarrollo humano y la sustentabilidad constituyen una plataforma básica, una agenda para la acción, que permite sentar las bases para que la salud sea una piedra angular dentro de los derechos y libertades humanas universales en el marco de las oportunidades que la sociedad puede construir en beneficio de todos.

Asimismo, es importante señalar que, para poder analizar los avances o retrocesos de estos entornos y de las oportunidades sociales, es de suma importancia contar con los indicadores, los cuales no solo muestran la realidad en materia de salud, sino además proporcionan herramientas claras para la toma de decisiones en beneficio de la aplicación de políticas en materia de salud.

En este sentido, es importante buscar la forma de integrar estos u otros indicadores que puedan demostrar las condiciones en salud y su desarrollo en la población, así como de la expansión de sus libertades en la materia. Por lo cual, en el siguiente capítulo se presentará, en el marco del desarrollo humano y sustentable, el planteamiento metodológico para poder integrar un *Índice de Salud* que permita observar el desarrollo y equidad de las libertades y capacidades de la población y las condiciones de los entornos en donde se despliegan y expanden socialmente las oportunidades sociales. Generando así, un índice que pueda incluir más aspectos de lo planteado por el índice de salud del IDH, y así conocer los avances en el ámbito de la salud de una manera multifactorial.

CAPÍTULO 4.

MARCO METODOLÓGICO: CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE SALUD EN EL MARCO DEL DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE

Introducción

En este apartado de la investigación se plantea el diseño y el marco metodológico para la construcción del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, el cual permita medir los avances o retrocesos de las libertades humanas en materia de salud para el estado de Nuevo León –en lo particular- y para México –en lo general. Este índice es estimado mediante un instrumento metodológico que tendrá como base la visión teórica del Desarrollo Humano de Amartya Sen y la perspectiva del Desarrollo Sustentable, antes presentadas. Centrándonos en las libertades humanas, las cuales se dividen en constitutivas e instrumentales, desarrollaremos la base metodológica de este capítulo. En este caso, estas libertades estarán enmarcadas en el tema de salud y cada una de ellas se explicará en los siguientes apartados.

1. El planteamiento de las libertades humanas de Amartya Sen: un enfoque metodológico para conocer el nivel de desarrollo de la salud en la población en general

Para Amartya Sen el planteamiento de las libertades humanas brinda un aporte sustantivo para pensar en el desarrollo humano y los medios para alcanzarlo. Una forma de luchar contra los

problemas sociales que se viven actualmente en la sociedad en general, como la desigualdad, las privaciones en materia de salud y educación, pobreza, entre otros, es ver en el proceso del desarrollo una práctica para la libertad y el despliegue de las capacidades u oportunidades de la sociedad.

En este sentido, los conceptos de capacidad y libertad juegan un papel preponderante para la definición del marco de evaluación del desarrollo humano y poder transitar hacia la sustentabilidad del desarrollo. En lo que respecta al concepto de <<capacidad>>, Sen (2000:75, 2002:3) refiere que son las diversas combinaciones de funcionamientos o logros que puede conseguir el ser humano y que refleja su libertad real para alcanzar aquello que valora, como la oportunidad o habilidad de leer, estar bien nutrido, tener buena salud, escapar de enfermedades evitables y muertes prematuras, tener la posibilidad de contar con equidad en los diversos entornos, entre otras. Asimismo, señala que la capacidad es un tipo de libertad: la libertad real para conseguir y lograr diferentes estilos de vida (Sen, 2000:75).

Por su parte, Sen (1992, 81; 2000:56) concibe a la <<libertad>> o <<libertad real>> como al conjunto de capacidades del ser humano que le permite hacer cosas y que tiene razones para valorar y asimismo le permite conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos o logros. Así, la libertad debe ser entendida en un aspecto global que incluya no solo la libertad presente sino las oportunidades y posibilidades de la libertad futura del ser humano (Sen y Anand, 1994).

De esta manera el conjunto de capacidades expresa la libertad o las oportunidades reales con que cuenta una persona para desplegar su vida y además proporciona un punto de referencia

desde el cual valorar las condiciones sociales, políticas y económicas de los entornos en donde viven las personas y la sociedad en su conjunto.

Por lo tanto, la libertad constituye un concepto más amplio que la capacidad humana y se convierte en el núcleo evaluativo preferencial para conocer el estado real de una persona, de ahí la importancia de centrar la evaluación del desarrollo del ser humano en el conjunto de capacidades u oportunidades presente y futuras en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado, es decir en su libertad. Al compararse las libertades de dos personas o sociedades se podría determinar cuál de las dos está más aventajada o goza de un mayor grado de libertad para desarrollar las oportunidades en relación a su bienestar y calidad de vida (Sen, 1985:66).

Partiendo de lo anterior, Amartya Sen (2000: 19), define al desarrollo “como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos”, donde la libertad real está representada por las oportunidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de logros (Sen, 1992: 81) que permite [a la persona], en los entornos sociales, económicos, culturales, políticos y medioambientales que se encuentre, realizar cosas valiosas para ellos y sus familias (Sen, 2000).

De esta manera, Sen (2000) considera que la expansión de la libertad es tanto el fin primordial como el medio principal para el desarrollo, es decir, la libertad adquiere un papel constitutivo e instrumental en el desarrollo humano de la sociedad. En este sentido:

Las *libertades constitutivas* son aquellas libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque refieren a la vida humana. Es decir, estamos hablando de las potencialidades del ser humano. Son las que permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; entre ellas podemos incluir a una serie de capacidades elementales, la de evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, no tener una vida larga y saludable, muertes prematuras o evitables), la adquisición tanto de capacidades sociales y culturales básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas, valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad y equidad de oportunidades). Cualquier programa de desarrollo humano debe asegurar la adquisición y expansión de estas libertades.

Por el contrario, las *libertades instrumentales* son aquellas oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas, entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica, y estas se ofrecen, a través del conjunto de posibilidades que brindan los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Es decir, estas libertades abordan las condiciones de los entornos construidos por la sociedad en un territorio determinado.

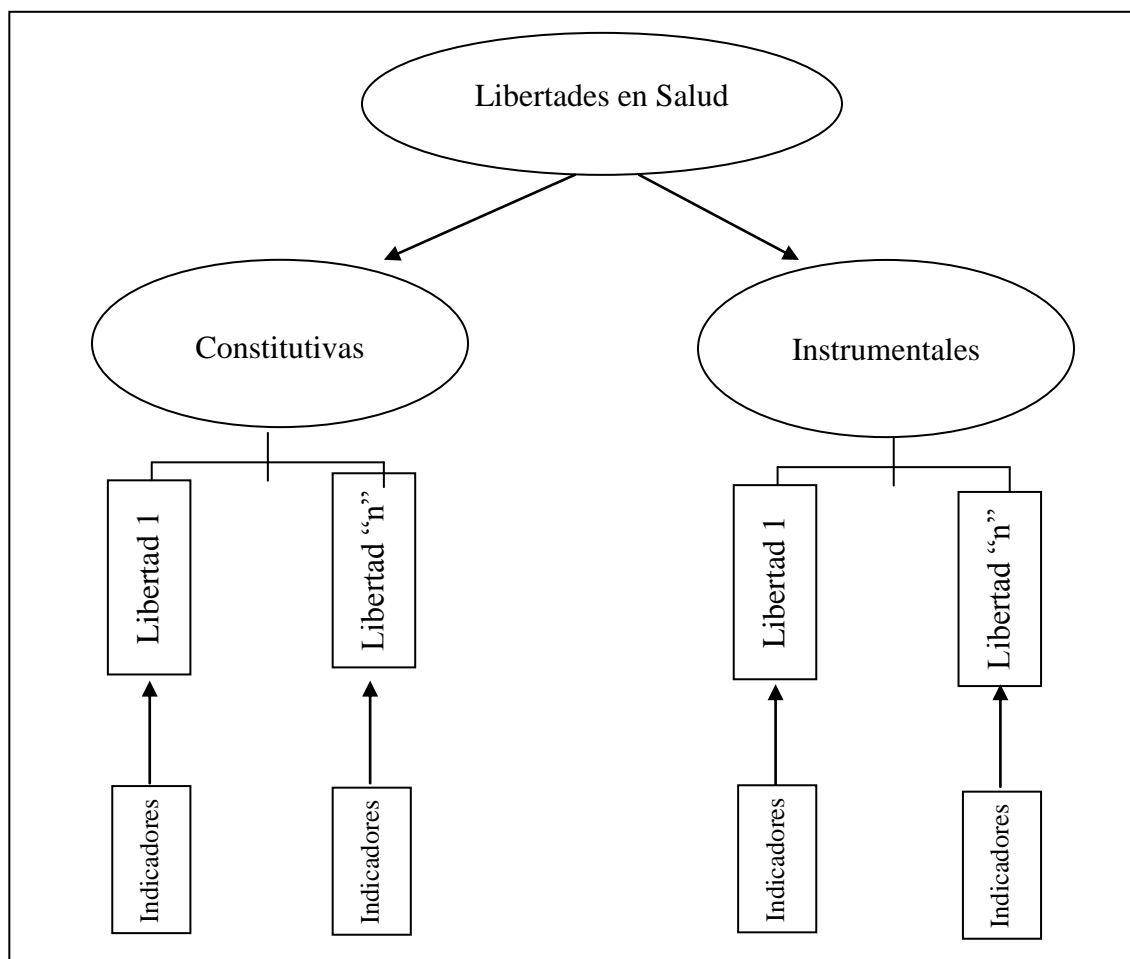
De esta manera, el enfoque integral de la libertad, planteado por Amartya Sen, se estructura como el modelo de desarrollo humano de la población y permite ser utilizado como una metodología para la evaluación y valoración del bienestar del individuo y la sociedad, y de los niveles de la justicia social presente en su entorno, y asimismo permite observar las

desigualdades en las libertades y las privaciones de las oportunidades que enfrenta el ser humano y su trayecto a la sustentabilidad. Este planteamiento teórico-metodológico está integrado por los diferentes aspectos que permiten desplegar las libertades del ser humano y va más allá de un planteamiento reduccionista en donde solo se consideran a los aspectos económicos como los únicos importantes para el desarrollo de la población.

Este marco metodológico ha sido utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el establecimiento del Índice de Desarrollo Humano y poder medir, a través de éste, el nivel de desarrollo de las naciones y de la creación de los entornos en que la población pueda aumentar sus capacidades y que las oportunidades se puedan ampliar para las generaciones presentes y futuras (PNUD, 1994).

Bajo el enfoque de este modelo teórico-metodológico planteado por Sen, en esta investigación, se busca evaluar el nivel de desarrollo con el que cuenta el ser humano para desplegar la libertad de tener acceso a gozar de una buena salud, es decir, cuáles son las condiciones que presenta la población en materia de salud, y así, poder valorar su desarrollo humano y contribuir con la equidad para poder transitar hacia el desarrollo sustentable. Para realizar dicha evaluación, y su respectivo análisis, se necesita hacer la valoración de la libertad en salud tanto a nivel constitutivo como instrumental. Para ello, es importante considerar un conjunto de indicadores que nos permitan analizar y valorar el despliegue de la salud como una libertad constitutiva e instrumental, es decir como medio y fin del desarrollo, lo cual permite al ser humano lograr y desplegar sus aspiraciones y oportunidades reales en los entornos creados por el Estado y la sociedad.

Figura 2.
Libertades para el desarrollo en salud: esquematización



A continuación se presentara la estructura metodológica para poder medir el desarrollo de la libertad en Salud en Nuevo León y en México, durante el período de 1990-2005, en la cual se presentaran las diferentes libertades e indicadores que integran a cada dimensión de la libertad en salud, tanto en su papel constitutivo como instrumental.

2. Estructura metodológica

2.1 Libertades Constitutivas en salud

Las libertades constitutivas en salud son las que permiten las condiciones necesarias y fundamentales para contar con el desarrollo saludable de la población tanto en el presente como en el futuro. En el contexto de esta investigación, esta libertad estará integrada por las siguientes libertades constitutivas:

- 1) Salud básica
- 2) Equidad en Salud.

1) La Libertad de Salud Básica, permite valorar el nivel de salud con el que cuenta el ser humano para desplegar dicha libertad y si existen las condiciones mínimas indispensables para que pueda vivir una vida saludable y longeva. En esta libertad se contemplan un conjunto de indicadores y por tener implicaciones de muy amplio espectro se ha seleccionado los relacionados con: contar con una vida longeva, no padecer desnutrición al nacer y prevenir muertes prematuras tanto de infantes como de adultos.

Según la OPS/OMS (1997) y Sen (2002) mencionan que al ser humano, por el simple hecho de nacer, se le debe proveer un nivel mínimo de condiciones básicas para poder desplegar su libertad en salud, y a partir de ahí, lograr potencializar su desarrollo personal.

Para poder llevar a cabo lo anterior, se necesita integrar un grupo de indicadores que permitan analizar en su conjunto el nivel de la salud básica de la población. En este sentido, Rojas &

Silva (1994), Sen (1999) y Knaul et al. (2003) mencionan que para seleccionar un conjunto de indicadores o factores que nos permita conocer las condiciones de salud de la población de cualquier comunidad es importante que éstos estén relacionados con la salud de los grupos más vulnerables de una sociedad como son los infantes y las mujeres en periodo de gestación. Asimismo, que se tenga la posibilidad de valorar, a través de un indicador o vector de indicadores, las condiciones de los entornos al momento de nacer el individuo, lo cual permita valorar si puede o no contar con las condiciones para sobrevivir, y en consecuencia poder desplegar una vida larga y saludable a lo largo de su desarrollo humano. En este sentido, los Objetivos del Milenio son un ejemplo en donde se consideran una serie de indicadores para conocer la problemática de salud en grupos vulnerables como: los infantes y las madres embarazadas.

Considerando lo anterior, se propone el siguiente conjunto de indicadores para medir la libertad constitutiva de Salud Básica de la población:

- Esperanza de vida al nacer (años): este indicador nos permitirá observar las opciones de salud y vida con que cuenta el ser humano y la población a través de una vida longeva en los diferentes entornos sociales, económicos, políticos e institucionales. A medida que este indicador sea alto, mayor serán las posibilidades para que el individuo pueda desplegar una vida saludable y pueda alcanzar mayores metas.
- Tasa de supervivencia de menores de 5 años: a través de este indicador se podrá analizar los avances que se ha tenido en la población infante en lo referente a la mejora de sus condiciones y derechos en materia de salud. Entre mayor sea este indicador, esto

representaría la mejora en las condiciones de salud de los infantes y un indicador del avance en materia de las condiciones de salud en la entidad, región o país de análisis.

- Tasa de supervivencia materna: A través de esta tasa se podrá observar los avances que se han tenido en las condiciones y derechos en la salud tanto de las mujeres en periodo de embarazo como del infante en gestación. Asimismo, nos permitirá conocer si se presentan las condiciones básicas necesarias para el desarrollo de la salud como una libertad real, debido a que entre mayor sea este indicador, esto representaría un nivel más alto de opciones que tendrían las madres y los infantes de sobrevivir, y de este modo, como un indicador del desarrollo en salud que este grupo de la población ha tenido para poder evitar el suceso de muertes prematuras para ambos sujetos.
- Tasa de infantes con peso suficiente al nacer: a través de este indicador se podrá analizar si en los diferentes entornos creados por el Estado y la sociedad se presentan las condiciones de salud mínimas que un recién nacido necesita para poder potencializar su desarrollo (siendo estas que el infante recién nacido tenga un peso mínimo de 2,500 gramos).

De esta manera la libertad constitutiva en Salud Básica nos permitirá medir los avances o retrocesos de las condiciones de salud de la población en general, y de diferentes grupos vulnerables, y poder analizar de esta manera los beneficios o carencias del modelo de desarrollo vigente en materia de las condiciones básicas de la salud en la sociedad.

2) La libertad de Equidad en Salud: permitirá analizar el nivel de equidad que brinda la sociedad a la población en relación a las oportunidades en materia de salud que le permitan

acceder a mejores condiciones de vida y alcanzar la situación de tener una vida saludable. Para poder desplegar la salud como una libertad constitutiva debe darse la presencia de la igualdad de oportunidades entre las personas, es decir, se debe tener la posibilidad de poder acceder de forma libre y equitativa no solo a la atención sanitaria (servicios de salud) sino también en las condiciones de la salud y la posibilidad de vivir con salud a lo largo de la vida del ser humano. Estas condiciones deben de llegar a todas las personas, principalmente a los sectores más desprotegidos (Sen 2002).

La libertad de equidad en salud considerará los siguientes indicadores para cada una de las personas:

- Equidad de cobertura por la seguridad social.
- Equidad de oportunidades para salvaguardar la vida y salud de los infantes y de las mujeres embarazadas.

En este sentido, Paul Glewwe y Hanan Jacoby (1995), Barbieri (1991) y Hobcraft (1987) mencionan que un buen cuidado de la salud durante la infancia y a las mujeres en periodo de gestación es uno de los factores de mayor impacto en el bienestar de la sociedad, por lo cual se debe proveer las oportunidades en salud de una forma equitativa tanto a la mujer en periodo de gestación como al infante durante sus primeros años de vida, ya que conforme sea menor el riesgo de fallecimiento de la madre y del infante al inicio de su vida, mayor será el nivel de bienestar y desarrollo para ellos y la sociedad en su conjunto.

En este orden de ideas, Wagstaff y Van Doorslaer (1992) mencionan que para encontrar las inequidades presentes en materia de salud en la sociedad, el Coeficiente de Gini aplicado a indicadores en este aspecto, es un método innovador que permitiría observar las disparidades en el nivel de equidad en el acceso a las oportunidades en salud en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado.

Expuesto lo anterior, y para poder abordar la equidad de las libertades constitutivas en esta investigación, se utilizará el Coeficiente de Gini en salud como una medida para poder analizar la disparidad de las oportunidades que tiene la población en general y los grupos vulnerables como los infantes y las mujeres que se encuentran embarazadas.

Para las libertades constitutivas se consideran los siguientes indicadores²⁹:

- Mortalidad de menores de 5 años: a través de este indicador se conocerá las oportunidades de salud que tiene los infantes para poder lograr mejores condiciones de vida y supervivencia.
- Mortalidad Materna: nos permitirá analizar las oportunidades que tienen las mujeres embarazadas de poder acrecentar sus posibilidades de potencializar su libertad en salud, al igual que el infante por nacer.
- Tasa de población con seguridad social: nos ayudara a conocer los alcances que tiene la población para poder desplegar sus oportunidades de salud y ser atendidos de forma universal por la seguridad social.

²⁹ Para la aplicación del Coeficiente de Gini en cada uno de estos indicadores se utilizará el indicador a nivel municipal para poder obtener el Coeficiente de Gini a nivel Estatal y Nacional.

Para la equidad en las libertades constitutivas, se aplica el Coeficiente de Gini y se obtendrán los siguientes indicadores:

- Coeficiente de Gini en la salud infante de menores de 5 años.
- Coeficiente de Gini en la salud materna.
- Coeficiente de Gini en la cobertura en salud.

Estos coeficientes nos indican el nivel de equidad e inclusión social que tiene la población para poder desplegar sus oportunidades para potencializar a la salud como una libertad.

Un punto importante que se debe recordar es que el Coeficiente de Gini es un indicador que se mueve entre 0 y 1, en donde 0 representa equidad completa y 1 inequidad completa. Pero para fines de esta investigación, y de mayor entendimiento de nuestros indicadores debido a que a mayor se debe significar mejor situación y menor una situación adversa o peor, se modificara el orden del significado del rango del Coeficiente de Gini, por lo cual, a los indicadores antes mencionados se les aplicara una transformación matemática para definir diferente el rango en que se medirá las condiciones de equidad en salud. Esta transformación sería la siguiente:

$$\text{Equidad en Salud} = 1 - \text{Coeficiente de Gini en Salud}$$

Dado lo anterior, se puede mencionar que los indicadores seguirán moviéndose entre el rango de 0 a 1, sin embargo ahora, el número 0 representará inequidad completa y 1 representara equidad completa. Este cambio permitirá que nuestros indicadores tengan una significancia positiva, es decir, que un coeficiente mayor refiera mayores condiciones de equidad en las

oportunidades de salud y mejores condiciones de vida, y desde luego mayor desarrollo, y viceversa si es cero.

Al aplicar esta transformación a cada uno de los coeficientes de Gini en salud calculados, llegaremos a los siguientes indicadores:

- Equidad en Salud de los infantes (menores de 5 años): nos permitirá analizar el grado de equidad de las oportunidades que tienen para poder acceder a mejores condiciones de salud y tener la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable en los diferentes entornos en donde ésta se despliega.
- Equidad en Salud Materna: este indicador proveerá de información valiosa para el análisis del nivel de equidad de las oportunidades en salud tanto de las mujeres embarazadas como de los infantes por nacer, permitiendo conocer si se va avanzado o no en las condiciones de acceso a la salud para las mujeres embarazadas y disminuir la pérdida prematura de ellas y de los infantes que están por nacer.
- Equidad en la cobertura en Salud: este coeficiente permitirá observar las posibilidades que tiene el ser humano y la sociedad de contar con cobertura en salud en forma equitativa, situación que permitirá generar la inserción de la población a mejores niveles de desarrollo en salud.

La equidad en Salud, es una libertad fundamental del ser humano, que a través de la propuesta de esta investigación, nos permitirá abordar si las condiciones de salud abonan a nutrir la cohesión social y esto se vea reflejado en un mayor desarrollo.

Expuesto lo anterior, las libertades constitutivas en salud (salud básica y equidad en salud) al integrarse, nos permitirán conocer y analizar el nivel de desarrollo de las condiciones de salud actuales de la población y de los procesos y oportunidades para desplegar y potencializar la salud como una libertad inherente del progreso humano y si ésta puede transitar en condiciones de equidad hacia un desarrollo sustentable en beneficio de las presentes y futuras generaciones.

2.2. Libertades Instrumentales en salud

En el marco de esta investigación, las libertades instrumentales en salud se refiere a medios institucionales que permiten a la población acceder tanto a las *oportunidades sociales* (disponibilidad de servicios colectivos) como a la *seguridad protectora* (gestión para la protección contra eventos que pueden conducir la población a la indigencia, pérdida o falta de cobertura de un derecho) que brinda el Estado para garantizar el derecho y acceso a la salud. La importancia del papel instrumental de esta libertad radica en los diferentes tipos de oportunidades que se deben ofrecer al ser humano a través de los sistemas sociales e institucionales del Estado entre los que se encuentran los servicios de salud.

En este sentido, tanto el PNUD (1990) como Sen y Nussbam (1993) mencionan que el ser humano necesita contar con una serie de instrumentos o medios que le permitan acceder a una vida longeva y saludable, y asimismo a los diferentes entornos sustentablemente saludables creados por lo sociedad y el Estado. Entre estos medios se encuentran, los servicios de salud, agua, drenaje, entre otros, además de la gestión por parte del Estado, tanto en el ámbito

socioeconómico como en lo jurídico, que beneficie el transitar de la salud como una libertad y derecho humano.

Considerando lo anterior, y para poder realizar la valoración de los medios o instrumentos para el desarrollo en materia de salud, abordaremos en una primera instancia el grado de protección sanitaria que debe tener el ser humano para poder desplegar esta libertad en entornos saludablemente sustentables. En segundo lugar, se consideraran las oportunidades institucionales de la política social en salud, es decir, el nivel de cobertura y accesibilidad de los servicios de salud prestados por el Estado. Y finalmente, se considera evaluar el nivel de gestión y certidumbre jurídica que realizan las instituciones gubernamentales en los diferentes entornos sociales en beneficio de que la salud se proteja como un derecho social.

Para poder enmarcar lo anterior, se propone considerar tres libertades instrumentales en salud, siendo estas las siguientes:

- 1) Cobertura Sanitaria.
- 2) Accesibilidad a los servicios de salud.
- 3) Protección Estatal del derecho a la salud.

Estas libertades, tanto en lo individual como en su conjunto, permitirán conocer el grado de desarrollo de los entornos creados por la sociedad y el Estado para poder desplegar a la salud como una potencialidad del ser humano, y así, transitar hacia mejores condiciones que posibiliten tener mayor desarrollo humano y sustentable en la salud.

1) La *cobertura sanitaria*: nos permitirá observar el grado de cobertura de los servicios públicos en la sociedad y el nivel de las oportunidades sociales con las que cuenta la sociedad para poder prevenir enfermedades y contar con mejores condiciones sanitarias en los espacios en donde se pueda potencializar la libertad en salud de una manera humana y sustentable y poder alcanzar una vida más saludable.

En este sentido, Sen (2000) considera que la disponibilidad de servicios públicos no solo permite que el ser humano pueda llevar una vida mejor y con mayores posibilidades de desarrollo, sino también permiten el aumento de la libertad para participar más eficazmente en la creación de entornos más saludables. Por su parte, López (2000) plantea que es de suma importancia analizar los avances de los determinantes y entornos sociales en la salud de la población, para esto se debe conocer el grado de accesibilidad o cobertura que tiene los servicios públicos en la sociedad, los cuales permiten mejorar las condiciones sanitarias del ambiente en donde habitan, como lo son: los servicios de agua potable, energía eléctrica, drenaje, etcétera; y asimismo se debe tomar en cuenta las condiciones físicas de la infraestructura de la vivienda.

Considerando lo anterior, se plantea una serie de indicadores que permitan la valoración de esta libertad. Por lo cual, se propone el siguiente conjunto de indicadores para medir el avance en la Cobertura Sanitaria en la población:

- Porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda: este indicador nos permitirá observar las condiciones de saneamiento dentro del hogar y del entorno de la vivienda, y si se dan las condiciones mínimas necesarias para que la población tenga la oportunidad de poder prevenir o disminuir ciertas enfermedades gastrointestinales y de

la piel. Asimismo, nos ayudará a conocer las condiciones del entorno y medio ambiente donde viven las personas.

- Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable: que nos permitirá analizar el acceso que tiene la población para poder contar con calidad en el agua que permita evitar enfermedades gastrointestinales que pudieran afectar la salud.
- Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar: Esto nos permitirá conocer las oportunidades que tiene la población de contar con entornos que propicien la salud como: la conservación de los alimentos y el acceso a medios de información que permitan el abatimiento de enfermedades y ayuden a tener una mayor educación o información en materia de salud.
- Porcentaje de población con vivienda con piso firme: Este indicador nos permitirá observar las condiciones de sanidad con la que cuenta la población dentro de sus viviendas, y el grado de vulnerabilidad, en materia de salud, para poder hacer frente a la prevención o curación de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, cronicodegenerativas, entre otras.

De esta manera, la cobertura sanitaria, nos ayudara a analizar las condiciones salubres de los entornos en donde habita la población para poder evitar enfermedades, y así, conocer si se va avanzando hacia mejores oportunidades para el desarrollo humano en materia de salud y si estas son de carácter sustentable.

2) *Acceso a los servicios de salud*: a través de ésta, se pretende observar el nivel de cobertura por parte de las instituciones de salud hacia la población, y conocer las oportunidades que

tiene el individuo para acceder a la salud en los diferentes entornos donde el ser humano pueda potencializar esta libertad, y así, analizar el nivel de desarrollo que tienen estos servicios para proteger la salud de la población.

En este sentido, estudios realizados por el Banco Mundial (2004) y la Organización Panamericana de la Salud (2005) acerca del desarrollo y cobertura de los servicios de salud en América Latina y México, mencionan que en marco del análisis del progreso de una nación o región, es de suma importancia considerar el nivel de acceso a los servicios de salud con el que cuenta la población de un país, ya que esto representa un indicador relevante que permite medir los avances o retrocesos del desarrollo humano de un país determinado. Para esto, se debe considerar los alcances de la cobertura de los servicios de salud y de su infraestructura física (unidades médicas, consultorios, etc.) y de recursos humanos (médicos y enfermeras, principalmente), lo cual en su conjunto permite observar si están presentes los medios o entornos necesarios para cubrir a toda la población y que ésta tenga la posibilidad de tener una vida saludable y longeva.

Tomando en cuenta lo planteado anteriormente, se presenta un conjunto de indicadores que permitirán medir los avances o retrocesos en el acceso a los servicios de salud como una libertad instrumental para el despliegue y potencialización de la salud humana. Para ello hemos definido un conjunto de indicadores vinculados a la prestación y/o la cobertura de estos servicios. Estos indicadores serán los siguientes:

- Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud³⁰: este indicador permitirá analizar la fortaleza de las instituciones de salud y el grado de cobertura que tienen la seguridad social en la población en general y conocer los alcances del Estado en beneficio de la salud del ser humano en un entorno y espacio determinado.
- Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta: esta tasa observa el comportamiento y nivel de impacto y cobertura que tienen los servicios públicos de salud, ofrecidos por la Secretaría de Salud, en la población que no cuenta con seguridad social para permitirles tener la oportunidad de acceder a mejores condiciones de salud.
- Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados: Este instrumento nos permite analizar a otro sector de la población, el de los estratos medios y altos que probablemente no acuden al servicio de salud pública.
- Unidades médicas por cada 1,000 habitantes: este indicador nos proveerá de información para conocer si la infraestructura médica establecida puede hacer frente a la necesidad de acceso a la salud por parte de la población y cuál es su nivel de cobertura.
- Camas censables por cada 1,000 habitantes: este indicador nos referirá los alcances que tienen, en materia de recursos físicos, las unidades médicas para hacer frente a la cobertura de salud, es decir, nos permitirá observar si existen o no las condiciones o medios necesarios para solventar la demanda de salud de la población.
- Médicos por cada 1,000 habitantes: este indicador nos permitirá cuantificar y analizar el nivel de cobertura del personal médico de los servicios de salud en beneficio de la

³⁰ Se hace referencia a los servicios de salud prestados a la población derechohabiente (asegurado principal y sus consanguíneos o familiares) del IMSS, ISSSTE, SEMAR, Seguro popular, PEMEX, Estatales y otras instituciones públicas.

población demandante. Asimismo, y considerando que estos recursos humanos son los que juegan el rol principal dentro de los servicios de salud para que el ser humano (paciente) pueda desplegar su libertad en salud, este indicador también nos permitirá observar si existen las condiciones necesarias mínimas para poder prevenir o curar las enfermedades o padecimientos de la población al tener acceso a la cobertura médica.

- Enfermeras por cada 1,000 habitantes: a través de este indicador se podrá observar el nivel de alcance y desarrollo del personal de enfermería dentro de la prestación de los servicios de salud, en donde estas juegan un papel importante para la creación de los entornos saludables de los pacientes y permiten que se potencialice en mayor escala la política social de los sistemas de salud.

La libertad de acceso a los servicios de salud, nos permitirá conocer, a través de la prestación de estos servicios, como han transitado las condiciones de acceso y cobertura de la salud por parte del Estado, y si se han propiciado las condiciones necesarias para poder dotar de oportunidades a la población para que ésta pueda adentrarse a mejores niveles de desarrollo humano no solo en el presente sino también en el futuro, es decir, que el acceso a los servicios de salud sea una libertad progresiva y sustentable.

3) *Protección Estatal del derecho a la salud*: esta libertad se enmarca en los diferentes procesos de gestión que debería realizar el Estado para generar los entornos y espacios necesarios para garantizar la protección del derecho a la salud en la población, y así, poder observar y analizar las condiciones necesarias que se deberían cumplir, por parte de éste, para que la salud estuviera cubierta como un derecho. En donde el ser humano tuviera la seguridad

protectora de un Estado garante que crea los entornos necesarios e incluyentes para poder desplegar a la salud como una libertad y derecho universal.

En este sentido, García (2005) considera que parte de la problemática para que la salud no emerja como un derecho del ser humano radica en dos aspectos importantes: primero por la falta de gestión por parte del Estado para conformar una plataforma jurídica sólida en donde la salud quede consolidada dentro de un marco normativo constitucional como un derecho social y garantía universal del ser humano, y en segundo lugar, al poco deseo del Estado para invertir en los procesos de la política social en este sector y aumentar así las posibilidades de acción para incrementar las oportunidades de la población para poder acceder a mejores condiciones de salud. Asimismo, Sen (2006) plantea que el Estado tiene que operar como ente garante y regulador que garantice el despliegue de los derechos, como la salud, en forma eficiente para que el ser humano pueda desplegar sus más valiosas aspiraciones en entornos más desarrollados y sustentables.

Dado lo anterior, y para poder medir el grado de gestión que hace el Estado para proteger el derecho a la salud, se planteará un conjunto de indicadores que permitirá conocer los avances en este campo. Para esto, se considera, por una parte el nivel de inversión o gasto que hace el Estado hacia el sector salud y por otra parte si existen las condiciones jurídicas y normativas del derecho a la salud dentro del marco legal de nuestra Constitución (nacional y estatal) y/o alguna ley secundaria de índole tanto nacional como estatal.

Así, se plantean los siguientes indicadores para poder abordar esta libertad y poder medir la seguridad protectora del estado en beneficio del derecho a la salud:

- Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB: a través de este porcentaje se pretende analizar el nivel de aplicación e injerencia de la inversión en salud que realiza el Estado para desarrollar los espacios y entornos necesarios en este sector, generando así, las condiciones mínimas necesarias para que la sociedad en su conjunto pueda contar con la protección social en el campo de la salud como un derecho social y humano.
- Gasto Público en Salud per cápita: por medio de este indicador se analizará la asignación presupuestal promedio destinada a la población para garantizar sus derechos de contar con una vida sana y el acceso a los servicios de salud necesarios para el desarrollo personal. Se trata de conocer la gestión económica por parte del Estado para poder cubrir el derecho a la salud en cada uno de los integrantes de una sociedad.
- Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional: mediante este indicador cualitativo se pretende observar si la población cuenta o no con las condiciones mínimas jurídicas de universalidad, gratuidad, disponibilidad, equidad y calidad, en las normativas nacionales (constitución y leyes de salud) para poder desplegar la salud como un derecho.
- Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación estatal: mediante este aspecto cualitativo también se pretende analizar si la población cuenta o no con las condiciones mínimas jurídicas de universalidad, gratuidad, disponibilidad, equidad y calidad, en las normativas Estatales (Constitución y leyes de salud) para poder desplegar la salud como un derecho.

- Derechos reconocidos en materia de salud en leyes secundarias estatales o nacionales: mediante este aspecto cualitativo se pretende analizar si la población cuenta o no con otro marco normativo a nivel estatal o nacional que enmarque el derecho a la salud y le permita poder desplegarla en mayor certidumbre jurídica.

Así, la libertad de protección Estatal del derecho a la salud, nos permitirá conocer el grado de desarrollo de los mecanismos institucionales que sirven para proteger el derecho a la salud y crear las condiciones de seguridad para proteger a la salud como un derecho y libertad de la sociedad, y así disminuir el nivel de privaciones en la materia dentro de la población.

De esta manera, al integrarse las tres libertades instrumentales antes expuestas en este apartado, quedará conformada la *libertad instrumental* en salud, a través de la cual se podrá analizar los avances de las oportunidades sociales como de los medios instituciones que brindan los entornos creados por el Estado y la sociedad para asegurar que la salud surja como un medio para el desarrollo de la población y pueda potencializarse como una libertad inherente al ser humano para contribuir a otras libertades y aspiraciones más valiosas y fundamentales de la sociedad.

La propuesta metodológica que presentamos en esta investigación, que emana del enfoque de Desarrollo Humano de Amartya Sen, permite que, a través de las libertades constitutivas e instrumentales en salud, determinadas con anterioridad, se puedan sentar las bases para valorar el aumento o no de las privaciones en salud de la población y el nivel de desarrollo que presentan las oportunidades y los entornos en donde estas se despliegan, y conocer si vamos transitando hacia mejores escenarios de desarrollo humano y sustentable en salud.

Con el fin de contribuir a un mejor diagnóstico de la situación de las libertades del ser humano en materia de salud tanto a nivel nacional como local, se propone en esta investigación la construcción de un índice que conjunte las libertades constitutivas e instrumentales en salud, ya definidas, el cual nos permita conocer el nivel de desarrollo humano y sustentable en dicho ámbito y asimismo analizar las posibles desigualdades e inequidades existentes en este sector tanto en México como en Nuevo León. Esto se abordará en las siguientes secciones.

3. Hacia la construcción del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS)

El Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS) permitirá evaluar el nivel medio alcanzado por la sociedad al considerar un conjunto de *libertades constitutivas e instrumentales* necesarias para que el ser humano pueda desplegar las oportunidades en materia de salud en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado. De esta manera, se podrá observar y analizar el nivel de desarrollo humano y sustentable en materia de salud, y la sustentabilidad y equidad de los entornos en donde se despliega la salud como un derecho y libertad universal.

Este índice podrá tomar valores entre 0 y 1, un valor de 1 explicaría que se estuviera dando la mejor situación de desarrollo en las libertades en materia de salud y con un alto grado de equidad y sustentabilidad en los entornos sociales, en caso contrario, un valor igual a 0 se interpretara como una situación en donde no se presenta un desarrollo de las libertades y capacidades en salud, y además, se presenta una inequidad e insustentabilidad de los entornos sociales en donde la población despliega sus libertades en materia de salud.

3.1 Aspectos metodológicos

Los dos componentes que integrara al ISDHS están comprendidos por las libertades constitutivas en salud y las libertades instrumentales en salud, la unidad de análisis de este índice será a nivel estatal debido a la falta de información más desagregada y el período de estudio será de 1990 al 2005. A continuación se presentan las dimensiones, componentes e indicadores que integran a este índice.

Cuadro 12
Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS)

Dimensión	Componente (Libertad)
Libertad Constitutiva en Salud	Salud básica
	Equidad en Salud
Libertad Instrumental en Salud	Cobertura Sanitaria
	Acceso a los Servicios de Salud
	Protección Estatal del Derecho a la Salud

Cuadro 13
Libertad Constitutiva en Salud: componente e indicadores

Dimensión	Componente (Libertad)	Indicadores			
Libertad Constitutiva en Salud	Salud básica	Esperanza de vida al nacer	Tasa de supervivencia de menores de 5 años	Tasa de infantes con peso suficiente al nacer	Tasa de supervivencia materna
	Equidad en salud	Equidad en la mortalidad de infantes (menores de 5 años)	Equidad en la mortalidad materna	Equidad en la cobertura en salud	

Cuadro 14
Libertades Instrumentales en Salud: componentes e indicadores

Dimensión	Componente (Libertad)	Indicadores							
Libertad Instrumental en Salud	Cobertura Sanitaria	Porcentaje de población que dispone de drenaje		Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable	Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar		Porcentaje de población con viviendas con piso firme		
	Acceso a los Servicios de Salud	Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud	Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta	Tasa de población asegurada en los servicios de salud privados	Unidades médicas por cada 1,000 habitantes	Consultorios por cada 1,000 habitantes	Camas Censables por cada 1,000 habitantes	Médicos por cada 1,000 habitantes	Enfermeras por cada 1,000 habitantes
	Protección Estatal del Derecho a la Salud	Gasto Público en Salud como % del PIB		Gasto público en salud per cápita	Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional		Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación estatal		Derechos reconocidos en materia de salud en leyes secundarias estatales o nacionales

Un punto importante a señalar es que los indicadores que conforman el ISDHS presentan ciertas características que permiten su utilización en la integración de este índice, estas características son:

- 1) Poseen una asociación racional con el concepto de salud y con las libertades y capacidades del ser humano que se pretende integrar a través del planteamiento teórico-metodológico de Amartya Sen de la visión del desarrollo humano y de la sustentabilidad de los entornos sociales.
- 2) No son redundantes con otros indicadores sino complementarios, por lo cual permite realizar una evaluación de forma directa del desarrollo de las libertades en materia de salud y de los diferentes espacios en donde se despliegan.

Ahora bien, para poder integrar los diferentes indicadores y construir cada uno de los índices que permitirán valorar las diferentes libertades establecidas, y a su vez, permitir la conformación del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS) se tendrá que homogenizar o estandarizar los indicadores ya establecidos con anterioridad. Para realizar dicho proceso, se utiliza la metodología propuesta por el PNUD (1990) denominada metodología de los logros relativos o de máximos y mínimos, la cual ha sido utilizada para el cálculo del Índice de Desarrollo Humano. Esta misma metodología ha sido aplicada en otro tipo de estudios para la obtención de índices que permiten analizar y evaluar las condiciones de una problemática en particular, como las condiciones laborales de los trabajadores (Gálvez et al, 2011; Rodríguez-Oreggia y Silva, 2009), nivel de atención generacional (Mancha, 2011), y la atención y condiciones de salud de la población (OPS-Bolivia, 2009), entre otros.

A continuación se presenta el proceso metodológico que propone esta metodología de los logros relativos para la homogenización de los indicadores y poder así realizar su integración:

i) Si a lo que se aspira es que el indicador sea alto, es decir entre mayor sea su valor es mejor o significa mayor desarrollo, se utiliza la siguiente relación:

$$\frac{\text{valor efectivo del indicador } X_i - \text{Min } X_i}{\text{Max } X_i - \text{Min } X_i}$$

ii) Sin embargo, si a lo que se aspira es a que el indicador sea bajo, es decir entre más alto sea el valor del indicador representa una situación peor, por ejemplo la tasa de mortalidad, entonces se utilizará la siguiente razón:

$$\frac{\text{Max } X_i - \text{valor efectivo del indicador } X_i}{\text{Max } X_i - \text{Min } X_i}$$

Lo anterior también se realiza para poder poner en una misma dirección todos los indicadores que integraran a un índice por medio de esta metodología.

Donde;

X_i : se refiere a cada uno de los indicadores propuestos desde $i=1,2,\dots,16$

$\text{Min } X_i$: será el valor mínimo tomado como referencia para ese indicador.

$\text{Max } X_i$: será el valor máximo tomado como referencia para ese indicador.

Dado el planteamiento de las formulas para calcular los logros relativos de los indicadores y poder homogenizar a cada uno de estos, a continuación se presentan los valores mínimos y

máximos que se utilizaran para la estandarización de cada indicador y el planteamiento de porque se toman estos valores.

Cuadro 15

Indicadores de las Libertades Constitutivas en Salud: valores mínimos y máximos utilizados

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento de los valores mínimos y máximos
Salud básica	Esperanza de vida al nacer	85	25	Se toma como referencia los niveles utilizados por el PNUD para la estimación del sub-índice de salud del IDH, para lo cual se considera que las diferentes poblaciones del mundo deben alcanzar un máximo de 85 años y lo mínimo registrado sería de 25 años.
	Tasa de supervivencia de menores de 5 años	100	0	Se toman solo los dos posibles extremos del indicador, como valor mínimo sería cero, lo cual representaría que todos los menores de 5 años no pudieran sobrevivir, y como máximo 100, esto indicaría que del total de los niños menores de 5 años todos tuvieran las condiciones para poder sobrevivir. Lo anterior se plantea, debido a que necesitamos conocer en qué punto de este logro esta la sociedad.
	Tasa de infantes con peso suficiente al nacer	100	0	Se toma como valor mínimo cero lo cual significaría que ningún nacido vivo nace con peso suficiente al nacer (mayor a 2,500 gramos) y como máximo 100, lo cual indicaría que todos los infantes que nacen tienen un peso suficiente al nacer. Ambos valores representan las dos posibles situaciones que pudieran suceder en una sociedad, sin embargo esto permite a analizar los alcances de las oportunidades de salud de los infantes al nacer.
	Tasa de supervivencia materna	100	0	Se consideraran los dos situaciones posibles que pueden suceder, que toda mujer embarazada pueda morir, esto representaría que el indicador tomaría el valor de cero (mínimo), y en caso contrario, que toda mujer que está embarazada o en periodo posparto sobreviviera y tenga la oportunidad de desplegar sus libertades, esto estaría representado por el valor de 100 (máximo)

Cuadro 16

Indicadores de las Libertades Constitutivas en Salud: valores mínimos y máximos utilizados

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Justificación de los valores mínimos y máximos
Equidad en salud	Equidad en salud de los infantes (menores de 5 años)	No aplica	No aplica	Para esos indicadores no se utilizan valor mínimos y máximos para estandarizarlos como en los demás indicadores, ya que este coeficiente ya es un indicador que se mueve entre 0 y 1.
	Equidad en la salud materna	No aplica	No aplica	
	Equidad en la cobertura en salud	No aplica	No aplica	

Cuadro 17

Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento de los valores mínimos y máximos
Cobertura Sanitaria	Porcentaje de población que dispone de drenaje	100	0	Se toman como valores mínimos y máximos los extremos posibles del indicador, debido que lo deseable es que todos tengan este servicio, el valor máximo sería representado por el 100% de la población, sin embargo el otro extremo sería representado por el valor de cero y nos indicaría que ningún individuo tendría la cobertura de este servicio y tendría una privación.
	Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable	100	0	Los valores mínimos y máximos de este indicador serán las dos posibles situaciones que podrían acontecer, es decir, los valores extremos del indicador, que el total de la población tenga la cobertura de este servicio, representando el 100% , como valor máximo, por otro lado, se considera que es posible que ningún individuo tenga la cobertura de agua potable, lo que representaría el valor mínimo de este indicador, lo cual reflejaría un alto grado de privación de oportunidades en beneficio de la salud humana.
	Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar	100	0	Se consideran como valores mínimo y máximo los extremos posibles del indicador. Lo deseable es que todos tengan acceso a la energía eléctrica (100%) y puedan desplegar sus más valiosas aspiraciones para la vida, si en dado caso la población en su totalidad no pudiera realizar lo anterior, entonces representaría que no tienen la cobertura de este servicio y nos encontraríamos en el otro extremo (0%).

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento de los valores mínimos y máximos
Cobertura Sanitaria	Porcentaje de población con viviendas con piso firme	100	0	Los valores mínimo y máximo que puede tomar el indicador serán sus valores extremos, 0 y 100 respectivamente. Es decir, que ningún individuo cuente con vivienda con piso firme, o que suceda lo deseable, que toda la población pueda tener acceso a una vivienda con piso firme. Lo anterior nos permitirá analizar el avance de la cobertura de esta condición y observar el logro o avance de las condiciones sanitarias dentro del hogar.

Cuadro 18

Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento** de los valores mínimos y máximos
Acceso a los Servicios de Salud	Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud	100	0	Se toman como valores mínimos y máximos los extremos posibles del indicador, 0 y 100. Lo deseable es que la totalidad de la población esté cubierta por alguna institución pública de salud (IMSS, ISSSTE, SEMAR, Seguro Popular, Estatal, entre otros) y lo no deseable es que nadie de la población se encuentre cubierto para el acceso a los servicios de salud.
	Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta	100	0	Debido que lo deseable es que toda la población abierta (no asegurado) sea cubierta por los servicios de la Secretaría de Salud (100%), y si en dado caso no lo fuera, estaría representando una problemática para el despliegue de la salud como una libertad. Por lo cual, se toman como valores mínimos y máximos los extremos posibles del indicador.
	Tasa de población asegurada en los servicios de salud privados	100	0	Al igual que en los otros indicadores se toman como valores mínimos y máximos los extremos posibles del indicador, las dos situaciones posibles que pudieran ocurrir, 100 y 0 por ciento, respectivamente. En este caso, lo deseable es que sea bajo el indicador, debido a que si no lo es indicaría que los servicios públicos no están cubriendo a la población y no se están creando las condiciones necesarias para desplegar las oportunidades en salud de la población.

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento** de los valores mínimos y máximos
Acceso a los Servicios de Salud	Número de unidades médicas por cada 1,000 habitantes	1	0	Se toman estos extremos, un mínimo de cero, en donde no haya ninguna unidad médica por cada 1,000 habitantes y como máximo lo recomendado por la OMS de que se tenga una por cada 1,000 habitantes. De esta manera se conocerá los logros y avances en materia de recursos de salud y si se cumple o no con lo establecido por la OMS.
	Número de camas censables por cada 1,000 habitantes	2	0	Se considerará como valor mínimo cero, lo cual representaría que no están establecidas las condiciones necesarias para poder acceder a mejores condiciones de salud, y como máximo, lo recomendado por la OMS que son 2 camas por cada 1,000 habitantes, lo cual representaría que están las bases para mejorar las condiciones de acceso a oportunidades en la materia.
	Número de médicos por cada 1,000 habitantes	4.1	0	Se toma como valor mínimo cero, es decir que no estén presentes las condiciones de cobertura médica para la población, y como máximo, el promedio del indicador de los países de la OCDE durante el periodo de 1990 al 2005. Se considero este periodo debido a que el análisis de este estudio está enmarcado durante estos años y que por lo menos se pretende alcanzar los estándares promedio de los países miembros de esta organización, en donde México es participante.
	Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes	9.3	0	Se toma como valor mínimo cero, lo que representaría que no hubiera la cobertura de enfermeras para la población, y como máximo, el promedio de los países de la OCDE durante el periodo de 1990 al 2005. Para así conocer si estamos dentro de los estándares que presenta esta organización y si estamos avanzando o no en la creación de los entornos necesarios para potencializar las condiciones de vida de la población.

**Nota: Con este planteamiento se pretende enmarcar los avances de estas oportunidades sociales, en el ámbito de la salud, no solo a nivel nacional sino en el marco de dos organizaciones internacionales donde México es participante: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)³¹.

³¹ Los países miembros de la OCDE son: Canadá, Estados Unidos, México, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Japón, Nueva Zelanda y República de Corea.

Cuadro 19

Indicadores de las Libertades Instrumentales en Salud: valores mínimos y máximos utilizados

Libertad	Indicador	Valor Máximo	Valor Mínimo	Planteamiento de los valores mínimos y máximos
Protección Estatal del Derecho a la Salud	Gasto Público en salud como % del PIB	6.4	0	Se consideran dos situaciones, como valor mínimo, que no apliquen gasto público en materia de salud, y que este no tenga ninguna representatividad en el PIB de la unidad a analizar, es decir que sea cero. Por otro lado se considerara, como valor máximo, la situación de alcanzar la aplicación promedio registrada por los países de la OCDE durante el periodo de 1990 al 2005, en este indicador. De esta manera, se conocerán los avances logrados en las condiciones de la protección Estatal al derecho a la salud en comparación con otros países.
	Gasto Público en Salud per cápita (a precios del 2003)	5,012	0	Se considera como valor mínimo cero, como una situación posible, en donde no se aplica ningún nivel de gasto individual para la cobertura en salud, y como máximo, el valor más alto (en términos reales) registrado en México durante el periodo de 1980 al 2008. Esta situación se presentó en 1985, unos años después de ser elevado a rango constitucional a la salud como un derecho de la población.
	Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional	1	0	Estos indicadores se referirán a la existencia o no de las condiciones jurídicas y normativas en beneficio de la protección de la salud como un derecho y libertad de la sociedad, por lo cual si se cubre lo expuesto en el indicador este tomara el valor máximo =1, sino será 0, el cual representará el valor mínimo del indicador. Y no se aplicara la fórmula para estandarizar debido a que éste se mueve ya entre 0 y 1.
	Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación estatal	1	0	
	Derechos reconocidos en materia de salud en leyes secundarias estatales o nacionales	1	0	

Lo planteado anteriormente nos permitirá poder aplicar la metodología de máximos y mínimos y poder conformar el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, a continuación se presenta este procedimiento para cada uno de los componentes (libertades) y para las dimensiones que integran a este índice.

3.2 Conformación del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable.

El Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS) como se mencionó con anterioridad estará compuesto por dos componentes los cuales son: las Libertades Constitutivas en Salud (LCS) y las Libertades Instrumentales en Salud (LIS). Para cada una de ellas se integrara un índice que permita ver el progreso en cada una de ellas y además la integración de estos índices nos permite construir el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS). A continuación se presenta la descripción de la integración de cada índice de las libertades, para finalmente, ver metodológicamente como se integran al ISDHS.

3.2.1 El Índice de las Libertades Constitutivas en Salud

El Índice de las Libertades Constitutivas en Salud (ILCS) está integrado por el Índice de Salud Básica (ISB) y el Índice de Equidad en Salud (IES), cada uno de los índices antes expuestos serán integrados por los valores relativos de los indicadores planeados en la sección pasada.

1) El Índice de Salud Básica (ISB) está conformado por los logros relativos de los siguientes indicadores:

- EVN= *Esperanza de vida al nacer*
- TSM5= *Tasa de supervivencia de menores de 5 años*
- TIPS= *Tasa de infantes con peso suficiente al nacer*
- TSMAT= *Tasa de supervivencia materna*

Para poder estimar este índice, se considera que cada uno de los indicadores tiene el mismo peso e importancia en el desarrollo de la salud básica de la población, así el ISB será el promedio simple de los indicadores ya transformados en logros relativos y estaría representado por la siguiente expresión:

$$\text{ISB} = (\text{EVN} + \text{TSM5} + \text{TIPS} + \text{TSMAT})/4$$

2) El Índice de Equidad en Salud (IES) quedara integrado por los siguientes indicadores:

- EM5= *Equidad en la salud de infantes (menores de 5 años)*
- EMAT= *Equidad en la salud materna*
- ECS = *Equidad en la cobertura en salud*

Finalmente, para poder estimar el IES es importante considerar que la equidad es una libertad importante para el desarrollo humano y sustentable en salud, por lo cual se considera que cada uno de los indicadores tiene el mismo peso e importancia para que se dé el desarrollo de la salud en la población. De esta manera el IES será el promedio simple de los indicadores y estaría representada por la siguiente expresión:

$$\text{IES} = (\text{CEM5} + \text{CEMAT} + \text{CECS})/3$$

3) Después de establecer el procedimiento para estimar los índices de salud básica y de equidad en salud, esto nos permitirá integrar el Índice de Libertades Constitutivas en Salud (ILCS), el cual quedaría de la siguiente forma:

$$\text{ILCS} = W_1 * \text{ISB} + W_2 * \text{IES}$$

Donde;

W_i = las ponderaciones referentes a cada una de las dimensiones.

ISB= índice de salud básica.

IES = índice de equidad en salud.

En el ILCS, las ponderaciones para su integración sería de 1/2, debido a que ambas libertades tendrán la misma importancia para el desarrollo de las libertades constitutivas en salud, debido a que es tan importante tener un buen desarrollo en las condiciones de salud básica como en el grado de equidad presente para poder potencializar el desarrollo humano y hacerlo de manera sustentable, por lo cual el LCS quedaría de la siguiente manera:

$$ILCS = 1/2*ISB + 1/2*IES$$

Así el Índice de las Libertades Constitutivas en Salud nos permite observar el progreso en las condiciones fundamentales o básicas de desarrollo humano y sustentable en materia de salud que presenta la población, así como el grado de equidad en que se están presentando las condiciones para potencializar y desplegar a la salud como una libertad.

3.2.2 El Índice de las Libertades Instrumentales en Salud

El Índice de las Libertades Instrumentales en Salud (ILIS) está integrado por tres índices: el Índice de Cobertura Sanitaria (ICS), el Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS) y el Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud (IPEDES), cada uno de los índices antes expuestos son integrados por los valores relativos de los indicadores presentados anteriormente.

1) El Índice de Cobertura Sanitaria (ICS) está integrado por los logros relativos de los siguientes indicadores:

- PDD = Porcentaje de población que dispone de drenaje
- PAA = Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable
- PAE = Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar
- PVPF = Porcentaje de población con viviendas con piso firme

Para poder estimar este índice se considera que cada uno de los indicadores tiene el mismo peso e importancia para observar el avance en materia de los entornos saludables donde se encuentra el ser humano, así el ICS será el promedio simple de los indicadores ya transformados en logros relativos y estaría representado por la siguiente expresión:

$$ICS = (PDD + PAA + PAE + PVPF)/4$$

2) El Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS) está integrado por los siguientes indicadores (logros relativos):

- TCSS = Tasa de cobertura de los servicios públicos en salud
- TPSP = Tasa de población en servicios de salud privados
- TCPA = Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta
- UMP = Número de unidades médicas por cada 1,000 habitantes
- CCP = Número de camas censables por cada 1,000 habitantes
- MP = Número de médicos por cada 1,000 habitantes
- EP = Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes

Para poder estimar este índice se considera que cada uno de los indicadores tiene la misma importancia para observar el desarrollo en las oportunidades sociales en materia de salud y generar las condiciones necesarias de los entornos creados por el Estado para cubrir los servicios de salud a la población, este índice estaría representado por la siguiente expresión:

$$IASS = (TCSS + TPSP + TCPA + UMP + CCP + MP + EP)/7$$

3) Finalmente para calcular el Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud (IPEDS) se utilizara los logros relativos de los siguientes indicadores:

- GPS= Gasto Público en salud como % del PIB
- GPSP= Gasto público en salud per cápita
- DERMS= Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal.

Cabe mencionar que para poder calcular el DERMS serán utilizando los siguientes indicadores cualitativos:

- DERMSN = Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional
- DERMSE= Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación estatal
- DERMSEN= Derechos reconocidos en materia de salud en leyes secundarias estatales o nacionales

Estos indicadores son cualitativos dicotómicos, es decir, toman valor de cero o uno, dado las condiciones de definición presentados en la pasadas secciones. Como es importante que se den las tres condiciones en la legislación, los indicadores tendrán el mismo peso para calcular el DERMS y quedaría expresado de la siguiente forma:

$$\text{DERMS} = (\text{DERMSN} + \text{DERMSE} + \text{DERMSEN})/3$$

Finalmente, para estimar el IPEDS se considera que cada uno de los índices calculados tiene el mismo peso e importancia para observar el desarrollo en las oportunidades de protección del Estado para lograr los entornos necesarios que permitan cubrir el derecho y gestión de los servicios de salud en la población, lo cual traería como beneficio una mejora en las condiciones de salud y equidad. Este índice estará representado por la siguiente expresión:

$$\text{IPEDS} = (\text{GPS} + \text{GPSP} + \text{DERMS})/3$$

4) Después de presentar la forma que estarían integrados cada índice que compone el Índice de Libertades Instrumentales en Salud (ILIS), este índice quedara representado de la siguiente forma:

$$ILIS = W_1 * ICS + W_2 * IASS + W_3 * IPEDS$$

Donde;

W_i = a la ponderación referente a cada una de las dimensiones que lo componen

ICS = Índice de Cobertura Sanitaria

IASS = Índice de Acceso a los Servicios de Salud

IPEDS = Índice de Protección Estatal de los Derechos a la Salud

Es importante señalar que cada una de las tres libertades instrumentales en salud que componen al ILIS son de igual importancia para hacer y consolidar los entornos necesarios para potencializar las libertades en materia de salud, por lo cual las ponderaciones que se utilizara para estimar este índice serán de 1/3, de esta manera el ILIS quedara expresado de la siguiente forma:

$$ILIS = 1/3 * ICS + 1/3 * IASS + 1/3 * IPEDS$$

El ILIS nos permite observar el nivel de progreso que se da en los medios o en las oportunidades sociales y en la protección del Estado para poder cubrir a la población de mejores condiciones de accesibilidad en la salud, mejoramiento de sus entornos sanitarios y en los procesos de gestión que beneficien el despliegue de la salud como una libertad universal.

3.2.3 Integración del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS)

Para el desarrollo humano y sustentable de una población es tan importante desarrollar y consolidar tanto los medios y entornos como el resultado mismo del desarrollo, es decir consolidar las libertades fundamentales (constitutivas) como las libertades instrumentales de una población y sobre todo en lo que respecta al tema de salud, la cual es una de las principales libertades del ser humano.

Como se menciona con anterioridad, el ISDHS está compuesto por dos índices los cuales son: el Índice de las Libertades Constitutivas en Salud (ILCS) y el Índice de las Libertades Instrumentales en Salud (ILIS), y debido a que ambas son de suma importancia, para esta investigación se les otorgara el mismo pesos o ponderación a cada una de ellas para poder integrar este índice, quedando de la siguiente manera:

$$\text{ISDHS} = 1/2 * \text{ILCS} + 1/2 * \text{ILIS}$$

De esta manera queda integrado el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, el cual nos mediría el progreso en las libertades en salud de la población y los avances en las libertades fundamentales como son la salud básica y la equidad, asimismo como de los medios para potencializarla, como son la cobertura y gestión por parte de Estado tanto en materia de servicios públicos como de protección en el derecho a la salud.

Este índice tomara valores entre 0 y 1, los rangos que permitirán establecer si se han dado los avances o no de las libertades en materia de salud y su avance hacia la equidad serán los siguientes:

Cuadro 20
Rangos de análisis del Índice de Salud
para el Desarrollo Humano y Sustentable

Desarrollo	Rango
Alto	Mayor o igual a 0.80
Medio	Entre 0.50 y 0.79
Bajo	Menor a 0.50

Esta clasificación servirá tanto para el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable como para cada uno de los índices que lo componen. Este índice y sus sub-índices permitirán contribuir a la toma de decisiones y al posible desarrollo de políticas públicas en salud al poder reflejar brechas de injusticia social y señalar cuales serian las libertades y oportunidades humanas en salud que permitirán disminuir esas brechas.

Conclusión

El desarrollo de este planteamiento metodológico basado en la visión de Amartya Sen de las libertades del ser humano, permiten consolidar la metodología para la conformación de un Índice de salud, el cual ayudar a medir y evaluar el nivel de desarrollo de los entornos donde la población despliega y potencializa sus más altas aspiraciones en materia de salud, para esto el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable contempla los siguientes aspectos:

- Considera las desigualdades e inequidades existente en los entornos sociales y de gestión del Estado.
- El índice contempla indicadores relevantes tanto de las libertades constitutivas en salud, es decir de los resultados finales del desarrollo, como de las libertades instrumentales, los medios y determinantes que provocan potencializar la salud del ser humano.

- Permitirá la evaluación en el tiempo de las modificaciones en el desarrollo humano de las libertades en salud de la población.
- La metodología que se propone será reproducible, si así se deseará, para cualquier universo de unidades de observación diferente al que se propone en esta investigación, siempre y cuando se siga la metodología tal cual y se tenga la información disponible para los indicadores.

Por otro lado es importante señalar cuales serian los alcances de los resultados de este índice, siendo estos los siguientes:

- Permite observar y analizar el grado de desarrollo de las libertades en materia de salud, además de cuantificar los avances de las libertades tanto constitutivas como instrumentales en este ámbito.
- Identificar las brechas en materia de salud de la población y conocer los avances en comparación de los que se presentan a nivel país.
- Cuantificar los logros en materia de las libertades y oportunidades en salud a través de los indicadores considerados.
- Observar y analizar los avances en materia de equidad en el desarrollo de las libertades en salud.

Sin embargo, es importante señalar algunas cuestiones metodológicas que permitirán la validez de este índice, su integración, seguimiento y uso en otros estudios. Estas consideraciones de validez o en su caso de limitaciones metodológicas que se podrían señalar son las siguientes:

- Los resultados obtenidos del índice permitirán y serán validos para valorar los avances y la situación relativa de las condiciones de las libertades en materia de salud del Estado en un marco histórico, social, económico y medio ambiental determinado por el tiempo de la selección de los datos o indicadores.
- Los resultados obtenidos a través de este índice no deberá ser comparados con otros resultados registrados en el estado o con otros países, calculados con diferentes metodologías. Sin embargo, la metodología permite en un momento dado que el Estado pueda identificar los factores o variables en materia de salud que inciden en el índice y que pueden ser mejorados en beneficio del desarrollo.
- La tarea de diseñar y realizar el índice constituye un primer intento de enmarcar la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen de las libertades humanas, en este caso en materia de salud, que permita ver los alcances, logros y equidad del desarrollo de la salud en la población de Nuevo León (en particular) y en todo México en general. La cual se puede perfeccionar y ser agregativa, es decir, que permitan en un momento dado la integración de nuevos factores en los componentes y dimensiones ya establecidas que permitan dar un nuevo matizaje por el investigador.
- Asimismo, este índice presenta las limitaciones propias de un índice sintético e integrador y por las características de la información disponible para su conformación y estimación. Cabe señalar, que los indicadores o dimensiones que se incluyeron en los componentes de las libertades humanas en salud, consideran, principalmente, aspectos de las libertades que pueden ser modificadas positivamente o en su caso negativamente por instituciones o por la misma sociedad.

- Por otra parte, en el diseño de todo índice de condiciones sintéticas se presenta el dilema de tratar de que con el menor número posible de indicadores se refleje lo mejor posible el fenómeno que se pretende cuantificar. Sin embargo, como índice sintético al fin de cuentas, el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS), presenta la inmensa ventaja de que a través de una cifra se resume un problema complejo, y la gran desventaja de que un problema complejo es sintetizado a través de una cifra.
- Finalmente, la fuentes de información disponible es otra limitante para el diseño y aplicación del ISDHS y tiene principalmente dos niveles de posibles limitaciones: el primero de ellos se refiere a que las fuentes de información que se utilizan tienen diferentes niveles de calidad, el segundo hace referencia a la falta de información puntual del indicador, por lo cual en un momento dado, si así se requiriera, se tendrá que utilizar información que permita construir variables proxy o utilizar la de otro año cercano o simplemente no considerar al indicador por la falta de información disponible. Cabe señalar que el análisis inicial de este índice es a nivel Estatal debido a la falta de información a nivel municipal de la gran mayoría de los indicadores propuestos.

Considerando lo expuesto anteriormente, en el siguiente capítulo se presentan los resultados de la aplicación de esta metodología, que da como resultado las estimaciones del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable y de sus respectivos subíndices.

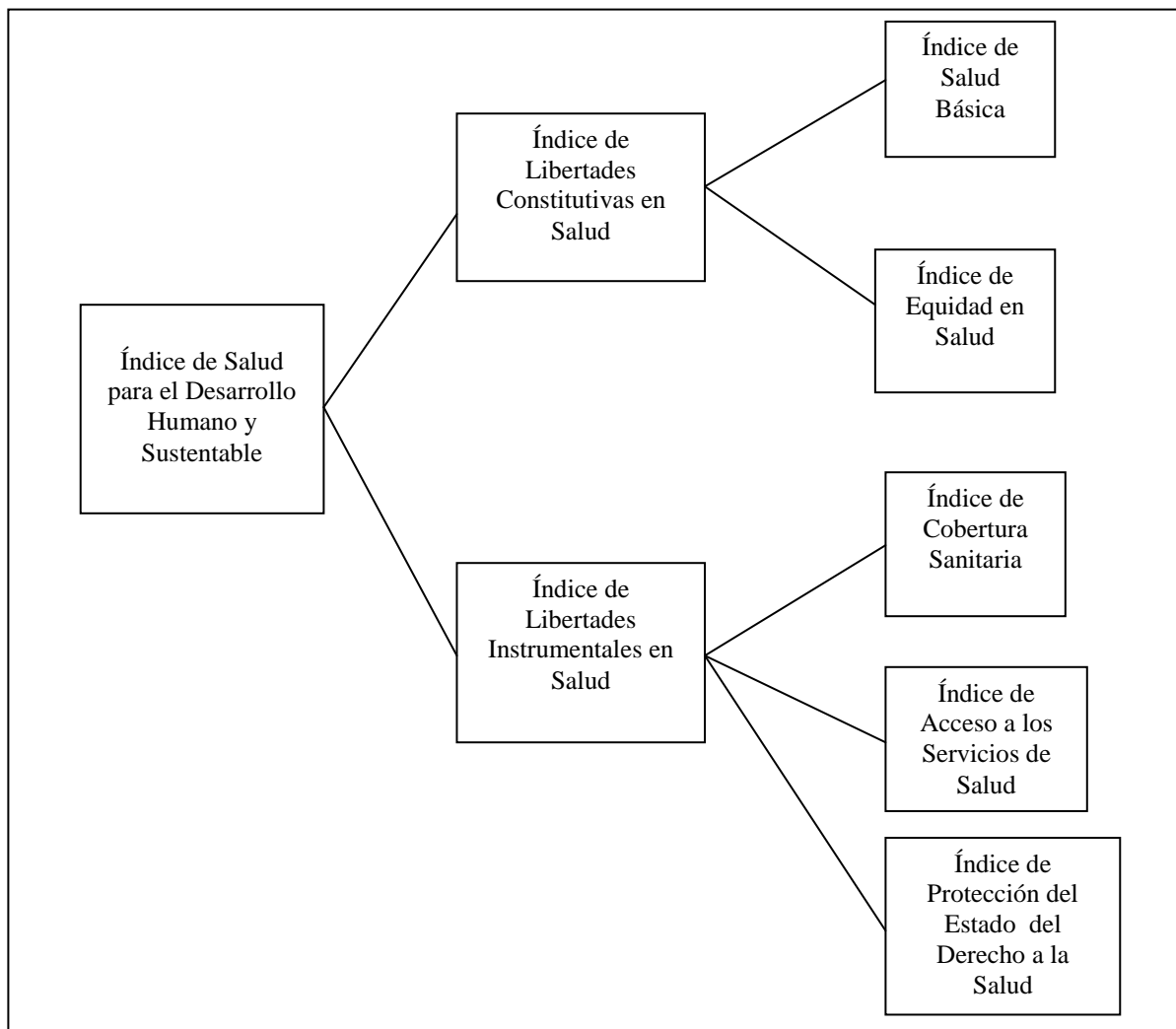
CAPÍTULO 5.
EL INDICE DE SALUD PARA
EL DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE

Introducción

En este apartado se presentan, para el período de 1990-2005, los resultados del indicador compuesto, el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* tanto para México como para el estado de Nuevo León, así como de cada uno de los sub-índices que lo integran: el *Índice de Libertades Constitutivas en Salud* y el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud*, mediante los cuales se podrá analizar los avances en el desarrollo de las oportunidades en materia de salud y de las condiciones de los entornos sociales en donde se expanden y potencializan las libertades humanas, y asimismo conocer si la condiciones de la salud en la población está transitando hacia la sustentabilidad y la equidad, y si ésta se está consolidando como una libertad universal y un derecho social.

En la siguiente figura se presenta la propuesta del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, y de cada uno de los sub-índices que lo integran, la cual se desarrolla ampliamente en el capítulo anterior y es la propuesta metodológica de esta investigación.

Figura 3
Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable: integración



Dado lo anterior, a continuación se aborda cada uno de los sub-índices que comprenden al Índice de Desarrollo Humano y Sustentable y conoceremos los resultados de cada uno de estos y su respectivo análisis.

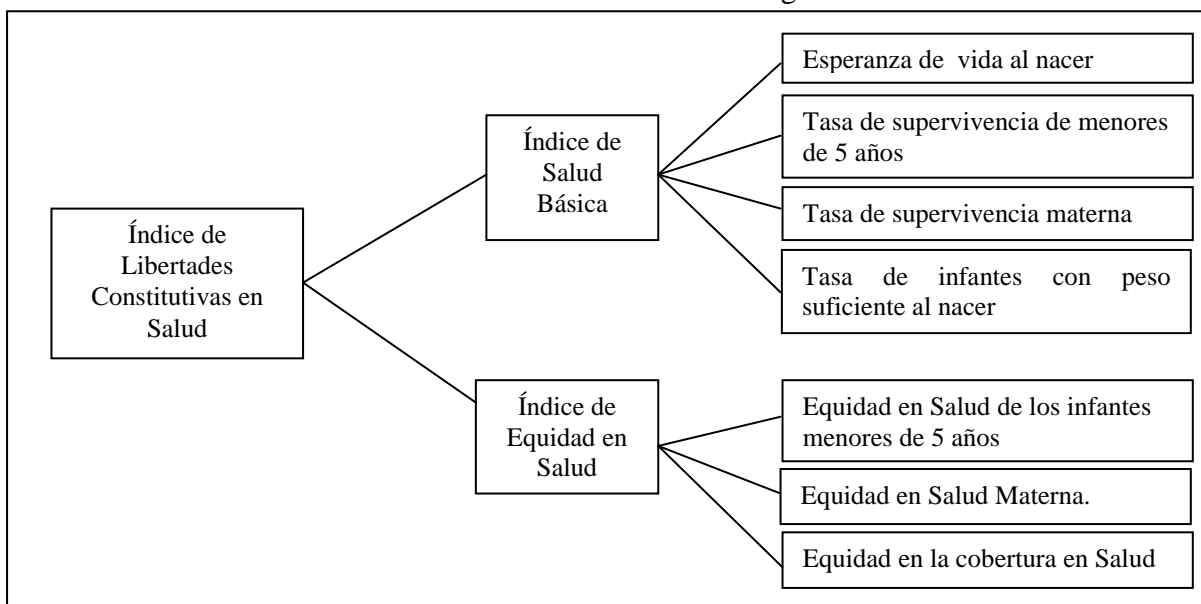
1. Índice de Libertades Constitutivas en Salud

La salud es una libertad en si misma que permite desarrollar los principales anhelos y logros del ser humano, por lo cual tenerla es de suma importancia para alcanzar un buen desarrollo

humano y sustentable. Así, la salud como libertad constitutiva del ser humano debe desplegarse de manera fundamental y potencializarse en entornos de la justicia social y de equidad. Por lo cual, el Índice de Libertades Constitutivas en Salud evaluará el grado de desarrollo que presenta la salud como una libertad constitutiva del progreso humano y cómo se despliega y potencializa en los diferentes entornos donde el ser humano vive.

Para esto, de acuerdo a la metodología planteada en el capítulo anterior, este índice considera dos sub-índices: el de salud básica y el de equidad en salud. La integración de estos dos sub-índices y de los indicadores que los integran permitirá calcular el Índice de Libertades Constitutivas en Salud, la forma esquemática de la integración de este índice se presenta en la figura 4. En las siguientes secciones se presentan los resultados de estos sub-índices y del Índice de Libertades Constitutivas en Salud.

Figura 4.
Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración e indicadores



1.1 Índice de Salud Básica: Indicadores y resultados

La salud básica es una libertad mínima fundamental para cualquier ser humano que le permite potencializar no sólo las capacidades en materia de salud sino también la posibilidad de realizar otro tipo de capacidades como estar educados, participar en la sociedad, trabajar, entre otras. Por lo cual, es importante observar el avance en este concepto dentro de la ciudadanía neolonesa y compararlo con el observado a nivel nacional.

Para poder llevar a cabo lo anterior, se necesita integrar un grupo de indicadores que permitan analizar en su conjunto el nivel de la salud básica de la población. Por lo tanto, la propuesta del Índice de Salud Básica considera indicadores que son utilizados en programas mundiales como los Objetivos del Milenio y la Agenda 21 para poder analizar las condiciones de salud de la población. Los indicadores que se utilizan para integrar el Índice de Salud Básica, son los siguientes:

- Esperanza de vida al nacer (años)
- Tasa de supervivencia de menores de 5 años (%)
- Tasa de supervivencia materna (%)
- Tasa de infantes con peso suficiente al nacer (%)

Los cuales al integrarse nos permitirán conocer el nivel de desarrollo de las condiciones y oportunidades fundamentales de salud de la población. A continuación se presentan los resultados de estos indicadores tanto para Nuevo León como para México durante el período de 1990 al 2005.

Cuadro 21
Indicadores de la Salud Básica en México y Nuevo León
1990-2005

Indicador/ Año	Nacional				Nuevo León			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Esperanza de vida (años)	70.60	72.40	72.60	75.60	72.70	73.90	75.60	76.30
Tasa de supervivencia de menores de 5 años (%)	95.58	96.63	97.15	97.70	96.60	97.09	97.56	98.15
Tasa de supervivencia materna (%)	99.91	99.92	99.93	99.94	99.96	99.98	99.95	99.97
Tasa de infantes con peso suficiente al nacer (%)	88.90	90.80	91.04	93.09	90.43	91.95	93.32	94.90

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, CONAPO y Secretaría de Salud

En el cuadro 21 se puede observar como durante el periodo de 1990 al 2005, los indicadores de la salud básica (que se han definido para esta investigación) nos reflejan que, en términos generales, tanto a nivel nacional como estatal se han mejorado las condiciones básicas o fundamentales de la salud de la población, es decir la libertad fundamental de tener una vida larga y saludable y la posibilidad de prever muertes tanto de las presentes como de las futuras generaciones se ha mejorado, en términos generales, durante el periodo de estudio. Cabe mencionar que el estado de Nuevo León, durante este periodo, presenta mayores indicadores en materia de salud básica que lo reflejado a nivel nacional. Asimismo, reflejo indicadores muy similares a países como Paraguay, Perú, Argentina, Croacia y Venezuela (OMS, 2009).

A continuación se presenta una descripción de los avances de cada uno de los indicadores utilizados para integrar el Índice de Salud Básica:

- *Esperanza de vida al nacer*

Al realizar un análisis puntual de cada uno de los indicadores, encontramos que para el año 1990, la esperanza de vida al nacer en Nuevo León era de 72.7 años, 2.1 años por encima del

reportado a nivel nacional que era de 70.6 años, para el 2005 este indicador fue de 76.3 años para la entidad, en cambio a nivel país, este registraba 75.6 años en promedio. Es importante resaltar que en cuanto a este indicador, la entidad está a niveles de países como Polonia, Croacia y Argentina, y por encima de países como Brasil y Turquía (OMS, 2009).

- *Tasa de supervivencia de menores de 5 años*

En lo que respecta a la tasa de supervivencia infantil de menores de 5 años, en 1990 para México era del 95.58%, es decir, de cada 100 infantes nacidos vivos al menos casi 96 sobreviven al menos a los 5 años de edad, ya para el 2005 esta tasa fue de 97.7%, es decir, en estos 15 años aumentó en un 2.2% la tasa de supervivencia de los menores de 5 años en el país. Por su parte, en Nuevo León, para 1990 esta tasa era del 96.6%, solo un poco por encima de lo reportado a nivel nacional para ese año, para el 2005 esta tasa se incrementó a 98.15%, es decir, la tasa de supervivencia para los infantes menores de 5 años para la entidad, durante el periodo de 1990-2005, se incrementó en un 1.6%, lo cual nos señala, que durante el periodo de estudio, en la entidad se presentaron mayores indicadores que lo reportado a nivel nacional y que la brecha de supervivencia convergió en mayor medida a nivel país que a nivel estatal.

No obstante lo anterior, cabe mencionar que el estado de Nuevo León, en materia de tasa de supervivencia de menores de 5 años, refleja indicadores similares a países como Argentina, Ucrania, Croacia y Chile, y presenta un mayor indicador que países como Bulgaria, Ecuador y Rusia (OMS, 2009).

- *Tasa de supervivencia materna*

En lo referente a la tasa de supervivencia de las mujeres embarazadas o en periodo de parto, este indicador nos señalan que para 1990 en México se presentaba una tasa del 99.91% es decir casi todas las mujeres que se encontraban en periodo de gestación sobrevivían, para el año 2005, esta tasa pasó al 99.94%, manteniendo la tendencia antes presentada. En este mismo sentido, estas condiciones se presentaron en la entidad, en 1990 esta tasa fue del 96.96% y pasó para el 2005 al 99.97%, lo cual nos presenta una entidad fuerte en la accesibilidad a las condiciones de salud básica tanto para las mujeres embarazadas como para sus infantes en proceso de gestación. Sin embargo es importante señalar que no hay mucha diferencia entre lo reportado en Nuevo León como lo señalado a nivel país. Además, se puede mencionar que este nivel de supervivencia de la salud materna alcanzado en la entidad es muy parecido a la observada por países como Chile y Uruguay, y es mucho mejor que lo reportado por países como Rumania y Argentina (OMS, 2009).

- *Tasa de infantes con peso suficiente al nacer*

Por otro lado, esta tendencia también se presentó en relación al estado nutricional de los infantes al nacer. A nivel nacional, la tasa de infantes con peso suficiente al nacer era de 88.9%, es decir por cada 100 nacidos vivos casi 89 presentaban un peso igual o mayor a 2,500 gramos, para el 2005 esta tasa se incrementó a 93%. En comparación, con lo reportado en Nuevo León, esta tasa pasó de 90.4% en 1990 a 94.9% en el 2005, presentando un incremento en casi 5 puntos porcentuales, lo anterior nos refiere que las condiciones de acceso a la salud y al estado nutricional de los infantes se mejoraron durante este periodo y se generaron las

condiciones necesarias para que más infantes pudieran tener las oportunidades básicas para tener un mayor desarrollo durante sus primeros años de vida.

En resumen, estos indicadores en su conjunto nos señalan que tanto en Nuevo León como en el país, durante el periodo de 1990-2005, las condiciones mínimas necesarias para que la población pueda tener una vida larga y saludable, y además se puedan evitar muertes de grupos vulnerables como los infantes y las mujeres en periodo de gestación, se han visto favorecidas y han permitido que la población tanto infante como adulta pueda tener mejores oportunidades para su desarrollo.

- *Índice de Salud Básica: resultados*

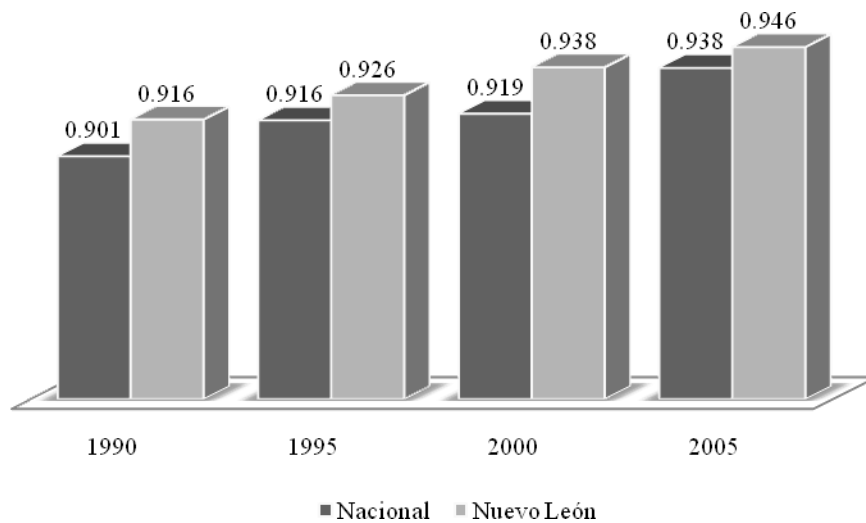
Para poder analizar esto de una forma integral y compuesta se integran los indicadores presentado anteriormente, y aplicando la metodología planteada en el capítulo anterior, se estima el Índice de Salud Básica³², el cual nos muestra que para México, las condiciones de Salud Básica de la población han mejorado durante el periodo de 1990 al 2005, debido a que este índice pasó de 0.901 en 1990 a 0.938 en 2005, posicionándose en el rango de nivel de desarrollo alto de las condiciones de salud básica y fundamentales del ser humano, como se puede observar en la siguiente grafica.

³² El *Índice de Salud Básica (ISB)* está conformado por los logros relativos de los siguientes indicadores:

- EVN= *Esperanza de vida al nacer*
- TSM5= *Tasa de supervivencia de menores de 5 años*
- TIPS= *Tasa de infantes con peso suficiente al nacer*
- TSMAT= *Tasa de supervivencia materna*

Se estima de la siguiente manera: $ISB = (EVN + TSM5 + TIPS + TSMAT)/4$

Gráfica 1
Índice de Salud Básica para México y Nuevo León
1990-2005



Fuente: Elaboración propia con base en datos de INEGI, CONAPO y Secretaría de Salud.

Por su parte en Nuevo León, durante el periodo de análisis, se presenta una mejora en el desarrollo de las condiciones de salud básica de la población, ya que este índice pasó de 0.916 en 1990 a 0.946 en 2005, mostrando que la entidad se encontraba mejor posicionada en el nivel alto de desarrollo de estas oportunidades básicas de salud en comparación que lo reflejado a nivel nacional.

No obstante que en la entidad se ha mantenido en un nivel alto el desarrollo de las oportunidades de salud básica de la población, durante los años de 1990 al 2005, este presentó una tasa de crecimiento promedio anual de 0.2%, reflejando que durante estos 15 años, aún cuando el nivel de desarrollo en este rubro es alto, se ha mantenido con muy poco crecimiento durante este periodo. Estos nos puede referir que se está presentado indicios de un pequeño estancamiento en la consolidación de los oportunidades fundamentales de la población para poder desplegar y potencializar a la salud como una libertad universal.

También es importante señalar que la diferencia que se da entre el índice de salud básica nacional y el índice a nivel estatal, en 1990, era de 1.5%, pero para el 2005 esta diferencia se redujo al 0.9%, mostrando así, que las condiciones de desarrollo, aún cuando se mantenían en un nivel alto y progresivo, el mejoramiento fue más dinámico a nivel nacional que a nivel estatal. Por lo cual, podemos referir que el desarrollo de las condiciones de las libertades básicas y fundamentales en salud en Nuevo León no ha presentado el desarrollo esperado, y posiblemente están siendo afectadas por el proceso mercantilista del modelo neoliberal de transforma a la salud de un bien público a un bien privado y de las fuerzas del mercado en donde las condiciones de la población la hacen rehén de un sistema de salud no garante de este derecho e inerte al proceso de las políticas establecidas durante la última década del siglo XX.

1.2 Índice de Equidad en Salud: Indicadores y resultados

La equidad es una condición básica y necesaria para el desarrollo sustentable y humano, y también para que se pueda potencializar las libertades y oportunidades de los seres humanos. De esta manera, la equidad en materia de salud es importante para poder observar como estarían consolidados o no los entornos sociales para potencializar las libertades fundamentales en el rubro de la salud, y poder analizar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud. Asimismo nos indica donde están las zonas y sectores vulnerables, y así, tener la capacidad de definir acciones para prever muertes prematuras de infantes, mujeres embarazadas y de recién nacidos. Por lo tanto, es necesario buscar que se dé una equidad en las condiciones y accesibilidad en la salud tanto a nivel intergeneracional, entre infantes y adultos –principalmente las mujeres embarazadas- e intrageneracional entre los mismos infantes y el resto de la población.

Para poder realizar lo anterior se propone utilizar una variante del coeficiente de Gini en Salud propuesto por Wagstaff y Van Doorslaer (1992), de donde se desprenden, para esta investigación³³, los indicadores que integran al Índice de Equidad en Salud, que son los siguientes:

- Equidad en Salud de los infantes menores de 5 años.
- Equidad en Salud Materna.
- Equidad en la cobertura en Salud.

A continuación se describen los resultados de cada uno de estos indicadores, los cuales se presentan en el cuadro 22.

Cuadro 22
Índices de Equidad en Salud en México y Nuevo León
1990-2005

Indicador/ Año	Nacional				Nuevo León			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Equidad en Salud de menores de 5 años	0.628	0.548	0.557	0.588	0.664	0.591	0.579	0.576
Equidad en Salud Materna	0.659	0.673	0.583	0.584	0.761	0.752	0.695	0.660
Equidad en la cobertura de salud	0.522	0.502	0.482	0.433	0.559	0.551	0.540	0.528

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI y Secretaría de Salud

- *Equidad en Salud de los infantes menores de 5 años*

Se observa que durante el período de 1990-2005 ocurrió un deterioro en las condiciones de equidad en el acceso a los servicios de salud para los infantes menores de 5 años, tanto a nivel nacional como para el estado de Nuevo León. A nivel nacional, en 1990, el índice de equidad en salud de menores de 5 años era de 0.628 y pasó en 2005 a 0.588 representando esto

³³ Para una mayor referencia de cómo se utiliza el coeficiente de Gini refiérase al apartado de metodología de esta investigación.

un reducción del 6.4% en el nivel de equidad del acceso a la salud y de las oportunidades constitutivas en este grupo de edad.

En comparación, en Nuevo León esta reducción del nivel de equidad fue mucho mayor (13.3%), pasando este índice de 0.664 en 1990 a 0.576 para 2005, incluso por debajo del índice a nivel nacional.

- *Equidad en Salud Materna*

Esta misma tendencia hacia la baja que presentó la equidad en salud infantil, se presentó en el nivel de equidad en el acceso a la atención médica tanto de la madre como para el infante en gestación, debido a que para el año 1990, el índice de equidad en salud materna fue de 0.659 y para el 2005 este índice reportó un reducción del 11.4%, posicionándose en 0.584 en ese año. Por su parte para Nuevo León, las condiciones en materia de equidad para la salud materna presentaron mejores niveles que lo reportado a nivel nacional, sin embargo, durante el periodo de análisis, la equidad en salud en este grupo de población se vio disminuida, al pasar este índice de 0.761 en 1990 a 0.660 en el 2005. Lo cual nos permite señalar que el acceso a los servicios de salud y a la atención médica cada vez se daba en entornos más inequitativos en la entidad y que podría provocar que se diera una alta concentración de las muertes prematuras de las mujeres embarazadas y de sus hijos en sectores de bajos ingresos.

- *Equidad en la cobertura en Salud*

En este mismo orden de ideas, al analizar el nivel de penetración y cohesión que se da en la equidad en la cobertura de salud tanto en México como en la entidad, se observa que el nivel

de equidad en esta materia, en el país se ha visto deteriorada durante los años de 1990 al 2005, esto se puede observar al considerar que el coeficiente de equidad en cobertura en salud para 1990 fue de 0.522 y pasó a 0.433 en el 2005. Esta tendencia hacia la baja y hacia un nivel de equidad de bajo desarrollo, también se presentó en Nuevo León, aunque en menor medida que lo presentado a nivel nacional, ya que este indicador en 1990 en la entidad fue de 0.559 y pasó a 0.528 para el 2005, esto caída represento una disminución del 5.5% en el nivel de equidad en las condiciones de cobertura en salud en la entidad.

- *Índice de Equidad en Salud: resultados*

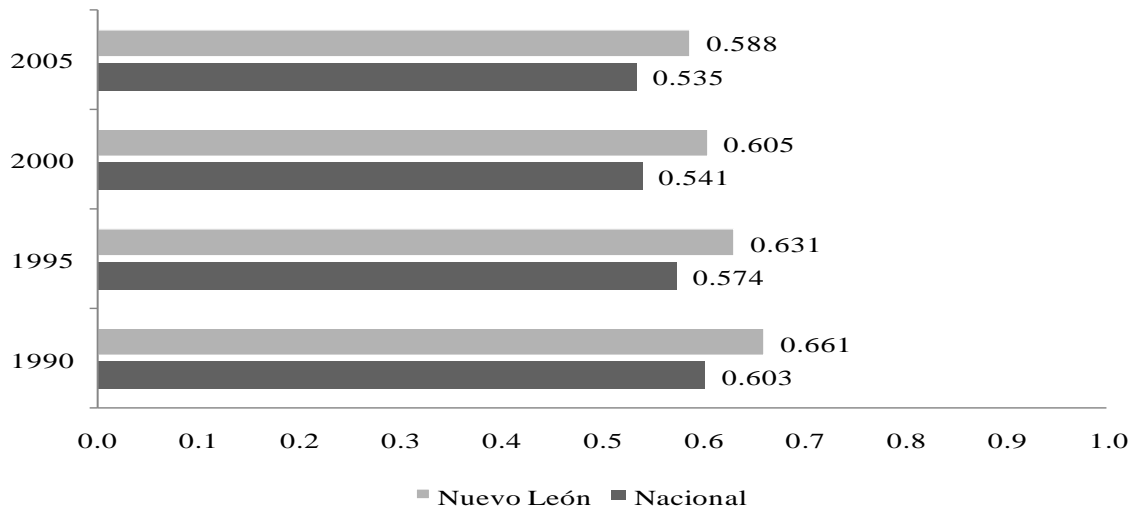
Ahora bien, y tomando en cuenta los índices presentados en el cuadro 22, se integra el Índice de Equidad en Salud³⁴, el cual nos permite conocer, de manera integral, el nivel de equidad y cohesión social en salud que se presenta en la población tanto de México como en Nuevo León. A continuación se presentan los resultados de este índice para el periodo de 1990 al 2005.

³⁴ El *Índice de Equidad en Salud (IES)* quedara integrado por los siguientes indicadores:

- EM5= *Equidad en la salud de infantes (menores de 5 años)*
- EMAT= *Equidad en la salud materna*
- ECS = *Equidad en la cobertura en salud*

Se estima de la siguiente manera: $IES = (EM5+EMAT+ECS)/3$

Gráfica 2
 Índice de Equidad en Salud para México y Nuevo León
 1990-2005



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI y Secretaría de Salud

En la gráfica anterior se observa como el Índice de Equidad en Salud para México ha ido disminuyendo durante el periodo de 1990 al 2005, el cual pasó de 0.603 en 1990 a 0.535 en el 2005, esto nos muestra como se ha ido deteriorando las condiciones de justicia social y equidad presentes en la población para poder potencializar y expandir sus libertades fundamentales en materia de salud. No obstante de la tendencia de este indicador, éste se mantiene en el rango medio de desarrollo en materia de equidad, sin embargo se encuentra en un segmento muy bajo dentro del desarrollo medio.

Por su parte, para Nuevo León, el Índice de Equidad en Salud presenta la misma tendencia hacia la baja que la observada a nivel nacional. En 1990 era de 0.661 y para 2005 se redujo a 0.588, representando un lamentable retroceso del 11%; es decir, la desigualdad en salud aumentó en la entidad. Cabe mencionar que en Nuevo León, durante el periodo de análisis, siempre presentó un nivel de desarrollo en materia de equidad en salud mayor que el reportado

a nivel nacional, sin embargo es notorio que la brecha entre el nivel nacional y el estado sufrieron una convergencia pero negativa, Nuevo León se acercó al índice nacional.

Asimismo, este incremento en la inequidad en salud nos refiere que el modelo económico actual, el cual se arraigó en México desde la década de los 90's, ha estado provocando que la sociedad no solo se vaya estancando en su proceso de desarrollo, sino además que ésta se aleje cada vez más de la posibilidad de tener un acceso y cobertura universal de este derecho.

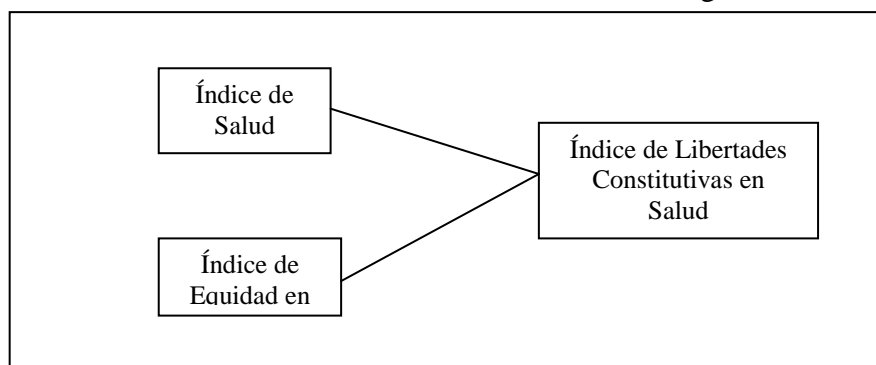
De esta manera, es necesario enfocarse en programas o políticas públicas en salud que inserten la visión de equidad como un eje transversal para transitar hacia un mayor desarrollo humano y sustentable en la sociedad neolonesa y del país, y poder cambiar el modelo actual a un proceso de asignación económico con rostro humano que tenga en la equidad un factor primordial para el desarrollo de la sociedad.

1.3 Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración y resultados

Para que la población en general pueda desplegar la salud como una capacidad fundamental y una oportunidad constitutiva del quehacer diario en su vida es necesario que se tengan un nivel mínimo de condiciones de salud básica en la sociedad y que esté presente la equidad en los procesos y en las oportunidades de acceso a la salud en los diferentes grupos que la integran.

En este sentido, el Índice de Libertades Constitutivas en Salud³⁵, el cual está integrado por los sub-índices de Salud Básica y de Equidad en Salud, nos permite observar y analizar en conjunto los avances en la salud básica de la población y el grado de equidad en que se da el acceso a las oportunidades en materia de salud en la población de México y de la entidad.

Figura 5.
Índice de Libertades Constitutivas en Salud: integración



A continuación se presentan los resultados del Índice de Libertades Constitutivas en Salud, para el periodo 1990 al 2005, tanto para México como Nuevo León.

³⁵ El *Índice de Libertades Constitutivas en Salud (ILCS)*, se estima de la siguiente manera:

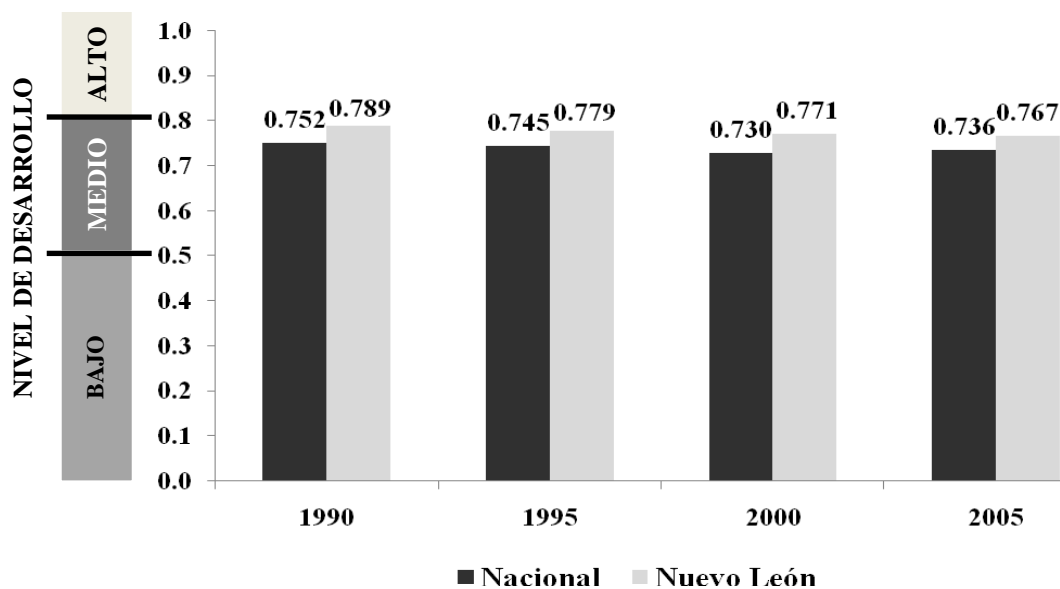
$$ILCS = 1/2 * ISB + 1/2 * IES$$

Donde:

ISB= índice de salud básica.

IES = índice de equidad en salud.

Gráfica 3
 Índice de Libertades Constitutivas en Salud,
 México y Nuevo León
 1990-2005



Fuente: Estimación propia.

En la gráfica anterior se observa, que para 1990 a nivel nacional este índice era de 0.752, lo cual representa un nivel medio de desarrollo de las libertades de salud constitutivas y de la equidad, sin embargo este índice presentó durante el periodo de análisis una disminución del 2.1%, posicionándose en 2005 en 0.736, no obstante esta disminución, el Índice de Libertades Constitutivas en Salud se ha mantenido en el rango medio. Es importante señalar que esta disminución ha acontecido principalmente por el incremento en la desigualdad e inequidad presente en las oportunidades de acceso a la salud en la población, principalmente en el acceso a los servicios de salud y en su cobertura hacia los grupos más vulnerables de la sociedad como son los infantes y las mujeres embarazadas.

Este mismo comportamiento se presentó en el estado de Nuevo León, debido a que el Índice de libertades constitutivas en salud en la entidad, en 1990, fue de 0.789, lo cual representa un nivel medio de desarrollo, pero considerablemente alto dentro de este rango, sin embargo para el 2005 este índice se posicionó en 0.767, trayendo consigo una reducción del 2.8% en el nivel de desarrollo de la población y en las condiciones de equidad en salud en la entidad en su conjunto.

Al igual que a nivel nacional, en Nuevo León, el incremento en la inequidad en las condiciones de atención y acceso a la salud en la sociedad neolonesa es el principal factor que ha provocado que para el año 2005, no se pueda mantener el nivel de desarrollo constitutivo en salud que presentaba la entidad a principios de la década de los 90's. Por lo cual, es importante tener en cuenta que una mejora en la equidad, en el ámbito de la salud, permitiría potencializar y mejorar las condiciones en donde se despliegan tanto la salud como otras libertades y capacidades del ser humano.

De esta manera, es necesario no solo seguir manteniendo los estándares altos de desarrollo en las condiciones (promedio) de salud básica en la población, sino además dotar de escenarios y condiciones de acceso equitativos a la población para la potencialización y desarrollo de estas libertades u otras relacionadas al ámbito de la salud (como la educación, el aspecto laboral, la libertad de elegir, entre otras), que puedan generar un mayor impacto en el desarrollo de las condiciones constitutivas en materia de salud tanto en México, como en Nuevo León.

Para esto se necesita romper con el modelo mercantilista del acceso a la salud presente actualmente, es decir se tiene que revirar a una política de inclusión social en donde la

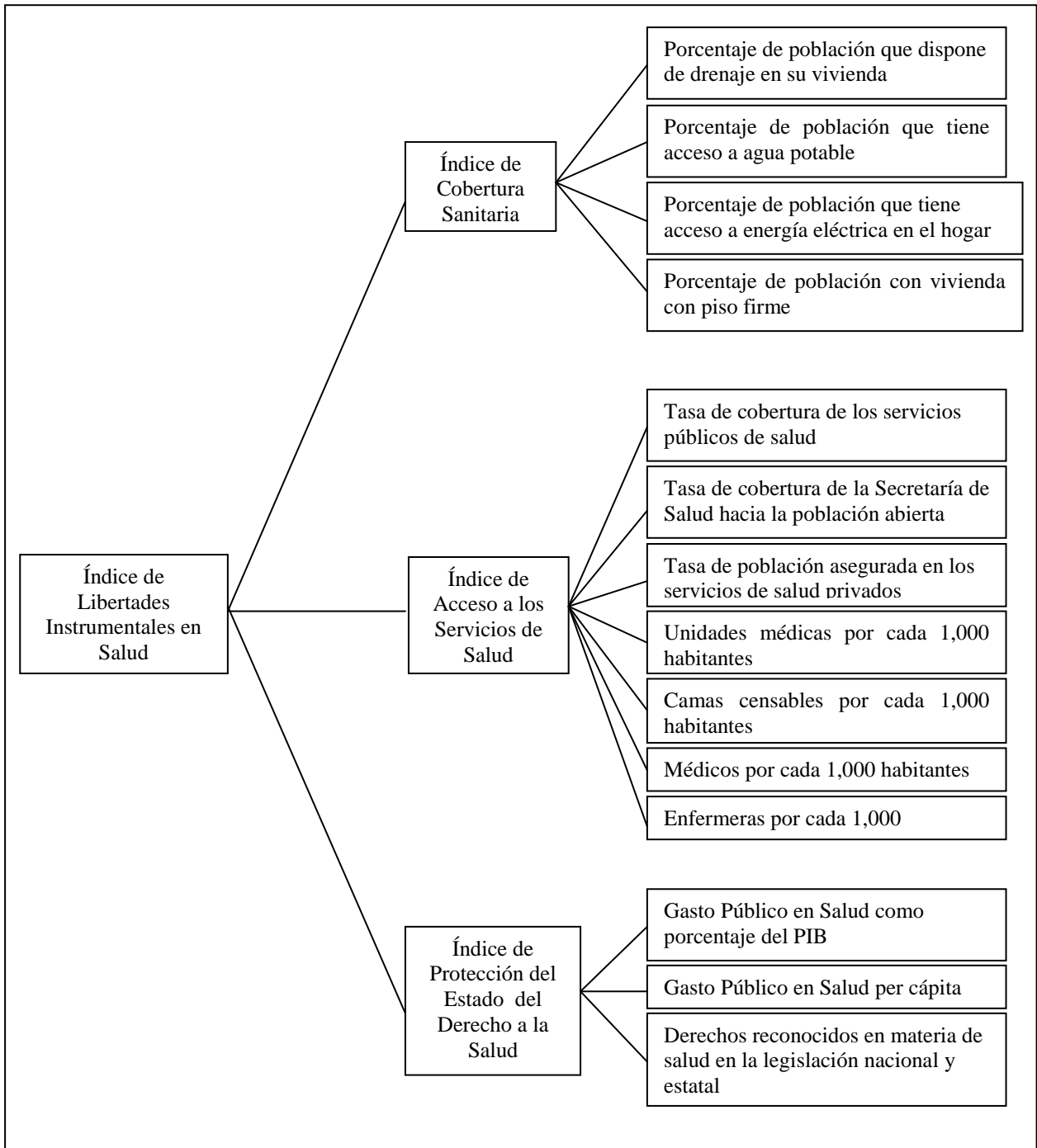
población sea participe del proceso de cohesión, así de esta manera, se podrá romper con el modelo utilitarista neoclásico del acceso a la salud que se ha implementado en México desde la de década de los 90's.

2. Índice de Libertades Instrumentales en Salud

Para llegar a un mejor nivel de desarrollo es importante que estén presentes los entornos sociales que servirán como medio para ese fin, por lo cual es importante abordar y analizar las condiciones de los entornos o medios institucionales y sociales que permiten que se dé un mejor progreso en las condiciones de la salud. De esta manera, el Índice de Libertades Instrumentales en Salud, y cada uno de sus componentes, nos permitirá evaluar los avances o retrocesos de la oferta de los de servicios públicos sanitarios y de seguridad social y la protección y gestión del Estado en beneficio de salvaguardar los derechos en el ámbito de la salud.

Este índice está compuesto por tres subíndices: el de cobertura sanitaria, el de acceso a los servicios de salud y el de protección estatal del derecho a la salud. A través de estos índices se podrá analizar las condiciones de las libertades instrumentales o medios que proveen la sociedad y el Estado para potencializar las libertades en salud y que la población tenga una mejor calidad de vida. A continuación se presenta de manera esquemática la integración del Índice de Libertades Instrumentales en Salud y en las posteriores secciones se presentaran los resultados de los sub-índices que lo integran y del Índice de Libertades Instrumentales en Salud.

Figura 6.
Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración e indicadores



2.1 Índice de Cobertura Sanitaria: Indicadores y resultados

La posibilidad de que toda persona tenga la oportunidad de vivir en condiciones salubres y dignas en sus entornos, y principalmente en su vivienda que sería uno de los principales entornos sociales que afectan directamente la condición de salud, es importante para poder conocer el grado de oportunidades con el que cuenta la sociedad para poder prevenir enfermedades y tener mejores espacios en donde pueda desarrollarse el ser humano. Por lo tanto, es importante analizar la cobertura sanitaria que presenta la población de Nuevo León y México para inferir qué tanto son los avances de las condiciones del desarrollo sanitario en la población.

Para poder llevar a cabo esto, se considera una serie de indicadores que han sido utilizados en diferentes estrategias mundiales como la Agenda 21 y el Informe del Desarrollo Humano para conocer la cobertura de servicios sanitarios en la población. Así, la propuesta de los indicadores que son utilizados para integrar el Índice de Cobertura Sanitaria son:

- Porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda
- Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable
- Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar
- Porcentaje de población con vivienda con piso firme

En el cuadro 23 se muestran los diferentes resultados de los indicadores de cobertura sanitaria de México y Nuevo León para el periodo de 1990 al 2005. En estos se observa que las condiciones sanitarias en los entornos de la población del país han ido mejorando, y estas condiciones se asemejan a las que presentan países como: Paraguay y Brasil (OMS, 2009).

Cuadro 23.
Indicadores de Cobertura Sanitaria en México y Nuevo León
1990-2005

Indicador/ Año	Nacional				Nuevo León			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Población que dispone de drenaje (%)	61.5	71.4	76.20	85.60	80.80	88.60	91.10	95.30
Población que tiene accesos a agua potable (%)	78.4	84.6	83.30	87.10	92.90	94.50	93.80	94.80
Población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar (%)	87.0	92.88	95.21	97.51	96.45	98.07	98.96	99.44
Población con vivienda con piso firme (%)	79.1	82.9	85.21	88.53	93.90	93.45	96.70	97.66

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

A continuación se presenta una descripción de los avances de cada uno de los indicadores utilizados para integrar el Índice de Cobertura Sanitaria:

- *Población que dispone de drenaje*

En lo que se refiere a la población a nivel nacional que dispone de drenaje en su vivienda, durante los 15 años que considera el estudio, se ha incrementado en un 39% ya que este indicador pasó de un 61.5% de la población que disponía drenaje a un 85.6% en el 2005. Siendo este el indicador que ha presentado un mayor aumento durante el período de 1990 al 2005. Cabe mencionar que su tendencia fue hacia la convergencia del nivel que tenían el resto de indicadores como se observa en el Cuadro 23.

Cabe resaltar que México, en cuanto al indicador de población que dispone de drenaje en su hogar, presenta situaciones muy similares de cobertura que Yugoslavia pero mejores que Brasil, Rumania y Paraguay (OMS, 2009). En lo que respecta a la entidad, se puede mencionar

que el número de habitantes que disponen de drenaje en su vivienda, se ha visto incrementado durante el periodo de 1990 al 2005, ya que este indicador pasó de 80.8% en 1990 a 95.3% en 2005. Esto nos señala, que durante el periodo de análisis, se han mejorado en un 18% las condiciones sanitarias de la población dentro los hogares y presentan ambientes más salubres para poder realizar sus actividades fundamentales y esto les permite tener mayores oportunidades para poder prevenir enfermedades. Asimismo se puede hacer mención que en la entidad, se presenta mayor cobertura sanitaria de drenaje en las viviendas que en algunos países de América latina (Argentina y Cuba), europeos (Polonia y Rusia) y asiáticos (India y Filipinas) (OMS, 2009). Sin embargo todavía falta un proceso social de cobertura universal que realice el Estado para poder solventar las privaciones de estas necesidades básicas de cobertura sanitaria para la población, principalmente, en las áreas urbanas marginales y rurales.

- *Población que tiene accesos a agua potable*

En lo referente a la cobertura de agua de calidad hacia la población en México, el indicador del porcentaje de población que tiene acceso a agua potable, nos refiere que para el año de 1990 solo el 78.4% de la gente contaba con este servicio, sin embargo para el 2005, esta cobertura se incrementó en un 11%, al pasar este indicador a un 87.1% de la población que contaba con cobertura de este servicio. Cabe mencionar, que aún cuando se han visto favorecidas la prestación y cobertura de agua de mayor calidad para la población por parte del Estado, a través del servicio de agua potable en los hogares, falta un rango considerable por cubrir de los hogares en México.

Por su parte, en Nuevo León, en materia de acceso a agua potable en los hogares, presenta condiciones mejores que lo señalado a nivel nacional y asimismo un mayor desarrollo en dicho ámbito, como se puede observar en el cuadro 23. Sin embargo todavía para el 2005, en donde la cobertura de este servicio era del 94.8%, existe un 5.2% de la población que no tiene posibilidad de acceder a agua potable en la entidad y provocando que estén más vulnerables a la enfermedades, trayendo como consecuencias no solo perdida de su estado de salud sino además entornas más insalubres para generar sus actividades y capacidades.

Cabe mencionar que esta problemática se concentra en el estado principalmente en las zonas urbanas marginadas y en el sur de la entidad. En donde aunado a las sequías y a la falta de programas incluyentes para solventar esta problemática se ha agudizado esta situación provocando que se dé un proceso de migración y muertes por falta de agua. Otro punto importante a señalar es que la situación de cobertura en agua potable en la entidad se equipara a la situación que viven países como Chile, Ecuador y Rusia (OMS. 2009).

- *Población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar y Población con vivienda con piso firme*

Otros dos indicadores que nos pueden mostrar el avance o retroceso en la cobertura sanitaria en la sociedad, son el porcentaje de la población que tiene acceso a energía eléctrica y los que cuentan con piso firme dentro de la vivienda. Ambos indicadores nos permiten observar el grado de cobertura y accesibilidad a mayores oportunidades por parte de la población para prevenir enfermedades cronicodegenerativas, respiratorias, entre otras. En este sentido, en 1990 en México, el 87% de la población contaba con energía eléctrica dentro de sus hogares y solo el 79% tenía piso firme dentro de éste. Sin embargo, para el 2005 estas condiciones

mejoraron y pasaron a que el 97.5% y el 88.5% de la población contaba con energía eléctrica y piso firme dentro de la vivienda, respectivamente.

En lo referente a este ámbito en la entidad, se puede señalar que durante el periodo de 1990 al 2005, tanto en la cobertura de energía eléctrica y piso firme dentro de los hogares, el estado presentó mayores niveles de cobertura que lo acontecido a nivel país, y ha mostrado un proceso de desarrollo alto hacia la convergencia universal de la cobertura de este servicio en la sociedad, un ejemplo de esto son los niveles de cobertura en la población observados para el año 2005, los cuales fueron de 99.4% que tenían acceso a energía eléctrica en el hogar y 97.6% contaba con piso firme en su vivienda. De esta manera, se puede mencionar que la población neolonesa tiene mayores oportunidades para poder potencializar sus capacidades en entornos más salubres que el promedio nacional.

- *Índice de Cobertura Sanitaria: resultados*

Ahora para poder conocer el nivel o grado de desarrollo que presenta la cobertura sanitaria de forma integral tanto en México como en la entidad, se tienen que integrar estos indicadores (los mencionados con anterioridad) en uno solo, el cual será el Índice de Cobertura Sanitaria³⁶. Los resultados de este índice, los cuales se presentan en la grafica 4, nos muestran una tendencia hacia la alza del grado de desarrollo de la cobertura sanitaria en México, debido a que en 1990 este indicador era de 0.765 y para el 2005 se posicionó en 0.897, es decir paso de

³⁶ El Índice de Cobertura Sanitaria (ICS) está integrado por los logros relativos de los siguientes indicadores:

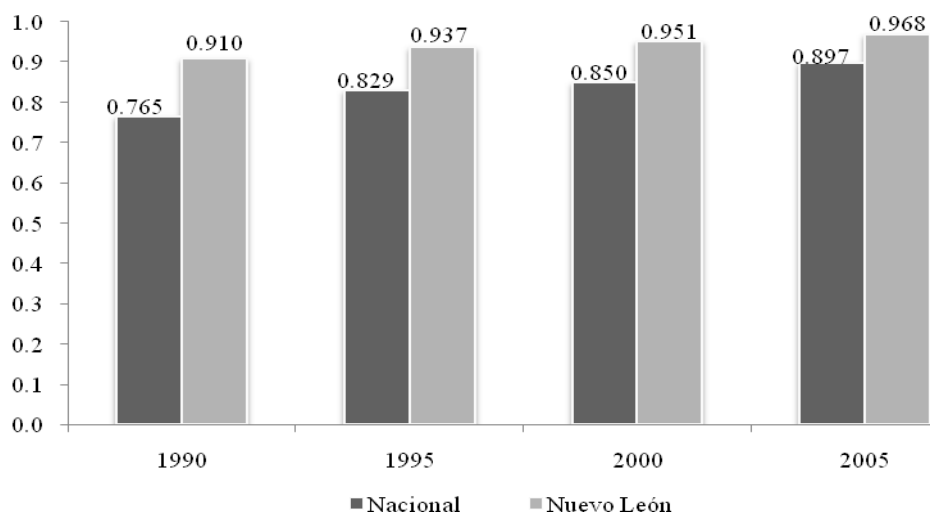
- PDD = Porcentaje de población que dispone de drenaje
- PAA = Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable
- PAE = Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar
- PVPF = Porcentaje de población con viviendas con piso firme

Se estima de la siguiente manera: $ICS = (PDD + PAA + PAE + PVPF)/4$

niveles medios de desarrollo en las oportunidades de cobertura y acceso de los servicios públicos sanitarios a niveles altos de desarrollo de cobertura sanitaria.

En cambio, la entidad durante todo el periodo de análisis, presentó un desarrollo alto y progresivo, ya que en 1990 este índice era de 0.910 y pasó a 0.968 en el 2005. Sin lugar a dudas, el estado y la sociedad mexicana, particularmente la neolonesa, le han atribuido a la cobertura sanitaria una importancia primordial para el desarrollo de condiciones y espacios salubres y sustentables que beneficien al progreso de las capacidades de la población en general, destacando con niveles muy altos y similares a los niveles de los países europeos como: Rusia y Polonia.

Gráfica 4
Índice de Cobertura Sanitaria para México y Nuevo León
1990-2005



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

Por lo tanto es de suma importancia que los gobiernos presten más atención a la cobertura sanitaria de la población, la cual si no es atendida con carácter universal, equitativa y

sustentable, podría provocar grandes brechas sociales que vayan en perjuicio de las familias provocando no solo zonas o regiones insalubres, sino además un deterioro del desarrollo en los estados de salud de la sociedad y de la sustentabilidad del medio ambiente que a la larga puede provocar una disminución del desarrollo y de las condiciones básicas de la población.

2.2 Índice de Acceso a los Servicios de Salud: Indicadores y resultados

Un determinante social de suma importancia para poder contar con las capacidades y libertades necesarias para tener una vida saludable es sin duda la posibilidad de tener acceso a los servicios de salud y a toda la infraestructura física, de atención y de recursos humanos ligados a estos. Por lo cual es importante observar los avances que se han tenido en el nivel de acceso y cobertura de los servicios de salud y de las oportunidades que estos brindan a la población en cuanto a la cobertura médica y hospitalaria.

Para poder llevar a cabo lo anterior, es importante analizar una serie de indicadores, así como su integración a través de un índice compuesto que se llamará Índice de Acceso a los Servicios de Salud, este índice considera ciertos indicadores que se han utilizado en el análisis, por parte del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, para conocer la cobertura y acceso a los servicios de salud en la población.

De esta manera, los indicadores que se consideran para integrar al Índice de Acceso a los Servicios de Salud, son los siguientes:

- Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud³⁷
- Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta
- Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados
- Unidades médicas por cada 1,000 habitantes
- Camas censables por cada 1,000 habitantes
- Médicos por cada 1,000 habitantes
- Enfermeras por cada 1,000 habitantes

A continuación se presentan los resultados de estos indicadores para México y Nuevo León durante el período de 1990 al 2005, y se presenta un análisis puntual de cada uno de estos.

Cuadro 24
Indicadores de Acceso a los Servicios de Salud
México y Nuevo León
1990-2005

Indicador/ Año	Nacional				Nuevo León			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Tasa de población derechohabiente de los servicios de salud públicos (%)	56.30	49.20	41.04	46.62	80.30	70.13	66.26	65.39
Tasa de población asegurada por los servicios de salud privados (%)	0.39	0.47	0.55	1.90	0.63	0.98	1.31	5.72
Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta (%)	42.60	70.10	52.90	58.20	46.96	54.84	54.00	83.30
Unidades médicas por cada 1,000 habitantes	0.16	0.17	0.20	0.18	0.13	0.14	0.15	0.14
Camas por cada 1,000 habitantes	0.78	0.84	0.80	0.80	0.92	1.05	0.90	0.70
Médicos por cada 1,000 habitantes	1.10	1.31	1.19	1.30	1.17	1.54	1.25	1.20
Enfermeras por cada 1,000 habitantes	1.61	1.85	1.89	1.90	2.19	2.51	2.34	1.90

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI y la Secretaría de Salud.

- *Tasa de población derechohabiente de los servicios de salud públicos*

Cuando se analizan los indicadores de los servicios de salud, los cuales se presentan en el Cuadro 24, es preocupante como la tasa de cobertura de los servicios públicos de salud en la población ha ido disminuyendo tanto a nivel nacional como en la entidad. En México, en 1990, esta tasa era del 56.3% y disminuyó en 2005 a 46.6%. En Nuevo León, esta tasa,

³⁷ Se hace referencia a los servicios de salud prestados a la población derechohabiente (asegurado principal y sus consanguíneos o familiares) del IMSS, ISSSTE, SEMAR, Seguro Popular, PEMEX, Estatales y otras instituciones públicas.

durante el periodo de análisis, disminuyó en un 19%, pasando en 1990 de 80.3% a 65.4% en 2005.

Esto nos muestra, durante este periodo, la falta de una política de salud incluyente al acceso a los servicios de salud que salvaguarden las condiciones y capacidades básicas de la población del país, y en particular de la entidad, que permita generar los entornos necesarios para desplegar las oportunidades de la sociedad para alcanzar una vida larga y saludable. Asimismo refuerza el proceso de desmantelamiento del estado de bienestar que se ha presentado en el Estado Mexicano, y en particular en materia de salud, que ha sido influenciado por el modelo económico predominante y dependiente del proceso de mundialización que rige al país.

Cabe mencionar, que en el año 2003 se empezó a aplicar el Programa de Seguridad en Protección a la Seguridad Social a nivel nacional, de donde emana el Seguro Popular, y se ve reflejado la injerencia que tuvo este programa para que esta tasa que se venía desplomando a nivel nacional durante el periodo de 1990 al 2000, y la cual pasó de 56.3% en 1990 a 41.4% en el 2000, para el 2005 aumentara a nivel nacional y se posicionara en el 46.6%. Sin embargo a nivel estatal este programa no tuvo el mismo impacto en cuanto a la cobertura que lo reportado a nivel nacional, por lo menos durante el periodo de 2000 a 2005, en donde la tasa paso de 66.3% en 2000 a 65.4%. De esta manera, este programa ha permitido que esta tasa no siguiera disminuyendo más fuertemente, como lo acontecido durante el periodo de 1990 al 2000 en la entidad, donde la tasa de población derechohabiente de los servicios de salud públicos, paso de 80.3% en 1990 a 66.3% en el 2000.

- *Tasa de población asegurada por los servicios de salud privados*

Esta tendencia hacia la baja de la cobertura pública en salud, aparte de referir una inadecuada estructura de los servicios públicos en salud y de políticas poco incluyentes para la población, con lleva a que la sociedad busque otras formas de atenderse y esta puede ser utilizando los servicios privados de salud. En este rubro, la tasa de población asegurada por los servicios de salud privados en México, pasó de 0.39% en el 1990 a 1.9% en el 2005, presentando un incremento del 3.9% durante el periodo de 1990 al 2005. Por su parte, en 1990, en la entidad se presentaba que solo el 0.63% de su población estaba asegurado por servicios privados de salud, sin embargo para el año 2005 esta tasa fue del 5.7%, lo cual represento un incremento del 8.1%, durante el periodo análisis.

Como se puede observar, en el estado de Nuevo León está ocurriendo un incremento exponencial de la cobertura de la seguridad privada en materia de salud, y esto se está convirtiendo en un factor negativo para el desarrollo de los entornos y medios que demanda y necesita la sociedad en el ámbito de la salud , ya que el no estar cubierto por los servicios de salud públicos provoca que las personas estén en condiciones más vulnerables de gastar más en poder conseguir mejores condiciones de acceso a la salud, esto a través de los gastos de bolsillo y pago de cuotas de seguros privados.

Por lo tanto, esto podría provocar dos problemas en la sociedad, primero un empobrecimiento de ésta y segundo la no libertad de poder potencializar su salud en los diferentes medios y estar expensas de algunos servicios privados no regulados, ilegales o de baja calidad. Esto es un reflejo del proceso mercantilista aplicado en México, donde se ha llevado por un lado a la descentralización de los servicios de salud públicos de baja calidad y el incremento del sector

privado sin ninguna regulación, con lo cual deja a merced de la iniciativa privada el proveer servicios de mayor calidad a la población generando una precarización del acceso a la salud, en donde la sociedad solo puede acceder a servicios de mayor calidad si tiene la posibilidad de pagarlos.

- *Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta*

La población tiene otras formas de poder potencializar su libertad de acceso a los servicios de salud, no solo a través del aseguramiento en el sector privado o público, la otra opción es utilizar los servicios de la Secretaría de Salud que se ofrecen a la población no cubierta o no derechohabiente de alguna institución pública o privada de salud, también llamada población abierta (población que no está cubierta por ninguna institución de seguridad social público o privado). El nivel de cobertura a esta población ha presentado diversos altibajos durante el periodo de 1990 al 2005, como se muestra en el cuadro 24. No obstante, en el año 1995 en México se presentó la mayor tasa de cobertura en salud en la población abierta, siendo esta del 70%, sin embargo para el 2005 disminuyó considerablemente hasta un 58%.

En cambio, en Nuevo León, esta tasa se presentó relativamente estable durante el periodo de 1990 al 2000, reportando valores entre el 46% y 54%. Sin embargo, aumentó considerablemente para el año 2005, posicionándose en un 83.3% de cobertura en la población abierta. Lo anterior, nos refiere que han mejorado las condiciones de cobertura de la población abierta, por lo menos, si consideramos que están siendo cubiertos en mayor medida en los últimos años, lo cual les permitiría tener más oportunidades de acceder a la atención médica para enfrentar una enfermedad o padecimiento clínico. Sin embargo falta avanzar mucho en el

proceso de acceso de la población abierta y desde luego en el proceso de calidad de los servicios prestados por la Secretaría de Salud.

- *Recursos físicos, materiales y recursos humanos: indicadores*

En lo que respecta a los recursos físicos, materiales y de recursos humanos que proveen los servicios de salud, estos son instrumentos claves para poder potencializar las oportunidades del ser humano, y así permitir los entornos sociales necesarios en beneficio de un buen acceso a la salud en la población.

Al analizar los indicadores ligados a estos factores como: i) unidades médicas por cada 1,000 habitantes; ii) camas por cada 1,000 habitantes; iii) médicos por cada 1,000 habitantes; y iv) enfermeras por cada 1,000 habitantes, se observa en general, que tanto para México como para el estado, estos indicadores están muy por debajo de las recomendaciones por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por lo reportado –en promedio- por los países integrantes de la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE)³⁸.

- *Unidades médicas por cada 1,000 habitantes*

En lo referente a las unidades médicas por cada 1,000 habitantes, a nivel nacional este indicador, en 1990, se posicionaba en 0.16 unidades por cada 1,000 habitantes y para el 2005 pasó a 0.18 unidades por cada 1,000 habitantes. De esta manera, este indicador no presentó un crecimiento que fuera a la par con el crecimiento de la población y más alarmante no alcanzo

³⁸ Los países miembros de la OCDE son: Canadá, Estados Unidos, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Japón, Nueva Zelandia, República de Corea y México.

por lo menos la cobertura de que hubiera una unidad por cada 1,000 habitantes a nivel nacional. Si hiciéramos una comparación a nivel internacional, México estaría por debajo de países como Sri Lanka y República Checa, sin embargo estaría por encima de los niveles de países como Portugal y Sudáfrica.

Por su parte, en la entidad, este indicador refleja una realidad más alarmante durante el período de estudio, debido a que en 1990 las unidades médicas por cada 1,000 habitantes eran de 0.13 y para el 2005 solo subió a 0.14 unidades médicas por cada 1,000 habitantes. Lo cual nos refleja una mayor saturación en los servicios de salud del estado y nos connota problemas no solo de accesibilidad sino también de baja calidad para prestar el servicio. Además nos refleja que en el estado de Nuevo León, durante 1990 al 2005, se presenta una menor cobertura de infraestructura médica comparada a la que se presta a nivel nacional. No obstante de estos números, el estado presenta mejores condiciones que países como Chile y Armenia.

- *Camas por cada 1,000 habitantes*

En materia de los recursos físicos que provee los servicios de salud en México y que permiten dar un beneficio a favor de la atención de la salud en la población, en el país, la cobertura de camas por cada 1,000 habitantes ha presentado un indicador estable pero muy bajo durante el periodo de análisis. En 1990, este indicador se posicionaba en 0.78 y pasó a 0.80 en 2005, es decir, durante los 15 años que abarca el estudio, en el país no se presentaban las condiciones necesarias para que se diera una cobertura mayor en relación a los recursos físicos para la atención médica como son las camas, debido a que no se alcanzaba por lo menos una cama por cada 1,000 mil habitantes. Además, este indicador está muy por debajo por lo reportado por

los países de la OCDE, que en promedio, cuentan con 4.1 camas por cada 1,000 habitantes o países latinoamericanos como Perú (1.4) y Argentina (4.0).

En Nuevo León, esta realidad no es diferente, en 1990 se reportaba 0.92 camas por cada 1,000 habitantes, sin embargo para el 2005, este indicador cayó a 0.70. Cabe mencionar, que en el año 1995, este indicador alcanzó 1.05 camas por cada mil habitantes, lo lamentable es que para el año 2005 este indicador mostraría el rezago en el que se encuentra uno de los factores de mayor importancia para brindar una oportunidad real de acceso a la salud en el estado. Por su parte, al comparar el estado a nivel internacional, este tendría niveles de cobertura de camas por cada 1,000 habitantes semejantes a países como Honduras, Bolivia e India. Por lo cual es necesario que se apliquen programas de abastecimiento y de mayor cobertura en beneficio de un mayor número de camas por habitantes en la entidad y poder establecer mayores bases de recursos físicos para el acceso a los servicios de salud en la población.

Es importante señalar, que tanto para México como para Nuevo León, el crecimiento de la infraestructura y recursos hospitalarios y de la medicina social se vieron afectados por las políticas de reducción de gasto social implementadas en la décadas de los 90's, en donde auspiciados por el proceso de descentralización de los servicios de salud impulsado por el modelo neoliberal aplicado en el país, trajo consigo una reducción considerable del crecimiento de la infraestructura médica y de los recursos físicos, comparado con el crecimiento que se realizó en esta materia durante los primeros años de la segunda mitad del siglo XX. Así, este débil crecimiento de infraestructura se ha visto superado por el crecimiento población que ha ocurrido en el país.

- *Médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes*

En lo referente a los recursos humanos que están relacionados a la atención de la salud, los cuales son un medio importantísimo para potencializar el acceso a la salud y lograr que los pacientes y la población en general tengan entornos más saludables y sustentables. Los indicadores de médicos y enfermeras por cada mil habitantes, en términos generales, han aumentado tanto para Nuevo León como para el país durante 1990 al 2005. Sin embargo, es importante resaltar que la naturaleza de estos aumentos es incipiente para poder proteger y salvaguardar las libertades del ser humano en beneficio de la salud.

En México, el indicador de médicos por cada mil habitantes fue de 1.10 en 1990 y pasó a 1.30 en 2005. Por su parte para Nuevo León, durante este mismo periodo, este indicador pasó de 1.17 en 1990 a 1.20 médicos por cada mil habitantes en el 2005. Esto es un reflejo de los avances mínimos que se han logrado para consolidar las libertades y capacidades instrumentales de la población a través de los servicios de salud.

Por otro lado, el indicador de enfermeras por cada 1,000 habitantes, tanto a nivel país como en Nuevo León, están por encima del indicador de médicos por cada mil habitantes, sin embargo, durante el periodo de análisis, presenta un progreso relativamente pequeño y en ocasiones presenta una grave disminución.

Por ejemplo, en México, en 1990, la cobertura de enfermeras por cada 1,000 habitantes era de 1.6 y para 2005 sería de 1.9. En comparación, la entidad reportó valores superiores para este indicador en casi todos los años, solo en 2005, el indicador estatal era igual al nacional. Estos resultados nos muestran que a nivel nacional no se cubre completamente con la

recomendación de la OMS de que por lo menos estén presentes dos enfermeras por cada médico en cada 1,000 habitantes.

En Nuevo León, durante el periodo de estudio, se vio disminuido la cobertura de enfermeras por cada mil habitantes, debido a que en 1990 este indicador reportaba 2.19 enfermeras por cada 1,000 habitantes y para el 2005 era de 1.9. Lo cual nos refleja que durante estos 15 años se retrocedió hacia la sustentabilidad de los servicios de atención, prevención y curación de la salud que son brindados a la sociedad a través de las enfermeras. Un punto importante a mencionar, es que la entidad en cuanto a la cobertura de médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes presenta niveles de cobertura muy similares a las que se prestan en países como Bolivia, Colombia, China y Turquía.

Asimismo, cabe señalar, aunque no es tema de esta investigación, que el sistema de salud en México está entrando en un problema de precarización laboral, el cual se ve reflejado en el aumento de la migración laboral de estos recursos humanos (médicos y enfermeras) a otros países, o en su caso pasan del sector público al privado, generando ineficiencias en el modelo del sistema de salud público y llevándolo a ser poco eficiente y de baja calidad.

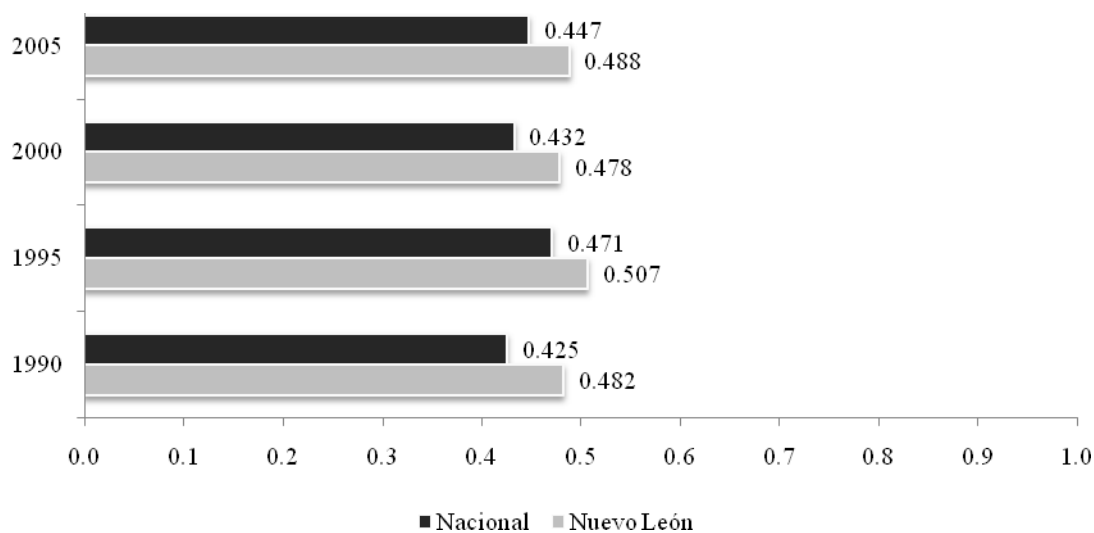
- *Índice de Acceso a los Servicios de Salud: resultados*

Dado lo anterior y para poder analizar el grado de desarrollo que han tenido los servicios de salud y conocer su nivel de accesibilidad, se integra el Índice de Acceso a los Servicios de Salud³⁹, los resultados de este índice se presentan en la gráfica siguiente.

³⁹ El Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS) estará integrado por los siguientes indicadores (logros relativos):

- TCSS = Tasa de cobertura de los servicios públicos en salud

Gráfica 5
Índice de Acceso a los Servicios de Salud
para México y Nuevo León
1990-2005



Fuente: Estimación propia con datos de INEGI y la Secretaría de Salud.

Al observar los resultados del Índice de Acceso a los Servicios de Salud, este nos describe una situación nada alentadora, debido a que en 1990 a nivel nacional fue de 0.425 y en el 2005, este índice, se posicionó en 0.447, es decir aun cuando aumentó, se mantuvo durante el periodo de análisis en el nivel bajo de desarrollo.

Por otro lado, se podría considerar que en Nuevo León la realidad iba ser diferente, sin embargo no fue así, de la misma manera que lo reportado a nivel nacional, este indicador se

-
- TPSP = Tasa de población en servicios de salud privados
 - TCPA = Tasa de cobertura de la Secretaría de Salud hacia la población abierta
 - UMP = Número de unidades médicas por cada 1,000 habitantes
 - CCP = Numero de camas censables por cada 1,000 habitantes
 - MP= Número de médicos por cada 1,000 habitantes
 - EP= Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes

Se estima utilizando la siguiente fórmula: $IASS = (TCSS + TPSP + TCPA + UMP + CCP + MP + EP)/7$

mantuvo en el nivel bajo de desarrollo, debido a que en 1990 este índice se encontraba en 0.482 y pasó en el 2005 a 0.488, presentando incrementos mínimos durante este periodo.

Lo anterior, nos señala las altas deficiencias presentes en los servicios de salud tanto de México como Nuevo León, en donde falta seguir una directriz de universalidad que permita cubrir la totalidad de la población y a su vez poder mejorar las condiciones de este servicios, no solo con mayores recursos físicos, materiales y de recursos humanos sino además proveer una mayor calidad en el servicios prestados por las unidades médicas de salud.

Por lo cual, es de suma importancia poner atención al bajo nivel de desarrollo de accesibilidad y de cobertura que ha presentado los servicios de salud en el país y en la entidad, y es necesario desarrollar políticas públicas que den fortaleza a este gran sector, el cual ha dejado de ser una política transversal de desarrollo social, humano y sustentable de la sociedad en México, y en particular en lugares de alto desarrollo económico como lo es Nuevo León. Esto ha sido resultado de las ineficiencias del sistema económico y político actual que se está implementando en México que ha permitido la desmantelación y no cobertura de los derechos sociales en la población, siendo uno de ellos el derecho al acceso a los servicios de salud.

2.3 Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud: Indicadores y resultados

La protección al derecho a la salud, es un concepto que el Estado debe impulsar y salvaguardar mediante la gestión de los medios institucionales y normativos que garantice a la salud como un derecho social y universal con alto grado de equidad y sustentabilidad

Para poder observar y analizar el grado de desarrollo del nivel de la protección estatal hacia este derecho, se integra el Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud, el cual considera indicadores cualitativos y cuantitativos que estudios de la OCDE, OMS y la Secretaría de Salud han utilizado para analizar los ejes rectores del derecho a la salud. De esta manera los indicadores que integran este índice son:

- Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB
- Gasto Público en Salud per cápita
- Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal.

Antes de pasar a los resultados del índice, analizaremos los indicadores planteados en esta investigación para abordar la protección estatal del derecho a la salud, los cuales se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 25
Indicadores de Protección Estatal del Derecho a la Salud: Indicadores y resultados
México y Nuevo León
1990-2005

Indicador/ Año	Nacional				Nuevo León			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Gasto Público en Salud como % del PIB	2.5	2.4	2.6	2.8	2.1	2.1	1.9	2.4
Gasto Público en Salud per cápita (pesos del 2003)	980	1,159	1,977	2,957	1,351	1,612	1,853	2,316
Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal (1=si; 0=no)	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud y Leyes y normativas estatales y nacionales.

- *Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal*

Al analizar el indicador de los derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal durante el periodo de análisis de la investigación, se puede observar que este derecho tanto en México como en Nuevo León presenta condiciones de equidad,

universalidad, disponibilidad, calidad y gratuidad enmarcadas en la Constitución Política de México, en la Ley General de Salud (asimismo en la estatal) y en los Programas Nacionales de Desarrollo en Salud tanto del país como del estado, así como también en otros marcos normativos de índole estatal y nacional. Sin embargo, se vislumbra al considerar a los otros dos indicadores que esta aplicación normativa y legislativa del derecho en la salud está muy alejada de estos ejes rectores tanto a nivel país como en la entidad.

- *Gasto Público en Salud como % del PIB*

El gasto público en salud como porcentaje del Producto interno Bruto (PIB) tanto en México como en la entidad ha presentado poco crecimiento durante el periodo de 1990 al 2005. En 1990, en el país, el gasto público en salud como porcentaje del PIB era de 2.5% y éste pasó a 2.8% en el 2005, lo cual nos refleja que durante estos 15 años solo creció en un 12%.

En Nuevo León el gasto público en salud como porcentaje del PIB, durante este periodo creció un 14%, sin embargo presentó menores indicadores que lo observado a nivel nacional, ya que en 1990, en el estado, este gasto fue del 2.1% y en el 2005 se posicionó en el 2.4%. Esto ha provocado que poco a poco, tanto en la entidad como en todo el país, se dé un detrimento en los entornos institucionales del sector salud para proteger este derecho y de una falta de gestión para incrementar la disponibilidad y accesibilidad hacia los servicios de salud en la población en general, trayendo un pobre o nulo crecimiento de la infraestructura médica, así como en los materiales y la cobertura de los recursos humanos del sector. Esta tesis se sustenta más al observar lo reportado por los países de la OCDE en este rubro, dado que estos países asignan, en promedio, el 6.4% de su PIB al gasto público en salud, lo cual nos muestra que

tanto el país como el estado están muy lejos de poder alcanzar esos niveles de protección y gestión.

Asimismo, se puede mencionar que durante estos 15 años, que hace referencia el estudio, se observó que el estado de Nuevo León no se preocupó por tener una política estatal incluyente en materia de salud, en donde este sector sea un eje prioritario y transversal del desarrollo de la entidad y de las oportunidades y capacidades de la población neolonesa.

- *Gasto Público en Salud per cápita*

En lo referente al Gasto Público en salud per cápita se observa que en México ha crecido considerablemente este rubro, dado que en 1990 este era de \$980 pesos (a precios de 2003) y pasó a \$2,937 pesos (a precios del 2003) en el 2005, sin embargo está muy por debajo del promedio reportado por los países de la OCDE, los cuales gastan casi 8 veces más que lo reportado por el país. También es importante señalar que durante los años 1990 y 1995, lo reportado por Nuevo León era de \$1,351 y \$1,612 pesos respectivamente, los cuales estaban por encima de lo referido a nivel país, sin embargo para los siguientes años, 2000 y 2005 eran de \$1,853 y \$2,316 pesos, respectivamente, condiciones menores que las reportadas a nivel nacional.

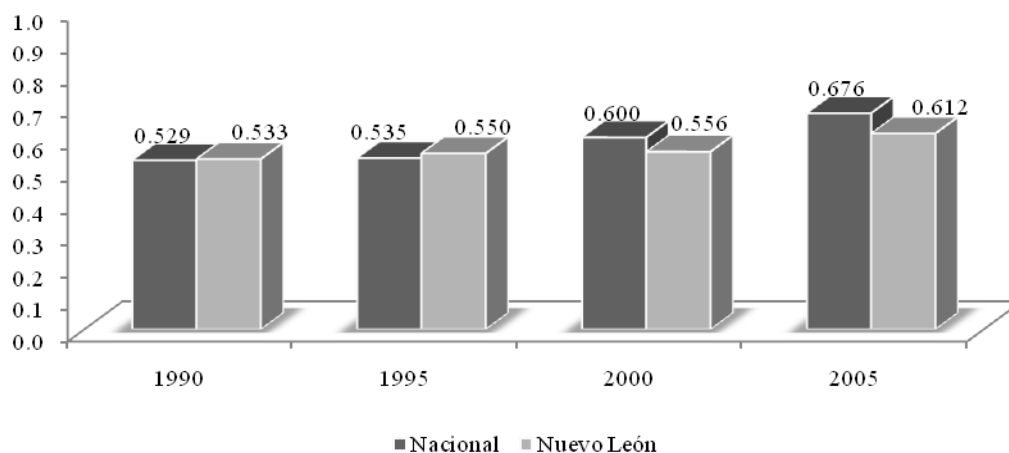
Lo anterior, nos refleja que a nivel nacional se reportó una mayor nivel de Gasto Público en salud per cápita que lo reportado a nivel estatal, lo cual refuerza lo planteado anteriormente, del alto descuido del estado de Nuevo León por no sustentar mejor las bases y los entornos para una buena gestión del derecho a la salud y poder proveer con universalidad las libertades

en la materia, lo cual con lleva a que no se estén creando los medios institucionales necesarios para proteger a la salud como un derecho y libertad de la población.

- *Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud: resultados*

Expuesto lo anterior, ahora pasaremos a integrar estos tres indicadores y estimar el Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud ⁴⁰, este índice nos muestra que, durante el periodo de 1990 al 2005, el desarrollo de los medios institucionales en materia de protección y gestión estatal en beneficio del derecho a la salud tanto a nivel estatal como en México, se han mantenido en un nivel de desarrollo medio, muy cercano al límite marcado de desarrollo bajo, esto se puede observar en la gráfica siguiente.

Gráfica 6
Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud
para México y Nuevo León
1990-2005



Fuente: Estimación propia con base en datos de la Secretaría de Salud y Leyes y normativas estatales y nacionales.

⁴⁰ Para calcular el Índice de Protección Estatal del Derecho a la Salud (IPEDS) se utilizara los logros relativos de los siguientes indicadores:

- GPS= Gasto Público en salud como % del PIB
- GPSP= Gasto público en salud per cápita
- DERMS= Derechos reconocidos en materia de salud en la legislación nacional y estatal.

Donde el índice se estima de la siguiente manera: $IPEDS = (GPS + GPSP + DERMS) / 3$

En la gráfica 6, se puede observar que en 1990, en México, este índice se ubicaba en 0.529, por su parte en ese mismo año en la entidad se presentaban condiciones muy similares que la reportadas a nivel país en cuanto al desarrollo en los medios institucionales de protección y gestión del derecho a la salud, al reportar un índice de 0.533.

Sin embargo, durante el trayecto de los 15 años analizados, se observa como poco a poco ambos índices aumentan y se presenta una brecha considerable entre ambos indicadores, y dada la tendencia que se presentaba en el periodo de 1990 al 1995 y las condiciones económicas favorables que tenía el estado de Nuevo León en esa época, se esperaría que esa brecha se abriera más a favor de la entidad, no obstante sucedió todo lo contrario.

Para el 2005, este índice mostraba un mayor nivel para el país, ubicándose en 0.676, que para Nuevo León, el cual era de 0.612, no obstante que el estado durante este periodo mantuvo una importancia en su crecimiento económico a nivel nacional. Lo anterior nos refiere que esta brecha se agudizó gracias a la política austera de inversión en el gasto público de la entidad a comparación de la nacional. Así, es de vital importancia que el gobierno en la entidad gestione más recursos para ese rubro y que vayan dirigidos a la protección de un derecho social altamente prioritario para la sociedad como lo es la salud.

Lo anterior vuelve a reforzar, que tanto en México como en Nuevo León, se ha aplicado de una forma ineficiente la normativa del derecho a la salud y lo cual ha provocado que aún cuando se haya aumentado el desarrollo de los medios instituciones normativos durante estos 15 años, esto ha sido de una manera relativamente pobre y que no ha permitido que la sociedad mexicana tenga certeza en un derecho universal como lo es la protección de la salud.

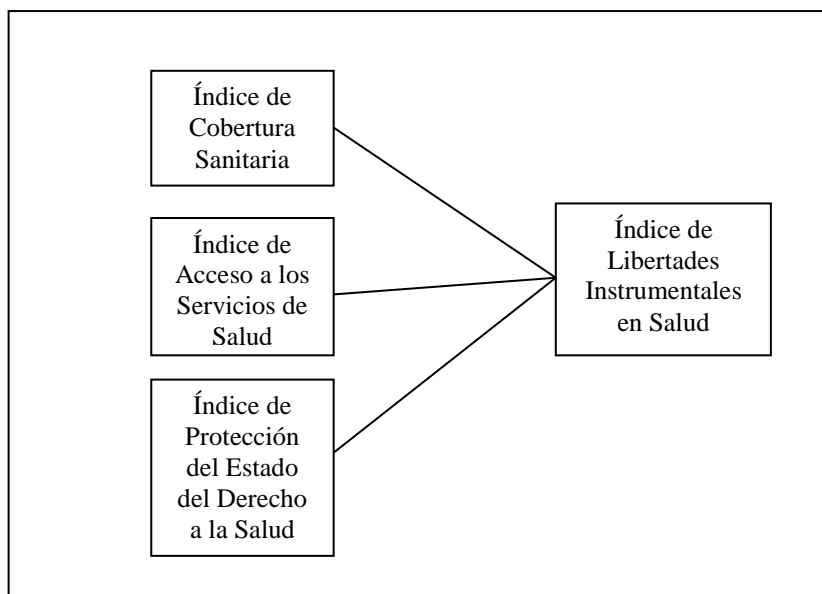
Esto se acentúa por la falta de gestión que se ve reflejado en la asignación de recursos para el sector salud durante el periodo de 1990 al 2005, en donde el sistema de gobierno de México y da las entidades, en particular en Nuevo León, descuido la protección de la salud de la población y genero entornos de desarrollo menores en la sociedad.

2.4 Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración y resultados

El desarrollo de todo ser humano debe contemplar a la salud no solo como un fin del desarrollo sino también como un medio que permita consolidar los entornos sociales de la población, para ello es importante desarrollar y consolidar las libertades instrumentales en materia de salud que permiten ser los medios para el desarrollo de estos entornos humanos y sustentables en donde se potencialice a la salud y a las demás libertades que se conjugan con ésta.

Para esto deben existir las oportunidades de poder tener cobertura sanitaria, accesibilidad a los servicios de salud, y cobertura del derecho a la salud a través de una buena gestión estatal en beneficio de la población.

Figura 7.
Índice de Libertades Instrumentales en Salud: integración



Por lo tanto es importante conocer el desarrollo de estas libertades, derechos y oportunidades en la población, y para ello, se integraron los índices de cobertura sanitaria, de acceso a los servicios de salud y de protección estatal del derecho a la salud para obtener el Índice de Libertades Instrumentales en Salud⁴¹, el cual nos permitirá analizar los avances del nivel de desarrollo de los medios institucionales de protección del derecho y accesibilidad a los servicios salud y sanidad en la sociedad. Los cálculos de este índice para el periodo de 1990 al 2005 se presentan a continuación.

⁴¹ El Índice de Libertades Instrumentales en Salud (ILIS), se estima de la siguiente manera:

$$ILIS = 1/3*ICS + 1/3*IASS + 1/3*IPEDS$$

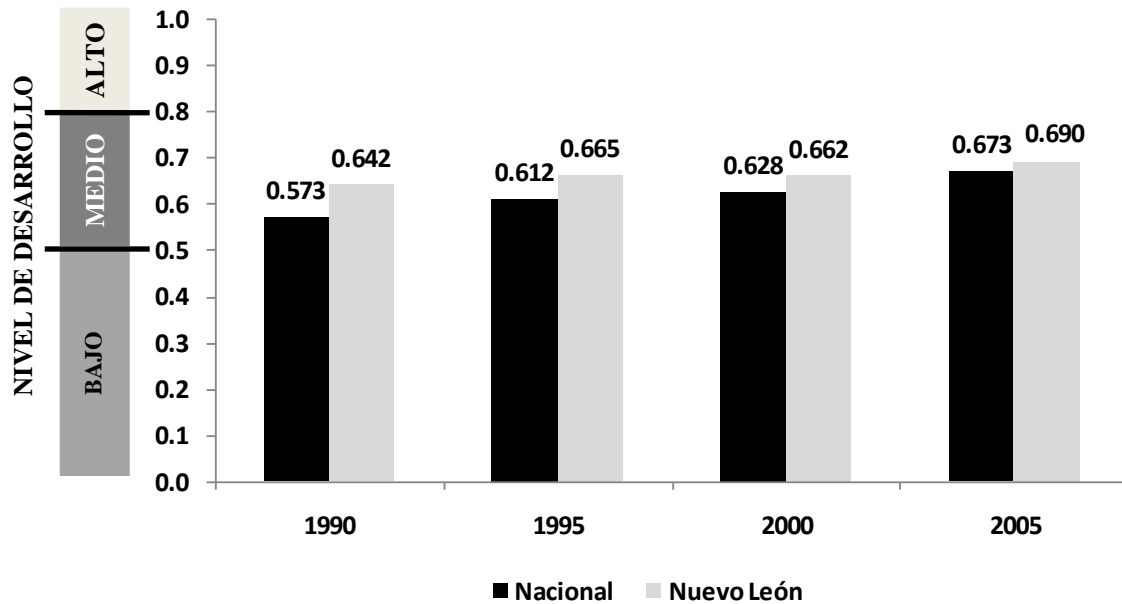
Donde:

ICS= índice de cobertura sanitaria

IASS= índice de acceso a los servicios de salud

IPEDS = índice de protección estatal de los derechos a la salud

Gráfica 7
 Índice de Libertades Instrumentales en Salud,
 México y Nuevo León
 1990-2005



Fuente: Estimación propia.

De acuerdo a los resultados mostrados en la gráfica anterior, este índice nos refiere que a nivel Nacional, en 1990 el desarrollo de las libertades instrumentales en salud presentaba un nivel de desarrollo medio con un índice de 0.573 y para 2005 este índice se posicionaba en 0.673, mostrando así un aumento del desarrollo en las condiciones institucionales de protección y de servicios en el ámbito de la salud y sanidad del 18%, manteniéndose en el rango medio del desarrollo.

Por su parte, en Nuevo León, en 1990 este índice era de 0.642 y se encontraba por encima del reportado en todo el país, y en el rango medio de desarrollo y mayor que lo estimado a nivel nacional. Durante el periodo de análisis, este índice en la entidad presentó una tendencia hacia

la alza, posicionándose en 2005 en 0.690, sin embargo esto represento solo un crecimiento del 7% durante estos 15 años.

Cabe resaltar, que en el 2005, este índice era muy similar entre el estado y lo reportado a nivel nacional, lo cual nos puede referir que aún cuando se dio un proceso de incremento en el desarrollo de las libertades instrumentales en salud en ambas zonas, se avanzo en mayor medida (en términos relativos) en las libertades instrumentales de cobertura sanitaria y de protección del derecho a la salud a nivel país que a nivel estatal, trayendo esto, que durante estos 15 años que abarca el estudio se redujera la brecha entre el desarrollo de las libertades instrumentales en salud entre todo el país y las presentadas por el estado de Nuevo León.

Lo anterior, nos señala que en la entidad se ha presentado un proceso de estancamiento en el desarrollo de medios institucionales de los servicios de salud y en la gestión de la protección de este derecho, principalmente en la cobertura de la población y de los recursos humanos asignados para salvaguardar la salud de la población, así como en la gestión de mayores recursos para la asignación de recursos físicos y humanos para el sector, por lo cual esto tiene que ser atendido de manera prioritaria por la entidad para poder ofrecer mejores entornos para el acceso a la salud y en beneficios del desarrollo humano y sustentable de la sociedad neolonesa.

3. Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable: Desarrollo y equidad

El desarrollo humano de toda persona debe estar compuesto por una serie de factores que permitan expandir y potencializar sus libertades y capacidades de una manera sustentable y

que permita a las presentes y futuras generaciones aprovechar los entornos construidos por la sociedad y el Estado para generar cada vez más un mayor desarrollo.

En este sentido, la salud es un factor primordial que convertido en libertad permite al ser humano expandir sus logros y oportunidades en beneficio de generar un mayor desarrollo humano con características sustentables y equitativas. Sin embargo, no siempre es así, depende mucho de los entornos creados por el Estado en donde se potencialicen y expandan estas libertades, las cuales permitan tener un desarrollo con vidas largas y saludables, en donde esté presente la equidad y la justicia social.

Para observar si se dan estos avances en el desarrollo de libertades en salud, se integran los índices de libertades constitutivas en salud y el de libertades instrumentales en salud. La integración de estos índices, nos dará como resultado el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable⁴², el cual nos referirá cómo se ha dado el nivel de desarrollo de los diferentes entornos institucionales y sociales en donde ésta se despliega y asimismo conocer cuál es el nivel de desarrollo humano y sustentable con equidad en el acceso a la salud que presenta la sociedad.

A continuación se presenta de manera esquemática la integración del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, para luego pasar a la presentación de los resultados de este índice para el periodo de 1990 al 2005 tanto para México como para Nuevo León.

⁴² El Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable (ISDHS) se estima de la siguiente manera:

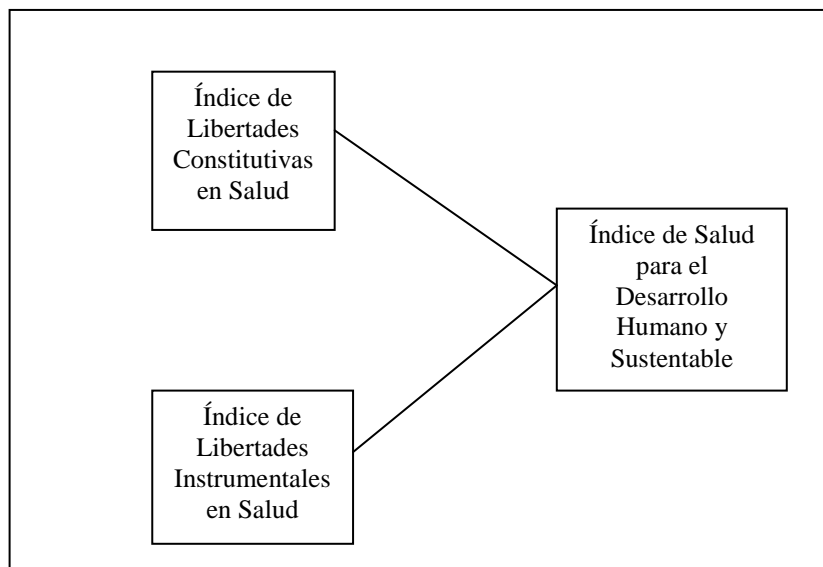
$$\text{ISDHS} = 1/2 * \text{ILCS} + 1/2 * \text{ILIS}$$

Donde:

ILCS= Índice de Libertades Constitutivas en Salud

ILIS= Índice de Libertades Instrumentales en Salud

Figura 8.
Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable

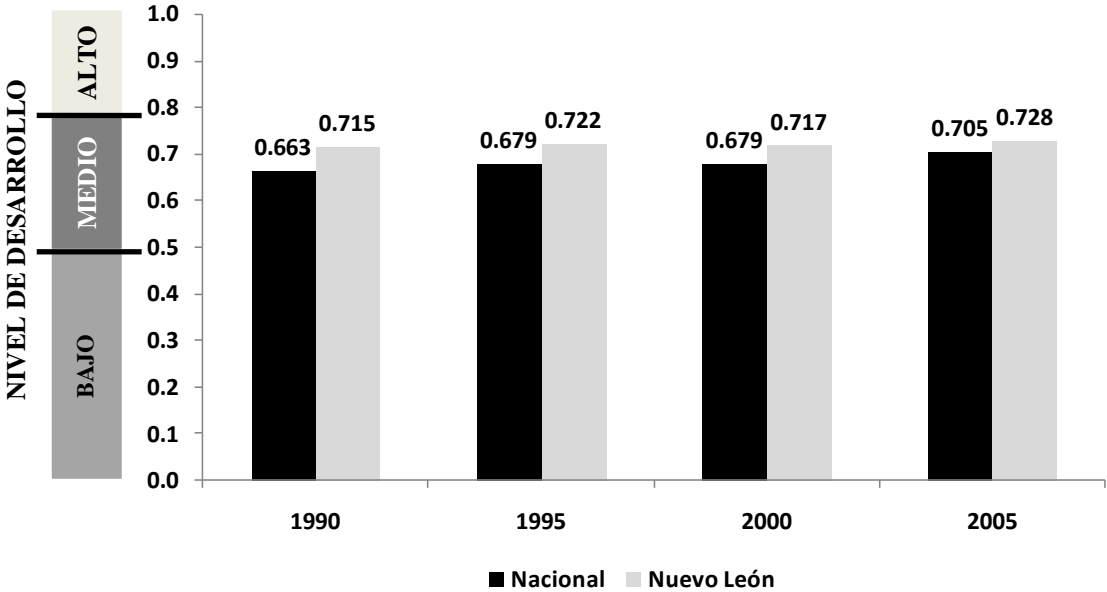


Los resultados presentados en la gráfica 8, nos muestran que a nivel nacional, en 1990, el Índice de salud para el Desarrollo Humano y Sustentable se encontraba en 0.663, lo cual nos refiere que el desarrollo humano y sustentable de las oportunidades humanas en salud se encontraba en un nivel medio para poder potencializarlas y expandirlas en la sociedad mexicana y esto se daba en entornos equitativos de nivel medio, ya para 2005 este indicador aumento en más de un 6% posicionándose en el valor de 0.705, lo cual nos permite mencionar que durante el periodo de análisis, el nivel de desarrollo tanto de los medios como de las condiciones básicas en materia de salud de la población del país aumentaron y han permitido que se tenga un mejor desarrollo humano y sustentable en la población de México.

Sin embargo, es importante señalar que no obstante de este aumento del indicador, el nivel de desarrollo se presentó con condiciones medias de equidad y de acceso en los servicios de salud y de protección de este derecho con indicadores relativamente bajos, lo cual contribuyó a que

en el país, el nivel de desarrollo humano y sustentable en salud no sobrepasara el rango medio de desarrollo.

Gráfica 8
Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable,
México y Nuevo León
1990-2005



Fuente: Estimación propia.

En relación al estado de Nuevo León, este indicador nos muestra que, para 1990, el desarrollo humano y sustentable en materia de salud se da en condiciones de un nivel medio de desarrollo, al posicionarse el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable en 0.715, y en condiciones mayores a las reportadas en ese año a nivel nacional. A través del periodo de análisis, este índice no presentó cambios muy considerables, se mantuvo casi estacionado, muy diferente al comportamiento observado a nivel nacional que si presentó cambios y alzas muy considerables durante este período.

De esta manera, durante el periodo de análisis, Nuevo León presentó un incremento del 1.8% en nivel de desarrollo de las libertades en materia de salud, posicionando al Índice de Salud para el Desarrollo Humano Sustentable en el 2005 en 0.728. Lo cual nos podría inferir, que el desarrollo de las condiciones básicas de salud y equidad, los medios institucionales y de protección en salud en la entidad se han mantenido en entornos de crecimiento casi estacionarios. Por lo tanto, la entidad durante todo el periodo de 1990 al 2005 presenta un nivel de desarrollo humano y sustentable en salud medio y casi estacionario con entornos inequitativos en el acceso a la salud, así como una falta de gestión del Estado en esta materia.

Cabe mencionar, que un punto relevante en el análisis, es la reducción de la brecha entre el indicador estatal y el nacional a través del tiempo, lo cual nos sugiere que Nuevo León no ha presentado una política pública de mayor calidad y alcances que permita una mayor expansión de las oportunidades en materia de salud de la población, y solo ha realizado lo necesario para tratar de mantener los entornos de desarrollo y equidad en materia de salud.

Así, la población del estado enfrenta entornos sanitarios, sociales, económicos y de prestación de servicios de salud medianamente desarrollados con niveles inequitativos para el acceso a la salud, que cada vez se están volviendo más insostenibles y van hacia una tendencia de entornos más desiguales de desarrollo humano.

Por lo tanto, se tiene que buscar la inclusión de mecanismos institucionales y sociales que permitan que el acceso a la salud en la entidad y en todo el país puedan cambiar esta tendencia y llevarse hacia niveles de desarrollo altos y con servicios de salud de mayor calidad, cobertura y accesibilidad y asimismo con mayor equidad, en donde estén presentes

mejores mecanismos de gestión en la protección del derecho a la salud. Si esto se da, la población tendrá mayores posibilidades de potencializar de una mejor manera su salud y alcanzar vidas más larga y saludable y permitirá prever muertes evitables de infantes, mujeres y de cualquier grupo de la población. Sin embargo, para que se pueda presentar esto, es primordial que se rompa con el modelo de gestión actual y se realice un nuevo modelo de gestión política y económica donde la participación social y mayor equidad estén presentes.

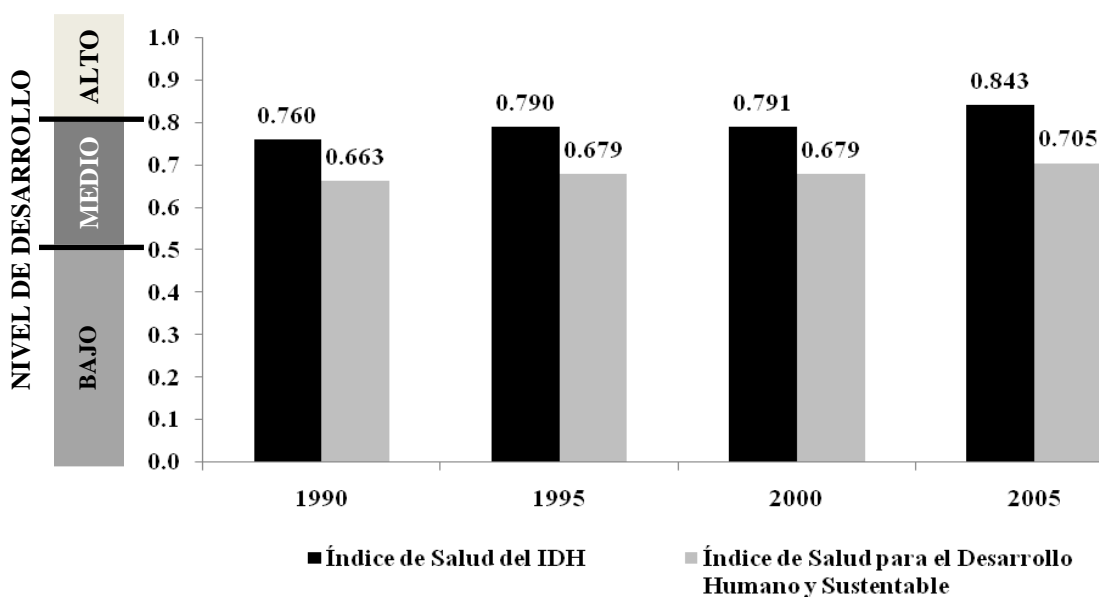
3.1 A manera de Conclusión:

Podemos comentar que la propuesta del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, aún cuando se enriquece metodológicamente del Índice de Salud del Índice de Desarrollo Humano, busca incluir aspectos e indicadores que no contempla éste.

De esta manera, podemos señalar que hay diferencias considerables entre ambos índices, esto lo podemos observar en gráfica 9 y 10, donde se puede observar que durante el periodo de 1990 al 2005 tanto para México como en Nuevo León, el Índice de Salud para el Desarrollo Humano Sustentable estuvo por debajo de lo reportado por el Índice de Salud del IDH. A nivel nacional durante el año 1990 se tenía un Índice de Salud del IDH del 0.760, por su parte, el Índice de Salud para el Desarrollo Humano Sustentable se encontraba por debajo de éste y era del orden de 0.663 en ese mismo año, mostrando una diferencia en el desarrollo del 12%. Para el 2005, de acuerdo al Índice de Salud del IDH, el desarrollo en este ámbito se encontraba en un nivel alto, al reportar este indicador un valor de 0.843. No obstante al calcular el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, este nos reporta que el desarrollo en materia de salud para este mismo año, no se encuentre en niveles altos, sino todo lo contrario se encuentre en niveles medios de desarrollo y muy por debajo de lo que se reportaba por el IDH

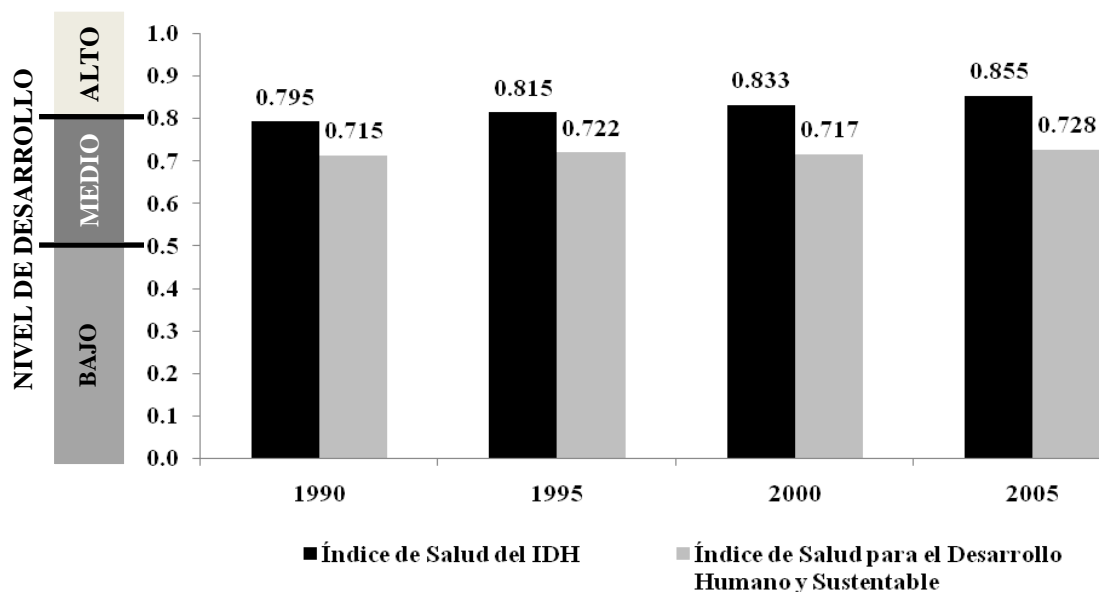
en materia de salud. Estas disparidades se debieron principalmente a que el nivel de equidad en salud se ha mantenido en niveles medios y en claro retroceso, además del nivel bajo del acceso a los servicios de salud. Aspectos que al considerar, el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, el nivel de desarrollo en el ámbito de la salud en el país no ha sido tan acelerado como lo menciona el IDH.

Gráfica 9
 Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable vs.
 Índice de Salud del IDH,
 México
 1990-2005



Fuente: Estimación propia.

Gráfica 10
 Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable vs.
 Índice de Salud del IDH,
 Nuevo León
 1990-2005



Fuente: Estimación propia.

Por su parte, al realizar esta comparación a nivel estatal se puede observar el mismo comportamiento que a nivel país. Así durante el periodo de 1990 al 2005 en la entidad el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable se encontraba por debajo del Índice de Salud del IDH, debido principalmente a la inequidad en salud creciente, el bajo desarrollo en el nivel de acceso a la salud y el poco desarrollo en materia de gestión y protección en el derecho a la salud nos refleja que el nivel de desarrollo no se encuentra en niveles altos en la entidad, sino está en niveles medios de desarrollo y muy por debajo de lo señalado por el Índice de Salud del IDH. Por lo tanto, de acuerdo al Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable, el desarrollo en materia de salud en la entidad, durante estos 15 años que hace referencia el estudio, no creció considerablemente como así lo refleja el IDH en este ámbito, sino al contrario su crecimiento durante este periodo fue relativamente pequeño.

De esta manera, la propuesta del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable busca reflejar de una manera más amplia los factores y las problemáticas del desarrollo en salud en el país y en la sociedad neolonesa. Esto al considera aspectos de la desigualdad social y de los determinantes sociales de sustentabilidad y de acceso y gestión del Estado para proveer los servicios y derecho a la salud. Así, este índice busca, a través de un número, analizar un problema complejo y diverso como es el acceso a la salud de la población.

CAPÍTULO 6.
RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA SALUD EN EL
DESARROLLO HUMANO Y SUSTENTABLE

La problemática del acceso a la salud en México, así como de sus condiciones de equidad y sustentabilidad, han estado inmersas dentro de las discusiones académicas, sociales y políticas en nuestro país desde el surgimiento revolucionario de 1910. Sin embargo, en las últimas décadas, estas discusiones se han dado en el marco de un modelo económico neoliberal que ha provocado en el país un desmantelamiento del Estado de Bienestar debido a la reducción del gasto social que ha afectado las condiciones sociales de la población, en particular en educación y salud, y en consecuencia de su calidad de vida.

En este entorno, el acceso a la salud en México se ha adentrado en una problemática de falta de cobertura, accesibilidad, inequidad, incertidumbre jurídica y de gestión por parte de las instituciones públicas, en particular de los servicios de salud y de la medicina social, y de una tendencia hacia la privatización de los servicios de salud. Esto ha llevado a que se deterioren las capacidades y libertades en salud de la población y se merme el desarrollo humano y sustentable de la sociedad.

Por lo tanto, el acceso a la salud debe consolidarse como un derecho social que debe ser salvaguardado por el Estado debido a que ésta es una capacidad y libertad fundamental del ser

humano que tiene derecho a desarrollar por el simple hecho de nacer, pero a su vez, tiene que estar cubierta por los medios institucionales y sociales necesarios para poder ser desplegada y potencializada en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado.

De esta manera, el acceso a la salud en la población tiene que garantizarse de manera universal y proveerse en condiciones de equidad y en entornos de justicia distributiva. Así, la población podrá contar con las oportunidades necesarias para tener mejores condiciones de vida.

En este orden de ideas, la importancia de esta investigación radica en la aportación de nueva información y conocimiento de las condiciones de la salud en el estado de Nuevo León y en la república mexicana. Esto se realiza desde una perspectiva del desarrollo humano y sustentable, lo cual implica comprender que los entornos creados para el desarrollo de las capacidades y libertades de tener una vida sana implican no solamente la existencia de infraestructura hospitalaria y médica y de abastecimiento de medicamentos, sino que pasa también por las políticas institucionales que se definen y precisan en la legislación de salud y en la visión cultural arraigada en los diferentes sectores de la población que sustenta a la salud como un derecho social.

Esta investigación está sustentada en el marco teórico conceptual de Amartya Sen y se soporta en dos conceptos fundamentales, como se abordó a lo largo de esta investigación: *las libertades constitutivas* y *las libertades instrumentales*. Las *libertades constitutivas* permiten englobar las oportunidades y libertades básicas que tiene el ser humano por el simple hecho de nacer para poder alcanzar una vida plena. Por su parte, las *libertades instrumentales* son aquellas oportunidades y medios que tiene la población para potencializar sus capacidades y

libertades en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado. De esta manera, ambas libertades se complementan para que el ser humano pueda transitar por entornos libres, equitativos y desarrollados, y en donde pueda potencializar sus capacidades, y así, alcanzar un mejor nivel de desarrollo humano y sustentable.

De esta manera, la aportación de esta investigación radica en el esfuerzo de traducir la teoría a un análisis concreto medido por indicadores que permitan conocer las condiciones de salud en Nuevo León y su comparación con México. Esto a través de la conformación de un índice compuesto que lleva por nombre *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*.

La construcción de dicho índice fue inspirada en la metodología del Índice de Desarrollo Humano del PNUD y del Coeficiente de Gini en Salud. Cabe recordar que el Índice de Desarrollo Humano es un índice que se mueve en un rango entre cero y uno, y se divide en tres niveles para clasificar el desarrollo de los países: aquellos que presentan un índice mayor a 0.80, se consideran con un desarrollo humano alto; los que oscilan entre 0.50 y 0.79 tienen un desarrollo humano medio; y los que tienen un índice inferior a 0.50 presentan un desarrollo humano bajo.

En lo que respecta al Coeficiente de Gini en Salud, éste es un indicador que tradicionalmente fluctúa entre cero y uno, en donde cero implica equidad completa y uno inequidad completa. Sin embargo, para el desarrollo de esta investigación y poder orientar este indicador hacia la misma tendencia de los demás indicadores utilizados, en donde un indicador más alto es mejor, se invirtió el sentido del Coeficiente de Gini. Por lo cual, al darse ese proceso, el índice

se sigue manteniendo en un rango de cero a uno, solo que ahora uno significa equidad completa y cero inequidad completa.

Así, el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* es un índice que está integrado por dos índices: el *Índice de Libertades Constitutivas* y el *Índice de Libertades Instrumentales*, ambos son índices compuestos como se mostró en el capítulo precedente. Los resultados de estos índices fueron los siguientes.

Índice de Libertades Constitutivas en Salud

El *Índice de Libertades Constitutivas en Salud*, entendidas éstas como los derechos que tiene el ser humano de contar con condiciones fundamentales de salud para el despliegue de su vida por el solo hecho de nacer, durante el periodo de 1990 al 2005, este índice tanto para México como para el estado de Nuevo León se posicionó en el rango medio de desarrollo y presentó una tendencia hacia la baja durante los 15 años de estudio. En donde para el país dicho índice pasó de 0.752 en 1990 a 0.736 en 2005, y para Nuevo León de 0.789 en 1990 a 0.767 en el 2005, como se muestra en la gráfica 3.

En este punto se destacan dos observaciones importantes. Primero, que durante todo el periodo de 1990 al 2005, el *Índice de las Libertades Constitutivas en Salud* del estado de Nuevo León se encontró por encima del observado a nivel nacional. Sin embargo, la diferencia entre ambos índices, el de Nuevo León y el nacional, durante estos 15 años fue poca y se fue acortando a través del tiempo. Se esperaría que un estado como Nuevo León, que tiene un desarrollo en infraestructura en salud y en educación, donde las carreras de medicina y enfermería, en las diferentes especialidades, nutren de suficientes médicos y enfermeras, debiera tener un

impacto más alto en las *libertades constitutivas en salud* en la población neolonesa, en comparación de lo observado a nivel país, sin embargo, esto no sucede así.

El segundo aspecto relevante, es que durante el periodo de 1990 al 2005 hubo un decrecimiento de este índice tanto a nivel nacional como en Nuevo León. En la entidad esta reducción fue del 2.8%, al pasar este índice de 0.789 en 1990 a 0.767 en el 2005, y a nivel país la reducción del desarrollo de las libertades constitutivas fue del 2.1%, lo cual representó que el *Índice de las Libertades Constitutivas en Salud* pasara de 0.752 en 1990 a 0.736 en 2005. Es decir, durante estos 15 años, no se presentaron avances, sino retrocesos en las *libertades constitutivas en salud* en Nuevo León y en México, siendo esta reducción mayor en la entidad que en el país.

¿Qué fue lo que originó este retroceso? Como se presentó en el capítulo anterior, el *Índice de Libertades Constitutivas en Salud* está integrado por dos índices compuestos: el *Índice de Salud Básica* y el *Índice de Equidad en Salud*. El primer índice tiene que ver con los indicadores de la Salud Básica, los cuales están comprendidos por: la esperanza de vida, la tasa de supervivencia de menores de 5 años, la tasa de supervivencia materna y la tasa de peso suficiente al nacer (indicadores que también son considerados en los Objetivos del Milenio).

En todos estos indicadores, como se muestra en el cuadro 21, se registra un desempeño positivo e importante durante el periodo de 1990 al 2005, tanto en México como en la entidad. Esto también se refleja en el *Índice de Salud Básica*, en donde para Nuevo León se incrementó de 0.916 en 1990 a 0.946 en el 2005 y a nivel nacional de 0.901 en 1990 a 0.938 en el 2005, como se muestra en la gráfica 1. De esta manera, durante estos 15 años, tanto en el estado de

Nuevo León como en el país se presentó un nivel alto de desarrollo en las condiciones de salud básica de la población.

En relación al segundo índice que integra a las *libertades constitutivas*, el *Índice de Equidad en Salud*, éste considera a la equidad en los procesos de acceso a la salud y de las condiciones de la infraestructura y servicios que existen en los diferentes municipios, lo cual determina en gran medida la capacidad real de que instancias institucionales tan importantes como la legislación de salud y la cultura del derecho en la salud en México se puedan o no permear con la misma intensidad en aquellos municipios alejados de los entornos hospitalarios, médicos y de los centros disponibles de abastecimiento de medicamentos.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, los cuales se pueden observar en la gráfica 2, el *Índice de Equidad en Salud* presenta dos consideraciones importantes: la primera de ellas es que durante el periodo de 1990 al 2005 la inequidad se agravó tanto a nivel nacional como estatal. Lo anterior debido a que este índice a nivel estatal pasó de 0.661 en 1990 a 0.588 en 2005 y a nivel nacional este índice fue de 0.603 en 1990 y pasó a 0.535 para el 2005. Cabe mencionar que las condiciones de equidad que se presentaron durante estos 15 años, siempre fueron más favorecedoras en el estado que a nivel país.

La segunda, es que el nivel de equidad tanto para México como para Nuevo León se encuentra en el rango medio, muy cercana al rango bajo de desarrollo, provocando que el desarrollo de las *libertades constitutivas en salud* en su conjunto se hayan reducido en su nivel durante el periodo de análisis, como se observa en la gráfica 3. Fue justamente el comportamiento de este índice el que impactó hacia la baja al indicador global del *Índice de Libertades Constitutivas*

en Salud provocando que se presentara un retroceso en las libertades fundamentales de la población para tener una vida larga y saludable por el simple hecho de nacer. Es así, que la inequidad social presente en la salud fue una pieza clave para que las libertades constitutivas del desarrollo humano en la sociedad en México y en Nuevo León retrocedieran el desarrollo de las oportunidades sociales básicas en salud inherentes de la población.

Por lo tanto, el estado de Nuevo León, como el país, requiere de la creación de políticas que permitan seguir manteniendo los estándares altos de desarrollo en las condiciones de salud básica de la población, pero además, debe crear las condiciones necesarias para que el acceso a la salud en la sociedad sea más equitativa, y así, poder generar un mayor impacto en el desarrollo de las libertades constitutivas en materia de salud y evitar caer en un mayor retroceso.

Índice de las Libertades Instrumentales en Salud

Por otro lado, durante el periodo de 1990 a 2005, el *Índice de las Libertades Instrumentales en salud*, entendidas éstas como los medios institucionales y sociales que permiten desarrollar las oportunidades y derechos de la población para tener acceso a los servicios de salud, sanitarios y a mejores procesos de gestión estatal en la protección del derecho a la salud, tanto para el estado de Nuevo León como para el país se encuentran en el rango medio de desarrollo y han presentado un incremento durante este periodo. Para México el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud* pasó de 0.573 en 1990 a 0.673 en el 2005, y para Nuevo León este índice presentó una puntuación de 0.642 en 1990 y pasó a 0.690 en el 2005, como se observa en la gráfica 7.

Referente a este punto, se pueden señalar dos cuestiones relevantes. Primero, que durante el periodo de 1990 al 2005, el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud* de la entidad se encuentra por encima de lo reportado a nivel nacional. Sin embargo, durante el transitar de estos 15 años, la brecha entre ambos indicadores, el nacional y el estatal, se acortó, como se observa en la gráfica 7. Esto refleja la presencia de un proceso de convergencia entre las condiciones de los medios institucionales y sociales que se presentan en el estado de Nuevo León y los que se observan en todo el país.

Sin embargo, se esperaría que Nuevo León gozara de un mayor desarrollo de los entornos para el acceso a los servicios de salud, de cobertura sanitaria y de protección al derecho a la salud, y asimismo, con un nivel más alto que lo observado a nivel país. Esto debido a que la entidad es una entidad impulsora del desarrollo económico nacional y tiene una extensa infraestructura hospitalaria y médica comparada con otras entidades federativas.

El segundo punto relevante, es que durante el periodo de 1990 al 2005, el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud* para la entidad presentó un crecimiento relativamente pequeño en comparación de lo reportado a nivel nacional. Durante este periodo, en la entidad, las libertades instrumentales crecieron solo un 7%, al pasar este índice de 0.642 en 1990 a 0.690 en el 2005, y a nivel país dicho crecimiento fue del 18%, al incrementarse el índice de libertades instrumentales de 0.573 en 1990 a 0.673 en 2005.

Lo anterior muestra que, durante el periodo de análisis, en la entidad se presentó un proceso de menor crecimiento en los medios institucionales y sociales en comparación con lo observado a

nivel país, lo cual podría originar, si continúa esta tendencia, la aparición de un estancamiento en el desarrollo de las *libertades instrumentales en salud* en la entidad.

Pero, ¿qué ha provocado que estos acontecimientos sucedan en el proceso de desarrollo de las *libertades instrumentales*? Recordemos que el *Índice de Libertades Instrumentales en Salud* está compuesto por tres índices: el de *Cobertura Sanitaria*, el de *Acceso a los Servicios de Salud* y el de la *Protección al Derecho a la Salud*.

El primero de ellos, el *Índice de Cobertura Sanitaria*, considera las condiciones y oportunidades que tiene la población para vivir en entornos salubres dentro de su hogar, y considera indicadores como: el contar con agua potable, drenaje, energía eléctrica y piso firme en la vivienda. Cabe señalar que estos indicadores han sido utilizados por la Agenda 21 y el Informe del Desarrollo Humano para el análisis de las condiciones sanitarias de la población.

En todos estos indicadores se observa que la cobertura sanitaria ha tenido un gran avance durante el periodo de 1990 al 2005, esto se aprecia en el cuadro 23. En este sentido, el *Índice de Cobertura Sanitaria* presentó ese mismo comportamiento durante el periodo de estudio y se mantuvo en el rango alto de desarrollo, como se muestra en la gráfica 4. Es decir, este índice para Nuevo León fue de 0.910 en 1990 y pasó a 0.969 en el 2005 y a nivel nacional pasó de 0.765 en 1990 a 0.897 en el 2005. Es relevante mencionar, que durante este período, el índice nacional se mantuvo siempre por debajo de lo reportado a nivel estatal.

El segundo índice que comprende a las *libertades instrumentales en salud* es el *Índice de Acceso a los Servicios de Salud*, esto debido a que es de suma importancia conocer las

posibilidades que tiene la población de acceder a los servicios de salud y a toda su infraestructura física y de recursos humanos, y así, contar con los medios para potencializar y expandir sus capacidades y libertades para mejorar sus condiciones de salud, esto independientemente de las circunstancias socioeconómicas y culturales en donde la población esté inmersa.

De acuerdo con los resultados de este índice, los cuales se muestran en la gráfica 5, se pueden mencionar dos consideraciones importantes. La primera, el acceso a los servicios de salud durante el periodo de 1990 al 2005, tanto a nivel nacional como en la entidad, se encontraron en el nivel de desarrollo bajo. Lo anterior debido a que a nivel país este índice pasó de 0.425 en 1990 a 0.447 en el 2005 y para Nuevo León pasó de 0.482 en 1990 a 0.488 para el 2005.

La segunda es que, durante el periodo de 1990 al 2005, tanto para el país como para el estado, se ha presentado un avance relativamente pequeño en las condiciones de accesibilidad en los servicios de salud. Para México, el Índice de Acceso a los Servicios de Salud aumentó en un 5.2%, al pasar de 0.425 en 1990 a 0.447 en 2005. En cambio para Nuevo León solo creció 1.2%, representando esto que el índice pasara de 0.482 en 1990 a 0.488 para el 2005. No obstante esta situación, durante este periodo el *Índice de Acceso a los Servicios de Salud* a nivel estatal siempre se mantuvo por encima de lo reportado en el país.

Estas condiciones de bajo desarrollo en el acceso a los servicios de salud, en una primera instancia, han provocado que las *libertades instrumentales* de la población no se hayan desarrollado en un mayor nivel tanto en el país como en la entidad y afectaron al nivel del índice global de las *libertades instrumentales en salud*. Por lo cual, se tiene que considerar la

organización de programas y políticas que mejoren el acceso a los servicios de salud de la población, así como la cobertura nacional de los recursos humanos y materiales en este ámbito, y en particular, en el estado de Nuevo León. Lo anterior para evitar el desmantelamiento público que se está dando a este sector, el cual poco a poco está transitando a la privatización.

El tercer índice que integra a las *libertades instrumentales* es el *Índice de la Protección Estatal del Derecho a la Salud*, el cual considera que la salud es un derecho que debe ser impulsado y gestionado por el Estado a través de los medios institucionales y legales que permitan salvaguardar a ésta como un derecho social y universal de la población.

De acuerdo con este índice, durante el periodo de 1990 al 2005, los medios de gestión y protección institucionales y legales del derecho a la salud, tanto en México como en Nuevo León, presentaron un nivel de desarrollo medio, muy cercano al rango bajo, esto se observa en la puntuación que registró este índice. A nivel país, este índice pasó de 0.529 en 1990 a 0.676 en el 2005, por su parte, en Nuevo León pasó de 0.533 en 1990 a 0.612 en el 2005, lo anterior se observa en la gráfica 6.

En este punto se pueden analizar dos cuestiones importantes. La primera de ellas es que, durante el período de análisis, tanto para México como para Nuevo León, los medios institucionales y sociales presentaron una mejoría en el nivel del desarrollo. Sin embargo, ésta fue mayor a nivel nacional que en la entidad.

La segunda radica en que, durante el trayecto de los 15 años analizados, se observa cómo ambos índices, el nacional y el estatal, aumentaron. Sin embargo, como se muestra en la gráfica 6, se presenta una brecha considerable entre ambos indicadores, saliendo más favorecido el índice a nivel nacional que el estatal. Como ejemplo de esto, en 2005 este índice mostró una mayor puntuación a nivel nacional, ubicándose en 0.676, y para Nuevo León se ubicaba en 0.612. Así, en ese año, el estado presentó un nivel menor de desarrollo en los medios institucionales y legales de la protección del derecho a la salud, en comparación con lo ocurrido a nivel nacional. Esto contrasta con lo que sucedió en 1990, en donde el índice estatal (0.533) estuvo por encima del nacional (0.529).

De esta manera, el comportamiento del *Índice de Acceso a los Servicios de Salud* y del *Índice de la Protección Estatal del Derecho a la Salud* provocó que las *libertades instrumentales*, tanto a nivel nacional como estatal, no se hayan impulsado en una mayor medida durante el periodo de 1990 al 2005. Por lo tanto, es de vital importancia que tanto el estado de Nuevo León como el país gestionen una mayor cobertura de acceso a los servicios de salud, y de cobertura de médicos y enfermeras, así como una mejor y mayor cultura legal y de gestión de la protección de un derecho social altamente prioritario para la sociedad como lo es la salud.

Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable

Finalmente, para poder conocer el proceso integral del desarrollo humano y sustentable en materia de salud, tanto en México como en Nuevo León, se integró el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*, el cual es un índice compuesto por el *Índice de Libertades Constitutivas en Salud* y el *Índice de las Libertades Instrumentales en Salud*, ambos analizados en el capítulo precedente.

En este índice se integra la teoría con los indicadores y se conoce el nivel de desarrollo y equidad de los diferentes entornos institucionales, sociales y legales en donde se despliega la salud como una capacidad y libertad de la población. Como se observa en la gráfica 8, durante el periodo de 1990 al 2005, tanto a nivel país como en la entidad, el *desarrollo humano y sustentable en salud* se ubicó en el nivel medio, cercano al rango alto de desarrollo. A nivel nacional este índice pasó de 0.663 en 1990 a 0.705 en 2005, y para Nuevo León, pasó de 0.715 en 1990 a 0.728 para el 2005. Dado este punto se puede mencionar lo siguiente.

Durante el periodo de 1990 al 2005, este índice a nivel nacional creció más que lo observado a nivel estatal. A nivel país el *desarrollo de las libertades en salud* crecieron un 6.3%, al pasar el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* de 0.663 en 1990 a 0.705 en el 2005. En cambio, para Nuevo León crecieron 1.8%, al pasar este índice de 0.715 en 1990 a 0.728 en 2005. Esto indica que aún y cuando se presentaron mejores condiciones de desarrollo a nivel estatal que en el país, se pueden vislumbrar los inicios de un proceso de estancamiento en el desarrollo humano y sustentable en materia de salud en la entidad. Esto se ve reflejado tanto en el deterioro de las *libertades constitutivas en salud* como en el poco desarrollo de las *libertades instrumentales en salud* presentado en la entidad durante el periodo de 1990 al 2005.

Por otra parte, se puede mencionar que la brecha que se observa entre el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* a nivel país y el observado en el estado se vio reducida, como se observa en la gráfica 8. Por lo tanto, durante dicho periodo se presentó una convergencia entre ambos niveles, país y entidad, y se puede concluir que esto se debió a que el estado no aplicó políticas públicas transversales con carácter equitativo y sustentable en

materia de salud que tuvieran un mayor impacto y nivel de penetración en la sociedad, lo cual permitiría generar un nivel más alto de desarrollo de las oportunidades y libertades en salud de la población.

Asimismo, es importante señalar, que el Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable se encuentra por debajo de lo reportado por el IDH en este ámbito, y nos refiere que el desarrollo en materia de salud tanto a nivel Nacional y en el estado no ha crecido tanto durante el periodo de 1990 al 2005, como lo refiere el Índice de Salud del IDH. Así, a través del *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*, se puede concluir que el nivel de desarrollo de la salud en el estado no tiene carácter alto y sustentable, sino que las libertades en la materia se presentan en entornos medios de desarrollo -cercaos al rango alto- y con entornos inequitativos, provocando que las libertades en salud se presenten en la población de Nuevo León en condiciones medias para expandir sus oportunidades y derechos. Esta situación se presenta también a nivel nacional, sin embargo, las condiciones de la entidad son más favorecedoras que las observadas a nivel país.

Por lo tanto, a nivel nacional como estatal, se deben impulsar políticas públicas que permitan mejorar tanto el desarrollo humano y sustentable de la población como la equidad de los entornos en donde se despliegan las libertades de la sociedad, en particular lo relacionado al acceso a los servicios de salud y del marco normativo e institucional del derecho a la salud. De esta manera, la población podrá transitar hacia condiciones más sustentables y equitativas para el despliegue de sus capacidades y libertades. Del mismo modo, podrá contar con mejores condiciones y oportunidades desde su nacimiento y durante su proceso de desarrollo, permitiendo así, que se presenten mejores niveles de equidad inter e intra generación en las

oportunidades y libertades de alcanzar una vida larga y saludable, que se traducirán en un mayor nivel de desarrollo humano y sustentable en el ámbito de la salud y en su calidad de vida.

Asignaturas pendientes de investigación

Esta investigación centra su atención en la elaboración de un marco teórico-metodológico que permitiera mediante el desarrollo de índices compuestos contribuir al análisis de la salud en México y Nuevo León, esto en el marco de la teoría del desarrollo de las libertades y capacidades humanas de Amartya Sen y de la visión del desarrollo sustentable, y así, generar el *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*, el cual permite analizar de una manera multidimensional la problemática del acceso a la salud y del grado de equidad, desarrollo y sustentabilidad en que ésta se presenta en la población. Sin embargo, aún quedan asignaturas pendientes por abordar, las cuales pueden derivar en nuevas líneas de investigación.

1. Analizar la dinámica *del Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* en la totalidad de los estados que comprenden a la república mexicana, y conocer así, como está distribuido el desarrollo de las libertades en salud en los estados del país. Esta línea de investigación permitiría focalizar las zonas o regiones en donde las condiciones de acceso a la salud son carentes y se están dando en entornos de inequidad. Además nos ayudará a conocer el grado de desarrollo de los diferentes medios y entornos institucionales, culturales, económicos y sociales que inciden en tener mejores condiciones de acceso, equidad y sustentabilidad en materia de salud en cada uno de los estados y regiones del

país. Por lo cual, permitirá realizar estudios de desarrollo regional con visión de salud en México.

2. Realizar estudios del desarrollo de las libertades humanas en salud con perspectiva de género a través de una adaptación teórico-metodológica del *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*, propuesto en esta investigación, y considerar la perspectiva de género en cada uno de los indicadores e índices que conforman al *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable*. Lo cual permitirá conocer si se está transitando hacia una equidad de género en el desarrollo de las libertades en salud y en las posibilidades de acceso y sustentabilidad del derecho a la salud.
3. Analizar las condiciones de desarrollo en materia de salud por sectores poblaciones de México según el nivel de ingreso a través de una adaptación del *Índice de Salud para el Desarrollo Humano y Sustentable* por nivel de ingreso o estrato socioeconómico. Lo cual permitirá conocer el nivel de desarrollo en las libertades en salud de manera intersectorial y por ingresos.

Estas líneas de estudio permitirán en su momento profundizar el conocer y el comportamiento de este objeto de estudio, el desarrollo humano y sustentable de la salud en la población, y a su vez, permitirá difundir y replicar la aplicación del marco teórico-metodológico propuesto en esta investigación para analizar la problemática en diferentes entornos o marcos de referencia.

Por último, se puede mencionar que la teoría del desarrollo humano, propuesta por Amartya Sen, es una perspectiva teórica que ha colaborado en transformar la forma de abordar y

analizar el desarrollo en las sociedades y ha permitido pasar de la simple visión del crecimiento de indicadores económicos, como el PIB per cápita, a otra centrada en el ser humano y en la potencialización de sus capacidades y libertades. Esta teoría trascendió y tuvo frutos en las aportaciones brindadas para la construcción del Índice de Desarrollo Humano propuesto por el PNUD, este índice plantea una metodología que contempla las capacidades y libertades esenciales del ser humano como son la salud, la educación y el ingreso digno, para conocer los avances, o en su caso el retroceso, del desarrollo de los países. Lo cual ha permitido generar una mayor conciencia en la cooperación del desarrollo en el mundo.

Así, en este orden de ideas, la aportación de esta investigación radica en el esfuerzo de vincular la teoría, planteada por Amartya Sen, con los indicadores propuestos para medir las libertades tanto constitutivas como instrumentales del acceso, la equidad y la sustentabilidad de la salud en la población, y así, generar instrumentos compuestos, como es el *Índice de Salud para el Desarrollo Sustentable*, el cual permite analizar el grado de desarrollo humano y sustentable de la salud en la sociedad mexicana, y en particular, en la población neolonesa. De la misma manera, esta tesis permite dotar tanto a la comunidad en general como al gobierno de metodologías e instrumentos de carácter científico que permitan evaluar las acciones y políticas públicas en el ámbito de la salud y conocer el progreso del desarrollo en salud en México y en Nuevo León, permitiendo así, mejorar el proceso de la planeación e implementación de políticas en esta materia en el país y en los estados.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Álvarez Gutiérrez, R. & González Pineda, O. (1987). La cooperación técnica internacional en el campo de la salud. *Revista de Administración Pública*. No. 69-70, Enero-Junio, 25-89 México, D.F.

Agencia de la ONU para refugiados (ACNUR). (2010). *Constitución de Brasil (1988)*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0507.pdf>

Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shkolnikov, V. & Wirth, M. (2002). Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En Evans, T, Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (Eds), *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Editado por OPS-Fundación Rockefeller.

Anand, S. (2006). The Concern for Equality in Health. En Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (Eds.), *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford University Press.

Aristóteles (1959). *Obras Selectas*. México. Ed. Ateneo. M

Banco Mundial (2004). *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis*. Poverty and Health Library.

Barr, N. (1993). *The economics of the Welfare State*. Oxford University Press.

Barbieri, M. (1991). Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde. *Les Dossiers du Ceped 18*, París.

Berlin, I. (1998). *Cuatro ensayos sobre la libertad, Filosofía y Pensamiento*. Alianza, Madrid.

Brena, I. (2004) *El derecho y la Salud: Temas a reflexionar*. UNAM, México

Brundtland, H. (2002). Salud y desarrollo sostenible. *Información Comercial Española: Revista de Economía*, 3(35), 26-57. España

Becker, Gary (1962). Human Capital: A theoretical and empirical analysis. *NBER*, Columbia University Press, Nueva York.

_____ (2002). La inversión en talento como valor de futuro. *Capital Humano*, No. 153, 26-29. USA.

Bustamante, E. (1982). *La salud pública en México 1959-1982*. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), México. D.F.

Bustelo, Pablo (1999). *Teorías contemporáneas del desarrollo económico*. Madrid, Editorial Síntesis.

Cámara de Diputados/ Secretaria General. (s.f.). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

_____ (1984). *Ley General de Salud*. Recuperado en:
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Cantú, P. (2007). *El cometido de la Salud Pública*. UANL, Monterrey, México

Carpizo, J & Madrazo, J. (1984). *Memoria del III Congreso Nacional Del Derecho Constitucional*. México, D.F.

Cohen, G. (1993). Igualdad, ¿de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades. En A. Sen, A. & Nussbaum, M. (comp.). *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica.

CONAMED (1996). *Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf

Constitution Society. (2010). *Constitución de Costa Rica (1949)*. Recuperado de:
<http://www.constitution.org/cons/costaric.htm>

Congreso Nacional de Chile. (2010). *Constitución de Chile (varios años)*. Recuperado de:
<http://www.bcn.cl/ecivica/histcons>

Consejo Nacional de Población (1995). *Estimación de la población base y proyecciones de 1990-2030*. México: CONAPO.

_____ (2006). *Proyecciones de la población 2005-2050*, México: CONAPO.

Díaz Alfaro, S. (1995). *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. BCS ED. México, D.F.

Dworkin, R. (1995). *Los derechos en serio*. Ariel, Barcelona.

ÉLYSÉE. (2010). *Constitución de Francia (1946) "Preámbulo"*. Recuperado de:

http://www.elysee.fr/elysee/elysee.fr/espagnol/las_instituciones/los_textos_fundadores/preambulo_de_la_constitucion_de_1946/preambulo_de_la_constitucion_de_1946.21657.html

Equipo Federal de Trabajo (EFT). (2010). *Constitución de Grecia (1975)*. Recuperado de:

<http://www.eft.com.ar/legislac/constit/grecia.htm>

Esteva, G. (1996). Desarrollo. En Sachs, W. (ed.), *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas, Lima.

Frenk, J. (1994). Hacia un México más saludable. *Nexos 17*, 23-32. México

Fuji, Gerardo & Altriste, Martha (2008). Trabajo decente en México, 2006-2007. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo, Querétaro, 2008.

Fujigaki-Lechuga, A. (1995). La experiencia de la cooperación internacional en salud en México. *Cooperación internacional sobre salud en México*, OPS, México.

Gabinete de Desarrollo Humano y Social/Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social de México (2006). *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avance 2006*. México: D.F.

Gálvez, E. et al. (2011). El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, Año 73, No.1. 73-104.

García, J. (2005). *Finanzas públicas, salud y desarrollo humano*. Secretaria de Salud, México.

Glewwe, P. & Jacoby, H. (1995). An economic analysis of delayed primary school enrollment and childhood malnutrition in a low income country. *Review of Economics and Statistics*, 77(1), 156-169.

Gobierno Español. (1978). *Constitución Española, 1978 (BOE, No. 311-1)*. Recuperado de: <http://constitucion.rediris.es/legis/1978/ce1978.html>

González Carbajal, E. (1988). *Diagnóstico de la salud en México*. Siglo veintiuno editores. México.

Guillén Romo, H. (2008), Francois Perroux: pionero olvidado de la economía del desarrollo. *Mundo Siglo XXI*, No. 11 (Invierno 2007-2008), 11-22. México, IPN.

Guitron, M (1990). El Estado Social del Derecho en México. En Narro, J. & Moctezuma, J. (Comp.), *Seguridad Social y el Estado Moderno*. México, D.F.

Gutiérrez Garza, E. & González Gaudiano, E. (2009). *De las teorías del Desarrollo al Desarrollo sustentable: una historia multidisciplinaria*. UANL/SIGLO XXI.

_____ & Picazzo, E. (2009), La Teoría del Desarrollo Humano y la Propuesta del Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En Maldonado & Ruíz (Comp.), *Capital Humano del Siglo XXI: Condiciones y estrategias para su desarrollo*. México: UANL/Tendencias Científicas.

H. Cámara de Diputados. (2007) *Versión actualizada de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta el año 2007*. Recuperada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>

Hidalgo, A. (1998). *El Pensamiento Económico sobre el Desarrollo: de los mercantilistas al PNUD*. Universidad de Huelva, España.

Hobcraft, J. (1987). Does family planning save children's life? Artículo presentado en *International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning*, Nairobi, 5 a 9 de octubre de 1987.

Hunt, D. (1989). *Economics theories of development. An analysis of competing paradigms*. Harvester Wheatsheaf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2000). *Indicadores de desarrollo sustentable en México*, México: INEGI

_____ (2007). *INEGI y los indicadores de las metas del milenio*. México: INEGI

_____ (2008) *Censo general de Población y Vivienda 1990*. Recuperado de: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>

_____ (2008). *Censo general de Población y Vivienda 2000*, Recuperado de: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202> .

_____ (2008). *Conteo de población y vivienda 1995 y 2005*, Recuperado de: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>

_____ (2008). *Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Recuperado de: <http://www.metasdelmilenio.inegi.gob.mx/artus/eis/portalmmm/sistema.asp>

_____ (2008). *Estadísticas vitales: nacimientos*. Recuperado de:
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208>

_____ (2008). *Estadísticas vitales: mortalidad*. Recuperado de:
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208>

Izundegui, A. (1995). *Sociedad igualitaria y derecho a la protección de la salud*. México, D.F.

Kadt, E., Tasca R. (1993). *Promover la equidad: un nuevo enfoque desde el sector social*. Programa de Políticas de Salud, OPS, Washington.

Knaul, F., et al. (2003). *El Sistema de Protección Social en México*. México: Funsalud.

Kumate, J. (1990). *Medicina Preventiva, medicina curativa y Salud Pública*. En Narro, J. & Moctezuma, J. (Comp.), *Seguridad Social y el Estado Moderno*, México.

Lebel, J. (2005). *Salud: un enfoque ecosistémico*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá.

Le Grand, J. (1982). *Health care*, En Le Grand, J. (Ed.), *The strategy of equality*. London: Allen y Unwin.

López, Acuña, D. (1980). *La salud desigual en México*. Siglo veintiuno editores. México.

López, C. (2000). *Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe*. (Tesis inédita doctoral). Universidad de la Habana.

Mancha, G. (2011). *La desatención generacional: Los jóvenes frente a la escasez de oportunidades. Una propuesta de medición a través de índices, Nuevo León 2005-2009*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León.

Mateos Jiménez, J. (2005). Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, No. 3 (vol.79), pp. 339-349. España.

Meadows Donella H., Meadows Dennis, L., Randers, J. & Behrens William, W. III (1972). *The limits of growth. A report for the Club of Rome's Project on the predicament of mankind*. New York, Universe Books; (Traducción al castellano (1993), *Los límites del crecimiento*. México, Fondo de Cultura Económica).

Mendieta y Núñez, L. (1967). *El Derecho Social*. México. Porrúa.

Metzger, X. (1996). *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. OPS/Washington, D.C.

Moctezuma, G. (2001). *Derecho de los usuarios de los servicios de salud*. Secretaría de Salud, México.

Nussbaum, M. (1988). Nature, function and capability: Aristotle on political distribution. *Ancient Philosophy. No. 45*, pp.145-184. Oxford Studies.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Source OCED*.
Recuperado de: <http://lysander.sourceoecd.org/vl=75005590/cl=17/nw=1/rpsv/home.htm>

OIT (1972), *Employment, incomes and equality. A strategy for increasing productive employment in Kenya*, Ginebra, OIT.

_____ (1976) *Employment, Growth and Basic Needs: A One World Problem. The international "basic needs strategy" against chronic poverty*. Praeger Publisher, Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Constitución de 1946*. Ginebra

_____ (1974). Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1951-1938. *Crónica de la OMS 1974* (WHO Chron 1974).

_____ (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, Ginebra.

_____ (2009). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado de:
<http://apps.who.int/ghodata/?vid=92100#>

OPS-Bolivia (2009). *Indicador de Salud municipal*. Recuperado de:
http://new.ops.org.bo/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135

OPS (1947). *Chronicle of the World Health Organization*. OMS, New York.

_____ (1973). *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington D.C.

_____ (1997). *Salud en el desarrollo humano: perspectivas y prioridades para el nuevo milenio*. Washington, D.C

_____ (1998). *La salud en las Américas*. Washington D.C.

_____ (1999). *Principios y conceptos básicos de equidad y salud*. Washington D.C.

_____ (2002). *Perspectiva histórica de atención a la Salud en México, 1902-2002*. México, OPS.

_____ (2005). *Estrategias de Cooperación con el país México*. OMS/OPS

_____ (2005a). *Estrategias de Cooperación con el país México para el periodo 2005-2009*. OMS/OPS

_____ (2006). *OPS en el siglo XXI: Liderazgo y Cooperación en Salud Pública*. OMS/OPS

_____ (2007). *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. Ed. 17, Washington, DC.

OPS. (S.F.). *Declaración de Alma Ata*. Recuperado de:

http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

ONU (1948). *Declaración de los derechos humanos*. Recuperado de:

<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

_____ (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf>

_____ (1969). *Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social*. Recuperado de:

http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs_04/bs_04_pdf_doc/Declaraci%F3n%20sobre%20el%20Progreso%20y%20el%20Desarrollo%20en%20lo%20Social.pdf

_____ (1986) *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo*. Recuperado de:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr26.pdf>

_____ (2002). *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible*. Johannesburgo.

_____ (2007), *Indicators of Sustainable Development: Guidelines and methodologies*,

Recuperado en: <http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/guidelines.pdf>

_____. UNSTATAS (2009), Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio: Portal oficial de la ONU para los indicadores de los ODM. Recuperado en: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

ONU. (s.f.). *Agenda 21*. Recuperado de:

<http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/agenda21sptoc.htm>

ONU. (s.f.). *Declaración de Rio 1992*. Recuperado de:

<http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/riodeclaration.htm>

ONU. (s.f.). *Objetivos de la Declaración del Milenio 2000*. Recuperado de:

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

Ortiz, G. F. (1995). México y su participación en los inicios de la Organización Panamericana de la Salud. En *Cooperación internacional sobre salud en México*. OPS.

Organización de Estados Americanos (OEA). (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Recuperado de:

<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos1.htm>

_____. (1969). *Convención Americana Sobre los Derechos Humanos*. Recuperado de:

<http://www.scjn.gob.mx/NR/rdonlyres/6FBCC80C-4E4E-48C0-8FC5->

[FF903E54D579/0/ConvencionAmericana_vTE07.pdf](http://www.scjn.gob.mx/NR/rdonlyres/6FBCC80C-4E4E-48C0-8FC5-FF903E54D579/0/ConvencionAmericana_vTE07.pdf)

_____ (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>

Paganini, J. (2000) La salud y la equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. Trabajo presentado durante *la reunión de Ministros de Salud Iberoamericanos* en República de Panamá en octubre de 2000.

Pérez, A. (2007). Tres décadas de evolución Constitucional en Portugal (1976-2006). *Revista de Derecho Político*. No. 70, 65-134. UNED

Peter, F. & Evans, T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (Comps.) *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. OPS-Fundación Rockefeller

Pereira, J. (1988). La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En *VIII Jornadas de Economías de la Salud*, Anales. Madrid.

Periódico Oficial del Estado de Nuevo León. (S.F.) *Ley Estatal de Salud*. Recuperado de: http://sg.nl.gob.mx/Transparencia/Archivos/AC_0001_0002_0041522-0000001.pdf

Periódico Oficial del Estado de Nuevo León. (2006). *Ley de Desarrollo Social para el Estado de Nuevo León*. Recuperado de: <http://sg.nl.gob.mx/Transparencia/Archivos/AC-F0102-07-M020016849-01.pdf>

Periódico Oficial del Estado de Nuevo León. (1988). Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social del Estado de Nuevo León. Recuperado de:

http://transparenciasanicolas.gob.mx/Fraccion%20I/Leyes_Reglamentos/Plantillas_Leyes/24_Ley.htm

Perroux, Francois (1958), *Trois outils pour l'analyse du sous-développement*. Cahiers de l'I.S.E.A., Série F

_____ (1981). Pour une philosophie du nouveau développement. En *Aubier*, Les presses de l'UNESCO, Paris.

_____ (1991). *L'économie du XXe Siècle*. Grenoble, PUG.

PNUD (1990-2007) *Informes de Desarrollo Humano 1990-2007*. Recuperados de:

http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?y=*&c=g&t=*&k=

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990). Concepto y medidas del desarrollo humano. Recuperado de:

http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?&k=&t=*&c=g&y=*&p=2

_____ (1994). *Future of the United Nations Development Programme: initiatives for change* (PNUD-DP/1994/39) Presentado en la session annual de la ONU-PNUD, Ginebra en Junio de 1994.

_____ (2008). *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005*. Recuperado de: <http://www.undp.org.mx/DesarrolloHumano/competividad/index.html>

_____ (2007). *Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano*. Recuperado de:

<http://www.undp.org.mx/DesarrolloHumano/informes/index.html>

Programa de las Naciones Unidas para México (PNUD/México) (2005). *Informe sobre Desarrollo Humano México 2004*. México: PNUD/México

Political Database of the Americas (PDBA). (2010). *Constitución de Uruguay (1964) y sus reformas*. Recuperado de: <http://pdba.georgetown.edu/constitutions/uruguay/uruguay04.html>

_____ (2010). *Constitución de Panamá (1972)*. Recuperado de: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Panama/panama1972.html>

Rawls, J. (2000). *Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica, México.

Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. La Catarata, Madrid.

Rocha, J. (1995). *La Evolución del Derecho sanitario y el Derecho a la protección de la salud*. México, D.F.

Rodríguez-Oreggia, E. & Silva, L. (2009). Construcción de un índice de condiciones laborales por estados para México. *Gestión y Política Pública*. XVIII(1), 149-178.

Rojas, F., López, C. & Silva, L. (1994). *Indicadores de salud y bienestar en Municipios Saludables*. Washington, D.C.:OPS/OMS.

Sachs, I. (1974). Ecodevelopment. *Ceres*, 17, no. 4, 17-21. France.

Sánchez, O. (200). *La institución del Seguro en México*. Porrúa, México.

Schultz, Theodore W. (1959). Investment in Man: An Economist's View. *The Social Service Review*, XXXIII(2), 109-117. USA.

_____ (1961), Investment in Human Capital, *American Economic Review*, LI (1), 1-17. USA.

Seervai, H.M. (1976). *El Federalismo de la India: la Constitución y la Suprema Corte de la India*. UNAM, México.

Secretaria de Salud (2005). *Hacia una política farmacéutica integral para México*. México.

_____ (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado de:

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html

Secretaría de Salud (S/F). Decreto presidencial del 15 de Octubre de 1943. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Secretaria de Salud de Nuevo León (2004). Programa Estatal de Salud 2004-2009. Recuperado de: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/programas_sectoriales/salud_09.pdf

Secretaría de Salud. (2008). *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Recuperado de: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Sistema Nacional de Información en Salud (2008). Base de datos de defunciones, 1979-2007. Recuperado de: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>

Sen, A. (1980). Equality of what. en *Tanner Lectures on Human Values* McMurrin, S. (comp.) Cambridge University Press.

_____ (1982). Rights and Agency. *Philosophy and Public Affairs*, 11, 3-39. USA.

_____ (1984). *Resources, Values and Development*. Oxford, Basil Blackwell

_____ (1985). *Commodities and capabilities*, North-Blackwell. Oxford

_____ & J. Drèze(1989). *Hunger and Public Action*. Oxford, Oxford University Press.

_____ (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford, Claredon Press.

_____ & Martha C. Nussbaum (comp.) (1993). *La calidad de vid.*, México, Fondo de Cultura Económica.

_____ (1993). Capability and Well-being. En Sen, A. & Martha C. Nussbaum (comp.), *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica.

_____ & Anand, S. (1994). *Desarrollo humano sostenible: conceptos y prioridades*. Inedito-PNUD

_____ (1996). Freedom, Capabilities and Public Action: A Response. *Notizie di Politeia* 12 pp. 107-125. France.

_____ (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós. Barcelona.

_____ (1999). *Invertir en la infancia: su papel en el desarrollo*. Ponencia presentada en el ciclo de conferencias Romper el ciclo de la pobreza: invertir en la infancia del Banco Interamericano de Desarrollo, el 14 de marzo de 1999.

_____ (1999). *La salud en el desarrollo*. Presentado en el 52 Asamblea Mundial de la Salud-Organización Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1999 en Ginebra.

_____ (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom (1999)*, London, *Oxford University Press*)

_____ (2001). *La desigualdad económica*. México: Fondo de Cultura Económica.

_____ & J. Drèze (2002). *India: Development and Participation*, Oxford, Oxford University Press.

_____ (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Mayo/Junio, 11(5), 302-309. USA.

_____ (2003) *¿Qué impacto puede tener la ética?*. Ponencia presentada en el Banco Interamericano de Desarrollo en la reunión internacional sobre “Ética y Desarrollo”.

_____ (2004). Elements of a Theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 32, No. 4, 12-29. USA.

_____ (2006). Human Rights and Development. En Stephen, P. & Bard, A. (Eds.) *Development as a Human Rights*. Harvard University Press.

Senado de Argentina. (2010). *Constitución de Argentina (varios años)*. Recuperado de:
<http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>

Soberanes, J (2002). La protección de la salud en la comisión de los derechos humanos. En Muñoz, M. (Coord.), *Temas selectos de salud y derecho*. México, D.F.

Soberón, A., et. al. (1995). *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. México: UNAM.

Solimano, G., Vergara, M. & Isaacs, S. (1999). *Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico*. Corporación de Salud y Políticas Sociales, Chile.

Sonis, A. (2000). Equidad y salud. Trabajo presentado en la 42^a reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington D.C. en septiembre de 2000.

Sotelo, Adrián (1999). *Globalización y Precariedad del Trabajo en México*. Ed. El caballito. México, D.F.

_____ (2000). *Neoliberalismo y educación. La huelga en la UNAM a finales del siglo*. Ed. El caballito. México, D.F.

_____ (2003) *La reestructuración del mundo del trabajo Superexplotación y nuevos paradigmas de la organización del trabajo*, Coedición Editorial Itaca-Universidad Obrera de México-Escuela Nacional para Trabajadores, plantel Morelia, México.

Soto, E. (2003). *La equidad en salud*. Diario Salud. Colombia

Stiglitz, J, Sen, A & Fitoussi, J. (2010). *Mismeasuring our lives. Why GDP doesn't add up*. Ed. The New Press: London.

Streeten, P. et al (1981). *First Things: Meeting Basic Needs in Developing Countries*. Oxford University Press. New York.

_____ (1989), *Perspectivas globales dans un monde interdependant*, en *Les conferences Francois Perroux*, Presses Universitaires de Grenoble, 7 de junio, 1989.

Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela. (2010). *Constitución de Venezuela (1961) y reformas*. Recuperado de: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1961.pdf>

UNICEF/ONU (1989) *Convención Sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/crc/>

Yañez, Campero, V. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. Instituto Nacional de Administración Pública, México. D.F.

Wagstaff , A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1991). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-Country comparisons. En McGuire, A., Fenn, P. & Mayhew, K., *Providing Health Care : the economics of alternative systems of financing and delivery*. Oxford University Press.

_____ & Van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. En Wagstaff, A., Van Doorlaer, E. & Rutten, F. (Eds.), *Equality in the finance and delivery of health care an international perspective*. Oxford University Press.

Whitehead, M. (1992). *The health divide, Inequalities in Health*. Inglaterra.

Zorrilla, S. (1988). *Cincuenta años de política social. De Lázaro Cárdenas a Miguel de la Madrid*. México: Ed. Limusa.